

ผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

นางสาวรัศมีสุนันท์ อิชฎานนท์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Miss Russunan Itsadanont



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อ
	ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
โดย	นางสาวรัศมีสุนันท์ อิชฎานนท์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญอุทัยชัย)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

รัศมีสุนันท์ อิชฎานนท์ : ผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (THE EFFECT OF THE INTEGRATED SELF-DETERMINATION INTERVENTION ON DEPRESSION AMONG PATIENT WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 170 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อน-หลังแบบมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน และ 2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง จำนวน 36 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการจัดเข้ากลุ่มแบ่งเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานตามทฤษฎีการกำหนดตนเองร่วมกับเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับกระบวนการความคิด และกลุ่มควบคุมซึ่งจะได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัยคือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคกัมป์ภาษาไทย และเครื่องมือกำกับการทดลองคือ แบบประเมินแรงจูงใจในการรักษาระดับภาษาไทย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินแรงจูงใจในการรักษาเท่ากับ .96 และมีค่าความเที่ยงทั้งสองเครื่องมือ เท่ากับ .82 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=11.783$)
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=9.532$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5677203836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: DEPRESSIVE DISORDERS / DEPRESSION

RUSSUNAN ITSADANONT: THE EFFECT OF THE INTEGRATED SELF-DETERMINATION INTERVENTION ON DEPRESSION AMONG PATIENT WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. ADVISOR: ASST. PROF. RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., 170 pp.

The purpose of this quasi-experimental research using the pretest-posttest control group design were: 1) to compare depression of patients with major depressive disorder before and after attending the integrated self-determination intervention and 2) to compare depression of patients with major depressive disorder who received the integrated self-determination intervention and those who received regular nursing intervention. A sample of the patients with major depressive disorder age 20-59 years old, both male and female were recruited from a psychiatric out-patient department in a general hospital. Thirty-six samples were assigned into two groups. The experimental group receive the integrated Self-Determination Theory intervention plus Motivational interviewing technique and Cognitive restructuring technique. The control group received regular nursing intervention. The research instruments consisted of Beck Depressive Inventory-II (Thai version). The instrument is Treatment Motivation Questionnaire (Thai version). All instruments were validated for content validity by five experts. The content validity index in Treatment Motivation Questionnaire was .96. The reliability were reported by Cronbach's Alpha as of .82 and .80 respectively. Data were analysis by using t- test

Major findings were as follow:

1. The depression of patients with major depressive disorder after received the integrated self- determination intervention was lower than that before ($t=11.783$, $p< .05$).

2. The depression of patients with major depressive disorder after receiving the integrated self- determination intervention was lower than those who received the regular nursing intervention ($t=9.532$, $p< .05$).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2015

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้ ความรู้ ให้คำปรึกษา แนะนำข้อคิดเห็น เพื่อเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆรวมทั้งให้ความเมตตา เอื้ออาทร เอาใจใส่และให้กำลังใจ เสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาที่ท่านอาจารย์มอบให้มาโดยตลอด จึงขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ รวมทั้งคณาจารย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทสรรพวิชาความรู้ ประสบการณ์ และให้คำแนะนำต่างๆ ตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุง เครื่องมือเพื่อเป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งและโรงพยาบาลห้วยกระเจา หัวหน้าฝ่าย การพยาบาล พยาบาลประจำการ และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการ ศึกษาวิจัย ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือ และรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณกลุ่ม ตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยบูรพาที่กรุณามอบทุนต้นกล้าอาจารย์พยาบาล เพื่อเป็นกำลังใจ และช่วยสนับสนุนในการศึกษาตลอดจนการทำวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ คุณพ่อเจริญฤทธิ์ คุณแม่สุบิน อิชฎานนท์ ที่ให้กำลังใจและเอาใจใส่ เสมอมา อีกทั้งขอขอบคุณคุณอัครินทร์ จันทระภักดี และทุกคนในครอบครัวที่รัก เข้าใจ คอยให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนมาโดยตลอด ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านและเพื่อนร่วมรุ่นนิตยปริญญาโททุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้านให้การสนับสนุน ประคับประคอง และให้กำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ผู้ ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	9
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	9
สมมติฐานการวิจัย	16
ขอบเขตการวิจัย.....	16
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	17
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	18
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	20
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	39
3. ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-Determination Theory)	49
4. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ.....	52
5. การปรับความคิด.....	54
6. โปรแกรมการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน	57
7. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	62

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	64
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	64
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	65
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	66
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	67
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	84
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	98
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	105
สรุปผลการวิจัย.....	110
อภิปรายผลการวิจัย.....	111
ข้อเสนอแนะ	120
รายการอ้างอิง	122
ภาคผนวก.....	130
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	131
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา	133
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	135
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	161
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	168
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	170

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ตารางแสดงความเชื่อมโยงของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน ทฤษฎีการกำหนดตนเอง การใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับกระบวนการ ความคิด	14
ตารางที่ 2	การใช้รหัสโรคซึมเศร้า ตามหลักICD-10 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541)....	22
ตารางที่ 3	ตารางการทำกิจกรรมในการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน	58
ตารางที่ 4	ค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการรักษา (Treatment Motivation Questionnaire) ของกลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน (n=18).....	82
ตารางที่ 5	การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	86
ตารางที่ 6	ค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการรักษาแต่ละด้าน (Treatment Motivation Questionnaire) ของกลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบ ผสมผสาน (n=18).....	95
ตารางที่ 7	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา	99
ตารางที่ 8	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วย โรคซึมเศร้า.....	100
ตารางที่ 9	คะแนนภาวะซึมเศร้า และการแปลผลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง	101
ตารางที่ 10	คะแนนภาวะซึมเศร้า และการแปลผลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม.....	102
ตารางที่ 11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการ บำบัด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=36).....	103
ตารางที่ 12	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัดในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม (n=36).....	104

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีการกำหนดตนเองกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ.....	52
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย	63
ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	97

j



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการ ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ ลักษณะการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ความผิดปกติของสมองและสารสื่อประสาท และปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ กระบวนการความคิดบิดเบือน การพร่องด้านสัมพันธภาพ เป็นต้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ซึ่งก่อให้เกิดความผิดปกติของอารมณ์ โดยมีอาการสำคัญที่มีลักษณะเด่น 4 ประการ ประกอบด้วย การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางความคิด การแสดงออกทางแรงจูงใจ และการแสดงออกทางกาย (Beck & Alford, 2009) โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2008) ได้ทำการสำรวจและคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2020 โรคซึมเศร้าจะมีอัตราการป่วยของประชากรสูงเป็นอันดับ 2 ของโลกรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (Schechter et al., 2006) อีกทั้งได้มีการประมาณการณ์เพิ่มเติมคาดว่าในปี ค.ศ.2030 โรคซึมเศร้าจะกลายเป็นภาวะโรคที่จัดอยู่ในอันดับ 1 ของโลก (WHO, 2012)

ประชากรที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ ส่วนมากตรวจพบภาวะซึมเศร้าระยะแรกในช่วงอายุ 20ปีขึ้นไป (American Psychiatric Association [APA], 2000) อีกทั้งพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบในประชากรที่มีอายุน้อยลง โดยส่วนใหญ่พบในช่วงอายุระหว่าง 16-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.6 และในวัยสูงอายุ พบในช่วงอายุระหว่าง 55-85 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.3 (Australian Bureau of Statistics [ABS], 2009) และในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการสำรวจอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้า พบว่ามีประชากรที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ซึ่งอยู่ช่วงอายุ 18-29ปี อีกทั้งมากกว่าในวัยผู้สูงอายุ และพบในเพศหญิงมากกว่าในเพศชายถึง 1.5-3เท่า (APA, 2013) นอกจากนี้ยังพบอีกว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายเป็นอันดับหนึ่ง โดยโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เป็นภาระต่อทั้งตนเองและผู้ดูแล (Burden of disease) ซึ่งจัดอยู่ในอันดับ 4 ของโลก (Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers & Murray, 2004) และยังมีการรายงานว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้านั้นมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ถึงร้อยละ 25-40 หลังจากเกิดอาการครั้งแรก (Keller & Boland, 1998)

ในประเทศไทย จากการสำรวจระดับชาติของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2551-2553 พบว่าความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีถึงร้อยละ 48.33 ซึ่งพบในประชากรไทยมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 3.2 และพบในช่วงวัยผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 15 โดยอายุที่เริ่มเป็นอยู่ระหว่าง 20-

50 ปี และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 1.6:1 (ธรมินทร์ กองสุข และคณะ, 2551) อันเป็นสาเหตุที่ทำให้คนไทยที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึงร้อยละ 70 อีกทั้งยังพบว่า ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงกว่าบุคคลทั่วไปถึง 20 เท่า และส่วนหนึ่งต้องอยู่ในสภาวะไร้สมรรถภาพเป็นอันดับ 3 รองจากโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง (ข้อมูลศูนย์โรคซึมเศร้าไทย กรมสุขภาพจิต, 2555) และถ้าพิจารณาปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lost due to Disability, [YLD]) พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย และเลื่อนจากอันดับที่ 3 มาเป็นอันดับ 2 ในผู้ชายไทยอีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2555)

จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2554- 2555 พบว่ามีประชากรไทยที่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 35 ประกอบด้วยภาวะซึมเศร้าระดับน้อยร้อยละ 25.9 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 4 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 1.2 (กรมสุขภาพจิต, 2555) โดยภาวะซึมเศร้าในคนปกตินั้นจะเป็นภาวะทางอารมณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์หดหู่ ซึมเศร้า เกิดขึ้นเมื่อพบเจอกับสถานการณ์บางอย่างที่ทำให้ผิดหวัง สิ้นหวัง ขาดความสุข ซึ่งอารมณ์ซึมเศร้าเหล่านี้สามารถหายได้เองโดยไม่จำเป็นต้องรับการรักษาใดๆ แต่ในภาวะซึมเศร้าที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้านั้น จะพบการเปลี่ยนแปลงทางอาการและอาการแสดงทางจิตสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลได้มากกว่าในอารมณ์ซึมเศร้าปกติ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงมาก ส่งผลให้บุคคลมีความผิดปกติไม่ว่าจะเป็นด้านความคิด อารมณ์ รวมถึงพฤติกรรม และแรงจูงใจ (दारारวรรณ ต๊ะปินตา, 2556)

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการสำคัญ ประกอบด้วย อารมณ์หดหู่ อารมณ์เศร้า อารมณ์หงุดหงิด เบื่อหน่าย แยกตัว เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ขาดสมาธิ มีความคิดและทัศนคติที่บิดเบือนต่อตนเอง มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ไม่ว่าจะเป็นด้านความสามารถ สถิติปัญญา ศักยภาพ รวมถึงความสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจ ขาดแรงปรารถนาต่อการทำสิ่งต่างๆ ในชีวิต มองโลกในแง่ร้าย ขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีปัญหาขัดแย้ง ขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี รวมถึงมีความคิดอยากทำร้ายหรือฆ่าตัวตาย อีกทั้งส่งผลทางด้านสรีระหลายอย่าง เช่น การไม่สนใจตนเอง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (दारारวรรณ ต๊ะปินตา, 2556; มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) อาการเหล่านี้เมื่อเกิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานานจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพ แม้จะมีการรักษาแต่สามารถที่จะกลับมาเป็นซ้ำได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน บทบาท การทำงานและกิจกรรมทางสังคมต่างๆไป (WHO, 2012)

ผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคซึมเศร้านั้น พบว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เมื่อเผชิญกับภาวะซึมเศร้าเป็นเวลานาน จะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง อีกทั้งยังมีความซับซ้อนและสามารถเกิดซ้ำได้ ถ้าหากผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีการดำเนินของโรคที่มากขึ้นหรือนานขึ้น ก็ส่งผลกระทบต่อภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Judd et al., 2000) ซึ่งจะ

ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง ขาดความมีคุณค่า และรู้สึกพร่องในบทบาทการทำหน้าที่ของตนเอง ซึ่งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่จำเป็นต้องมีบทบาทของครอบครัว การทำงาน และการเข้าร่วมสังคม การป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้นย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อการทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Skarsater et al. (2006) ที่ศึกษาผลกระทบจากความรุนแรงของโรคซึมเศร้า พบว่าระดับความรุนแรงของอารมณ์ซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อบทบาทการทำหน้าที่ โดยเฉพาะทางด้านจิตสังคม และส่งผลต่อการลดลงของคุณภาพชีวิตผู้ป่วย สังคม และประเทศชาติ อีกทั้งโรคซึมเศร้ามักมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อภาวะทางเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายในการรักษา และยังส่งผลต่อการเป็นภาระพึ่งพิงสูงของคนในครอบครัวและผู้ดูแล เศรษฐกิจของประเทศจากการใช้ทรัพยากรทางสาธารณสุขเป็นอย่างมาก (Laraia and Sundeen, 2005) จากการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะซึมเศร้าของ Simon, Vonkorff, and Barlow (1995) พบว่าอัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นสูงกว่าอัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคทั่วไปถึงสองเท่า จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่นำไปสู่โรคซึมเศร้านั้นส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก

สาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ 1) *ปัจจัยทางชีวภาพ* หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวกับการถ่ายทอดลักษณะของพันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสารสื่อประสาท ความผิดปกติของสมอง ระบบประสาทอื่นๆและฮอร์โมน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) โดยพบว่ามีความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึมของสารสื่อประสาทในสมอง catecholamine และ serotonin มีปริมาณลดลง ในบางรายพบว่ามีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อโดยมีการหลั่ง cortisol เพิ่มขึ้น และหลั่ง luteinizing hormone ลดลง และยังพบความผิดปกติของการหลั่ง vasopressin และ calcitonin ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) 2) *ปัจจัยทางจิตสังคม* หมายถึง ปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต ปัจจัยทางความคิดและพฤติกรรมรวมถึงปัจจัยทางสังคมและสัมพันธภาพ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยทางจิตสังคมที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่กระบวนการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นจะมีความคิดหรือการมองสถานการณ์ต่างๆไปในทางลบมากกว่าทางบวก (Beck, 1979) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ ศรี-โสภะ (2552) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบสูงกว่าคนปกติ ร้อยละ 61.1 อีกทั้งยังภาพปัจจัยด้านสัมพันธภาพ ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีปัญหาด้านการเปลี่ยนผ่านบทบาท และการพร่องด้านสัมพันธภาพสูงสุด (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, นันทิกา ทวิชาชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sheet & Craighead (2014) ที่พบว่าความเครียดจากปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เรื้อรัง เป็นตัวสนับสนุนที่สำคัญต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำในโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบปัจจัยด้านการควบคุม

สถานการณ์ (Mastery) ซึ่งหมายถึง กลไกทางจิตที่เกี่ยวกับความเชื่อมั่นในตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตนเองและความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Colman et al., 2011) และการมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) จากการศึกษาของ Colman et al. (2011) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจะระดับในการควบคุมสถานการณ์ค่อนข้างต่ำ (low mastery) และการมีคุณค่าในตนเองจะต่ำด้วย (low self-esteem) ซึ่งเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำได้ ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การขาดแรงจูงใจ โดยมีความเชื่อว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นจะขาดแรงจูงใจ โดยเฉพาะแรงจูงใจในตนเอง (Becker, 1974) ซึ่งสอดคล้องกับ Barch et al. (2008) ที่กล่าวว่า การขาดแรงจูงใจทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากรู้สึกขาดการรับรู้จากสิ่งแวดล้อม รู้สึกว่าตัวเองล้มเหลวไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต และนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า (Myer & Garcia-Robert, 2007) อีกทั้งในผู้ป่วยที่มีการดำเนินของภาวะซึมเศร้าไปสู่ขั้นรุนแรงนั้น พบว่ามีการลดลงของแรงจูงใจและนำไปสู่การสูญเสียความสนใจในสิ่งรอบข้าง (Seligman, 1991) อาจกล่าวได้ว่าการขาดแรงจูงใจนั้นถือเป็นอาการหลักของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า การขาดแรงจูงใจส่วนใหญ่มักจะเป็นการขาดแรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) (Barch, Yodkovik, Sypher-Locke, & Hanewinkel, 2008) ซึ่งแรงจูงใจภายในหมายถึง การกระทำกิจกรรมหนึ่งอย่างต่อเนื้อด้วยตนเองอย่างเต็มใจ และการขาดแรงจูงใจนั้นจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านพฤติกรรมและความคิดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (Barch et al., 2008) ไม่ว่าจะเป็นการไม่ใส่ใจดูแลตนเอง การขาดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล รวมไปถึงการขาดแรงจูงใจในการรักษา

การบำบัดภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันมีหลากหลายวิธี ส่วนใหญ่ที่พบบ่อยมักจะเป็นการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ซึ่งเป็นการบำบัดเพื่อลดและปรับแก้ปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมและสรีระ โดยผ่านกระบวนการคิด Aron Beck (1979) เป็นผู้ตั้งทฤษฎีการบำบัดทางความคิด โดยเชื่อว่าผู้ป่วยซึมเศร้านั้นมีอาการหลัก 3 ข้อ คือ มองตนเอง มองโลก และมองอนาคตในแง่ลบ โดยเชื่อว่าอารมณ์และอาการอื่นของเศร้านั้นเป็นผลมาจากการคิด อีกการบำบัดในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เริ่มมีการใช้คือ การบำบัดด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychosocial Therapy) เป็นการเชื่อมโยงอาการโรคซึมเศร้าด้วยการแก้ปัญหา ด้านสัมพันธ์ภาพ โดยการปรับปรุงและเพิ่มทักษะสัมพันธ์ภาพให้กับผู้ป่วย ไม่เน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาการตอนต้นของชีวิต แต่เน้นความสำคัญของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในชีวิตปัจจุบัน (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) และการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นส่วนใหญ่มักจะใช้การรักษาด้วยยาร่วมกับการรักษาทางจิตบำบัดควบคู่ไป ซึ่งสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ (Stoudemire, 1986)

อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยจิตบำบัดแล้วนั้นต้องกลับไปรักษาซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการรักษา ไม่ว่าจะแรงจูงใจในการรับประทานยา รวมถึงการดูแลตนเองด้วยวิธีต่างๆ (Arkowitz, 2008) อันนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำและความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอีกด้วย ผู้วิจัยจึงทำการศึกษากำหนดด้วยการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งพบว่าถูกนำมาใช้ในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการรักษาและใช้เป็นกระบวนการสนับสนุนในการจัดการแก้ปัญหา อีกทั้งยังมีหลักฐานสนับสนุนว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถนำไปประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีการกำหนดตนเองได้ เนื่องจากการเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจภายในมนุษย์ (Markland et al., 2005) เพื่อช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เชื่อว่าจะส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้า ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้

ทฤษฎีการกำหนดตนเองนั้น (Self - determination Theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจของมนุษย์ ซึ่งอธิบายแนวทางในการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม โดยกล่าวถึงแรงจูงใจภายในที่เป็นพลังที่มีภายในตัวบุคคลตั้งแต่กำเนิดอันนำไปสู่กระบวนการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น เป็นการกระทำทางบวก ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยความต้องการทางจิตสังคม (Deci & Ryan, 1985) ประกอบด้วย ความต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Relatedness) หมายถึง ความต้องการที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกที่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความต้องการมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ (Competence) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะบรรลุเป้าหมายได้ และความต้องการรู้สึกเป็นอิสระที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Autonomy) หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกเป็นอิสระในการที่จะกระทำตามสิ่งที่เลือก Markland et al. (2005) กล่าวว่ากระบวนการในการส่งเสริมแรงจูงใจและลดความล้มเหลว โดยการนำทฤษฎีการกำหนดตนเองมาใช้นั้น พบว่าจะต้องมีการสนับสนุนต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางจิตสังคม จะทำให้บุคคลมีความคิดช่วยกำกับกับการกระทำของตนเอง ตามความสามารถที่ตนมีอยู่ และมีความเชื่อมั่นในการเลือกทางเลือกของตนเองเพื่อนำไปสู่การเป็นอยู่ที่ดีขึ้น อีกทั้งยังรู้จักหาแนวทางในการขอความช่วยเหลือจากสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะขาดสิ่งเหล่านี้ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดโดยการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้กระบวนการเสริมแรงจูงใจไปยังผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้วยการให้ผู้ป่วยรู้จักสำรวจตนเองและช่วยลดความล้มเหลวภายในจิตใจ (Miller & Rollnick, 2002) รวมถึงลดแรงต้านในการรักษาช่วยให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเอง การค้นหาสาเหตุ การเริ่มต้นและการคงไว้ถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (Markland et al., 2005; Ryan & Deci, 2008; Westra, 2004) เมื่อมีแรงจูงใจเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะแสดงถึงความคิดริเริ่ม การวางเป้าหมาย การมีความตั้งใจและความพยายาม รวมถึงความเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในช่วงเวลาหนึ่ง (Brown, 2007) งานวิจัยของ Britton et al. (2011) พบว่าการเพิ่มขึ้นของแรงจูงใจจะสามารถลดความสับสนในการตัดสินใจ

ลดพฤติกรรมที่คุกคามต่อการมีชีวิตอีกทั้งยังเพิ่มพฤติกรรมในการต้องการที่จะมีชีวิตอย่างเป็นสุข เช่น การยินยอมในการรักษา การลดความคิดอันนำไปสู่การฆ่าตัวตาย เป็นต้น การเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถนำไปเชื่อมโยงกับความหลากหลายทางด้านจิตสังคมและรูปแบบความคิดทางจิตสังคม ได้มีการศึกษาโดยใช้การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการของการบำบัดทางจิตใน ระยะแรกก่อนเพื่อช่วยให้ผู้ได้รับการบำบัดได้ค้นหาและแก้ไขความสับสนในใจก่อนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตามที่ต้องการ เช่น ได้มีการนำการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจมาบำบัดจนผู้ได้รับการบำบัดมีแรงจูงใจในตนเองก่อนที่จะนำไปสู่การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Baker et al., 2005; Westra & Arkowitz., 2009; Britton et al., 2011)

การปรับกระบวนการคิดเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยกระบวนการสร้างความคิดขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) ประกอบด้วย การตรวจสอบความคิด อารมณ์และความรู้สึก เพื่อค้นหาสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความคิดที่ไม่เหมาะสม การถามถึงหลักฐานยืนยัน เพื่อสนับสนุนความเชื่อของผู้รับการบำบัด แหล่งข้อมูลที่สนับสนุนความคิดที่บิดเบือน การหาแนวทางเลือกอื่นๆเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดค้นหาวิธีแก้ปัญหาด้วยตนเอง การกำหนดสถานการณ์ที่รุนแรงและค้นหาแนวทางในการแก้ไขสถานการณ์นั้น การเปลี่ยนความคิดและมุมมองไปในทางบวก เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้มองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างในด้านดีและด้านบวก สุดท้ายคือการหยุดความคิดเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดที่เป็นปัญหาแล้วหยุดความคิดที่เป็นปัญหานั้นอยู่ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2553) โดยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยลดปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และสรีระของบุคคล เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล ฯลฯ จากการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนไปจากความจริงของบุคคล เมื่อค้นพบความคิดดังกล่าวแล้วก็จะทำการประเมินและพิสูจน์ความคิดดังกล่าวว่าเป็นจริงมากน้อยเพียงใดและทำการทบทวนหรือปรับโครงสร้างทางความคิดซึ่งจะทำให้พฤติกรรม อารมณ์ และสรีระที่เป็นปัญหาลดลงได้ (ดารา-วรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในต่างประเทศ Britton et al.(2011) ได้ทำการบำบัดแบบผสมผสานโดยใช้ทฤษฎีการกำหนดตนเองร่วมกับเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อเฝ้าระวังพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยเชื่อว่าในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายนั้นจะขาดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่และแรงจูงใจในการรักษา การนำทฤษฎีการกำหนดตนเองร่วมกับเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการบำบัดนั้น เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานจิตสังคม(Deci & Ryan, 1985) ก่อให้เกิดการมีเป้าหมายในชีวิต ลดความสับสนลึกลับที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมอันก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและสร้างพฤติกรรมใหม่ที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะ และการนำเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจมาผสมผสานกับการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรมจะก่อให้เกิดประสิทธิผลของการลดความคิดฆ่าตัวตายได้ดียิ่งขึ้น และ Baker et al.

(2005) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดแบบสั้น โดยผสมผสานแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีน เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาเสพติด โดยพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ แต่ประสิทธิภาพในระยะยาวอาจจะลดลง เนื่องจากผู้บำบัดอาจจะหมดกำลังใจและถอนตัวจากการบำบัด (Arkowitz & Westra, 2004; Stevens & Craske, 2002) อีกทั้งยังพบว่าการบำบัดด้วยการใช้แรงจูงใจร่วมด้วยนั้นจะใช้ระยะเวลาบำบัดเพียงระยะสั้นแต่สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ในระยะยาว เป้าหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและแก้ไขความรู้สึกกังวลใจเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความเต็มใจซึ่งไม่ได้มาจากการถูกบังคับ (Baker et al., 2005) ส่วนในประเทศไทย พัชชราวลัย กนกจรรยา (2554) ได้ทำการการศึกษาโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพติดสุรา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญลักษณ์ พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าและลดพฤติกรรมเสพยาในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยเชื่อว่าการลดลงของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมคือการดื่มสุรา จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ด้วย และอีกงานวิจัยของประเทศไทย วนิดา พันธุ์สุรินทร์ (2556) ได้ศึกษาโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยใช้ทฤษฎีการกำหนดตนเองร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับความคิดและพฤติกรรม พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเชื่อว่าการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมจะช่วยปรับความคิดที่บิดเบือนไปสู่ความเป็นจริง และเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายจึงส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีการกำหนดตนเอง(Deci & Ryan, 1987) มาผสมผสานกับเทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Miller & Rollnick, 2002) และเทคนิคการปรับกระบวนการความคิด (Beck, 1979) มาเป็นแนวทางการบำบัดแบบผสมผสานเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยก่อกำเนิดการสร้างแรงจูงใจภายในที่เข้มแข็ง มีเป้าหมายในชีวิต ปรับกระบวนการความคิดไปสู่การเป็นปกติ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

หลักการของการบำบัด ประกอบด้วย การบำบัดทางความคิดเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าตามทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) โดยเชื่อว่าผู้ป่วยจะมีความคิดในเชิงลบ มองอนาคตแง่ลบ มีเนื้อหาทางความคิดที่บิดเบือน ซึ่งการปรับกระบวนการความคิด (Cognitive restructuring) จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ค้นหาและตรวจสอบผลกระทบของความคิด อีกทั้งปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางที่ถูกต้องได้ หยุดความคิดแง่ลบที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า (Beck et al, 1997) อีกทั้งการผสมผสานการบำบัดโดยใช้เทคนิคเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นเป็นการให้คำปรึกษาโดย

เน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาและจัดการกับความรู้สึกลังเลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการใช้เทคนิคการเสริมแรงจุดใจเพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกว่าได้รับความเห็นใจในผู้รับการบำบัด (The expression of empathy) โดยการสื่อสารด้วยความเคารพยอมรับและให้เกียรติจากผู้บำบัด การใช้เทคนิคการพูดคุยถึงเป้าหมายในชีวิตหรือคุณค่าของตนเองเพื่อค้นหาความแตกต่างระหว่างของสิ่งที่เป็นอย่างกับปัจจุบัน (The development of discrepancy) การสนับสนุนและการให้กำลังใจจากผู้บำบัดเพื่อส่งเสริมศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต (Support for self-efficacy) อีกทั้งการการแสดงท่าทีที่สอดคล้องกับแรงต้านที่เกิดจากความลังเลใจ (Rolling with resistance) การไม่ตำหนิและหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid Argumentation) โดยต้องดำเนินภายในกรอบทฤษฎีของการกำหนดตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านจิตสังคม 3 ด้านตามทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self Determination Theory) ของ Deci & Ryan (1987) ซึ่งประกอบด้วย *การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Relatedness)* หมายถึง ความต้องการที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกที่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น *ความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ (Competence)* หมายถึง การรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะบรรลุเป้าหมายได้ และ *ความรู้สึกเป็นอิสระที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Autonomy)* หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกเป็นอิสระในการที่จะกระทำตามสิ่งที่เลือก สิ่งทั้งหมดเหล่านี้จะนำไปสู่การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างคงทนถาวรเนื่องจากเกิดแรงจูงใจภายใน (Miller & Rollnick, 1991) และส่งผลต่อการมีแรงจูงใจในการรักษา รับประทานยาสม่ำเสมอ ทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี จึงสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

ผู้วิจัยต้องการศึกษาโดยใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการของการบำบัดทางจิตในระยะแรกก่อนเพื่อช่วยให้ผู้ได้รับการบำบัดได้เกิดแรงจูงใจในตนเอง ลดความลังเลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนที่จะนำไปสู่การบำบัดด้วยวิธีการปรับกระบวนการความคิด จึงได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุน และบูรณาการการบำบัดแบบผสมผสานเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้เกิดแรงจูงใจภายในตนเอง เมื่อมีแรงจูงใจที่เพิ่มขึ้น ลดความสับสนลังเลใจในตนเอง ผู้ป่วยจะสามารถกำหนดเป้าหมายของตนเองได้ และเมื่อทำการปรับกระบวนการความคิดใหม่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่เพิ่มขึ้น อยู่ในโลกแห่งความจริง ความคิดอัตโนมัติด้านลบจะลดลง เปลี่ยนความคิดด้านลบที่มีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม จึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร่าลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต เพิ่มพฤติกรรมต้องการที่จะมีชีวิตอย่างเป็นสุข เช่น การดูแลตนเอง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และลดพฤติกรรมอันนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันนั้นมักจะใช้การรักษาด้วยยาร่วมกับการรักษาทางจิตบำบัดควบคู่ไป ซึ่งเชื่อว่าสามารถลดระดับของภาวะซึมเศร้าได้ (Stoudemire, 1986) และการบำบัดทางจิตเพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่นิยมใช้คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยต้องกลับไปรักษาซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจ(Arkowitz et al., 2008) หมุดกำลังใจในการดูแลตนเอง แยกตัว บกพร่องด้านสัมพันธภาพ ไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบด้าน อีกทั้งมองโลกในแง่ลบ จึงไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นและอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาการมีพฤติกรรมที่คุกคามตนเอง เช่น การฆ่าตัวตาย เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะมีความคิดแง่ลบที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (Cognitive error) โดยจะแสดงอาการด้านอารมณ์ ปัญญา แรงจูงใจและร่างกายที่แสดงถึงความสิ้นหวังและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Beck et al. 1979, Arkowitz & Westra, 2004) อีกทั้งยังขาดการแรงจูงใจภายในตนเองที่มีต่อการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการกำหนดตนเองที่อธิบายถึงความสำคัญของแรงจูงใจภายในที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการกำหนดตนเองมาผสมผสานในการบำบัด ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีการตระหนักรู้ในปัญหาตนเอง และมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง อีกทั้งให้ก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อลดภาวะซึมเศรหารวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ (Westra, 2008; Arkowitz, 2008) และในต่างประเทศ Britton et al. (2011) ได้ทำการศึกษาทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self Determination theory) ร่วมกับการบำบัดเพื่อเสริมแรงจูงใจ(Motivational Interview) และการปรับความคิดและพฤติกรรม(Cognitive Behavioral Therapy) ในผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าหลังการได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและใช้ทฤษฎีนี้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงเมื่อเทียบกับการให้การพยาบาลแบบปกติ ในฐานะพยาบาลของจิตเวชจึงสนใจที่จะนำทฤษฎีการกำหนดตัวเองร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับกระบวนการความคิด เพื่อนำมาลดความลังเล สร้างความมั่นใจในการตัดสินใจ กำหนดการกระทำและความคิดของตนเองจากความคิดที่บิดเบือนมาสู่ความเป็นปกติ

เสริมแรงและเพิ่มแรงจูงใจภายในที่เป็นพลังช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่กำหนดด้วยตัวเอง คาดว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self - determination Theory) (Britton et al, 2011) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึง แรงจูงใจในมนุษย์ เพื่อการพัฒนาตนเองและนำไปสู่การเป็นอยู่ที่ดีขึ้นซึ่งอธิบายถึงความสำคัญของแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) โดยเชื่อว่าประสบการณ์จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของเป้าหมาย พฤติกรรมและความสัมพันธ์ที่การตอบสนองของปัจจัย และการเสริมแรงจูงใจด้วยทฤษฎีนี้เพื่อสนับสนุนความต้องการพื้นฐานทางจิตสังคมของมนุษย์ 3 ด้าน ประกอบด้วย *การสนับสนุนด้านอิสระแห่งตน* ด้วยกระบวนการสำรวจและสอบถามข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยนำมาสะท้อนความต้องการของผู้ป่วย โดยการหลีกเลี่ยงการบังคับผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลตามความต้องการของผู้บำบัด ต่อจากนั้น *การสนับสนุนด้านสมรรถนะ* และการมองเห็นคุณค่าของตน ด้วยกระบวนการให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับการแก้ปัญหาของผู้รับการบำบัดเพื่อให้เกิดความหวัง การตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม การเสริมแรงบวกเพื่อนำไปสู่เห็นความสามารถและศักยภาพของตนเอง และ *การสนับสนุนด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น* เกิดจากสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ด้วยการแสดงถึงความอบอุ่น ความจริงใจ หลีกเลี่ยงการตำหนิและวิจารณ์ (Markland et al., 2005) ได้มีงานวิจัยทดลองระหว่างการทำทฤษฎีการกำหนดตนเองมาใช้ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจพบว่า การสนับสนุนด้านอิสระแห่งตนทำให้เกิดความร่วมมือและความตั้งใจในการรับการรักษา (Markland et al., 2005; Ryan & Deci, 2008; Westra; 2004) เมื่อบุคคลมีแรงจูงใจในการรักษาและมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสามารถส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าได้

หลักการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานเป็นการนำทฤษฎีการกำหนดตนเองมาบำบัดร่วมด้วยการเสริมแรงจูงใจและการปรับกระบวนการคิดขึ้นมาใหม่ เพื่อนำมาแก้ไขความผิดปกติด้านความคิด (Beck et al., 1979) อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตน (Competence) สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้างได้ (Relatedness) และมีอิสระในการคิดและตัดสินใจในการกระทำ (Autonomy) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวสนับสนุนเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คุกคามต่อการมีชีวิต และลดความลังเลในการตัดสินใจ เพิ่มพฤติกรรมในความต้องการที่จะมีชีวิตอย่างมีความสุข (Britton et al., 2011) ก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมและคงทนถาวร (Markland et al., 2005) และส่งผลช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

ผู้วิจัยได้ประยุกต์กระบวนการบำบัดของ Britton (2011) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจในชีวิต การปรับกระบวนการคิดใหม่ และการสร้างพลังภายในที่เข้มแข็งเพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข โดยจะให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นหลัก เพื่อให้เกิดการตอบสนองของสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (Relatedness) และการมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Autonomy) ช่วยลดการสับสน และเพิ่มความสามารถในเชิงบวก

(Competence) ก่อนที่จะเริ่มการบำบัดด้วยการปรับกระบวนการความคิด วัตถุประสงค์สำคัญเพื่อลดระดับของภาวะซึมเศร้าและเพิ่มพฤติกรรมในการดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข เป็นการดำเนินการบำบัดรายกลุ่ม จำนวน 18 คน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน จำนวน 5 ครั้งๆละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันนาน 5 สัปดาห์ โดยแต่ละกิจกรรมจะเน้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอิสระในการคิดและตัดสินใจ ซึ่งเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้า โดยมีการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในชีวิต เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อเตรียมพร้อมสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น การใช้เทคนิคการรับฟังปัญหา การยอมรับ การเข้าใจในเหตุผลและความรู้สึกของผู้ป่วยก่อให้เกิดสัมพันธภาพ (Relatedness) ระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้ป่วย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ ผู้ป่วยจะรู้สึกมีอิสระในการคิด การพูดและรู้สึกกว่าตนเองมีความสามารถที่จะตัดสินใจในการกระทำด้วยตนเองได้ (Autonomy) (Britton et al., 2011) ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อค้นหาปัญหา สำนวความล้มเหลว และประเมินแรงจูงใจ เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหา สำนวความล้มเหลว รวมถึงค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย เป้าหมาย แรงปรารถนา และแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดพลังความหวังที่จะช่วยให้ดำเนินชีวิตไปอย่างมีความหมาย (Miller & Rollnick, 2002) โดยผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวของตนเอง ปัญหาที่เกิดขึ้น และวิธีแก้ปัญหาของตนเอง รวมทั้งการตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิตตนเอง อย่างยอมรับและแสดงความเข้าใจเห็นใจผู้ป่วย (Express empathy) โดยไม่ทำการตัดสินใจแทนหรือแสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งกับผู้ป่วย (Avoid judgment or blame) ซึ่งการให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวของตนเองอย่างอิสระ (autonomy) จะทำให้ผู้ป่วยจะเริ่มสำรวจเหตุผลของการเกิดภาวะซึมเศร้าของตนเอง ผู้บำบัดจะทำการค้นหาความล้มเหลวของผู้ป่วยโดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า พร้อมทั้งสะท้อนในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมา (Reflective listening) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยรวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเองและสังคมและกระตุ้นการมองหาสิ่งสำคัญในชีวิตผู้ป่วย และแรงปรารถนาที่ผู้ป่วยคาดหวังจะเกิดขึ้นในอนาคต (Beck et al., 1979)

กิจกรรมที่ 2 การเสริมแรงจูงใจ เตรียมความพร้อมเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดียิ่งขึ้น เป็นการเสริมสมรรถนะ เสริมแรงจูงใจให้พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองสู่การดำเนินชีวิตที่ดียิ่งขึ้น กิจกรรมนี้ผู้บำบัดจะใช้หลักฐานข้อมูลที่ผู้ป่วยบอกเล่ามาสนับสนุน ส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย (Provide positive feedback) โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณา สำนวประเมินความพร้อมของตนเอง ค้นหาเหตุผลเพื่อลดความล้มเหลวในการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลตนเอง (The development of discrepancy) บอกประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงรวมถึงผลลัพธ์ที่ได้ จุดประสงค์ของการเปลี่ยนแปลงเพื่อใคร มีชีวิตอยู่เพื่อใคร (Help the client develop

appropriate goal) จะเป็นการตั้งศักยภาพและสมรรถนะ(Competence)ของผู้ป่วยออกมาด้วยวิธีเสริมแรง

ขั้นตอนที่ 2 การปรับกระบวนการคิดใหม่ เป็นการเริ่มที่จะเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเอง ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกถึงระยะห่างความคิดที่จะยอมรับหรือจะปฏิเสธที่เปลี่ยนความคิดด้านลบของตนเอง ผู้บำบัดจะทำการสนับสนุนและกระตุ้นเหตุผลในการเปลี่ยนความคิดด้วยการนำสิ่งสำคัญมาเป็นเป้าหมาย ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง คือ

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดด้านลบและด้านบวกที่มีต่อตนเองและสังคม การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบเพื่อค้นหาตัวเสริมแรงอันนำไปสู่ความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ด้วยการประเมินความคิด ความรู้สึก อารมณ์ของผู้รับการบำบัดที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Monitoring thoughts, affects, and feelings) ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาเหตุผลความคิด ความรู้สึกด้านลบที่มีต่อตนเอง รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยการกระตุ้นจากผู้บำบัดด้วยการให้ทักษะการปรับความคิด ในการค้นหาความคิดของผู้ป่วย อีกทั้งพูดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รู้จักค้นหาการเปลี่ยนความคิดที่มีต่อตนเองไปในทางบวก (Reframing) บอกประโยชน์ของความคิดบวกที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงตนเองได้และสามารถฝึกนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับฟังปัญหา การยอมรับ การเข้าใจในเหตุผลและความรู้สึกของผู้ป่วยก่อให้เกิดสัมพันธภาพ (Relatedness) ระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้ป่วย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ ผู้ป่วยจะรู้สึกมีอิสระในการคิด พูดและรู้สึกตนเองมีความสามารถที่จะตัดสินใจในการกระทำของตนเองได้ (Autonomy) (Britton et al., 2011)

กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความตั้งใจที่จะเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติแง่ลบที่มีต่อตนเองและผู้อื่น โดยการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยมองหาสิ่งสำคัญที่เป็นพลัง เป็นแรงปรารถนา การสร้างแรงจูงใจ ค้นหาเป้าหมาย ค้นหาคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วย(Support self - efficacy) รวมถึงความหวังที่จะช่วยให้ดำเนินชีวิตไปอย่างมีความหมาย หาเหตุผลที่นำไปสู่การเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเอง ผู้บำบัดจะตอบสนองและกระตุ้นผู้ป่วยโดยนำสิ่งสำคัญในชีวิตมาเป็นหลักในการสร้างแรงจูงใจ โดยให้ผู้ป่วยเริ่มสำรวจเหตุผลในการเริ่มที่จะเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเอง ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกถึงระยะห่างความคิดที่จะยอมรับหรือปฏิเสธที่จะเปลี่ยนความคิดด้านลบของตนเอง ผู้ให้การบำบัดจะทำการสนับสนุนและกระตุ้นเหตุผลในการเปลี่ยนความคิดด้วยการนำสิ่งสำคัญมาเป็นเป้าหมาย(Encourage change talk)และเป็นข้อมูลในการช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเอง (Let the client make decisions about what and how to change) ผู้ป่วยจะเกิดแรงจูงใจภายใน เกิดการยอมรับและรู้สึกมีอิสระในการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง (Autonomy) และเกิดการยอมรับความสามารถของตนเอง (Competence)

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างพลังใจภายในที่เข้มแข็งเพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข และการสิ้นสุดสัมพันธภาพ เป็นการสร้างแรงจูงใจภายในโดยผู้ป่วยเป็นผู้ค้นหาทางเลือกด้วยตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม 1 ครั้ง คือ

กิจกรรมที่ 5 กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยกล่าวถึงความรู้สึกที่ได้เปลี่ยนแปลงตนเอง การสร้างเป้าหมาย รวมถึงการค้นหาทางเลือกที่หลากหลายเพื่อเป็นแรงผลักดันไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น โดยการพูดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงเป้าหมายรวมทั้งวางแผนในการมีชีวิตของตนเอง การกำหนดพฤติกรรม การดูแลตนเองและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของตนเอง(Explore options) โดยการได้รับข้อมูลสนับสนุนและส่งเสริมโดยการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว ร่วมกับทางสหวิชาชีพ อีกทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ต่อจากนั้นทำการสรุปผลและสิ้นสุดสัมพันธภาพ ประเมินผล ประเมินแรงจูงใจ กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองด้านการสร้างสมรรถนะ(Competence)ของผู้ป่วย ก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คุกคามต่อการมีชีวิต และลดความสับสนในการตัดสินใจ(Autonomy) เพิ่มพฤติกรรมในการต้องการที่จะมีชีวิตอย่างมีความสุข (Competence) (Britton et al., 2011)

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน ซึ่งผสมผสานหลักการกำหนดตนเองของ Deci & Ryan (2008) ร่วมกับเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) และเทคนิคการปรับกระบวนการความคิดของ Beck (1979) ซึ่งพัฒนามาจากการบำบัดของ Britton et al. (2011) ทั้ง 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมอยู่แล้ว การสร้างกระบวนการความคิดใหม่จะช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมองปัญหาและสถานการณ์ด้วยความเป็นจริง ปรับเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวกช่วยลดกระบวนการคิดที่บิดเบือน และการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมสามด้านจะก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในที่เข้มแข็ง ส่งผลต่อการลดความสับสนในการมีพฤติกรรมที่คุกคามต่อชีวิต รู้จักสมรรถนะแห่งตนเอง สร้างพลังให้ค้นหาทางเลือกในการดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้อย่างมีความสุข อีกทั้งรู้จักใช้สัมพันธภาพเพื่อช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิต ส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

รายละเอียดความเชื่อมโยงระหว่างหลักการกำหนดตนเองและใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับกระบวนการความคิด รวมทั้งการตอบสนองความต้องการทางจิตสังคมทั้งสามด้านสรุปดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ตารางแสดงความเชื่อมโยงของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน ทฤษฎีการกำหนดตนเอง การใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับกระบวนการความคิด

กิจกรรม	ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self - Determination Theory)			เทคนิค การ เสริมสร้าง แรงจูงใจ	เทคนิค การปรับ กระบวนการ ความคิด
	Autonomy	Competence	Relatedness		
ขั้นตอนที่ 1					
<u>กิจกรรมที่ 1</u> การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อค้นหาปัญหา สำนวจความลังเลและประเมินแรงจูงใจ	✓		✓	✓	
<u>กิจกรรมที่ 2</u> การเสริมแรงจูงใจ เตรียมความพร้อมเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดียิ่งขึ้น	✓	✓		✓	
ขั้นตอนที่ 2					
<u>กิจกรรมที่ 3</u> การค้นหาความคิดด้านลบและด้านบวกที่มีต่อตนเองและสังคม	✓		✓		✓
<u>กิจกรรมที่ 4</u> การค้นหาความตั้งใจที่จะเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติแง่ลบที่มีต่อตนเองและผู้อื่น	✓	✓			✓

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรม	ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self - Determination Theory)			เทคนิค การ เสริมสร้าง แรงจูงใจ	เทคนิค การปรับ กระบวนการ ความคิด
	Autonomy	Competence	Relatedness		
<p>ขั้นตอนที่ 3</p> <p>กิจกรรมที่ 5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวถึงความรู้สึกที่ได้เปลี่ยนแปลงตนเอง การสร้างเป้าหมาย รวมถึงการค้นหาทางเลือกที่หลากหลายเพื่อเป็นแรงผลักดันไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น</p>	✓	✓	✓	✓	

จากตารางสรุปได้ว่าใน ขั้นตอนที่ 1 มีจุดประสงค์เพื่อการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อค้นหาปัญหา สำรวจความลังเล และประเมินแรงจูงใจ และกิจกรรมที่ 2 การเสริมแรงจูงใจ เตรียมความพร้อมเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดียิ่งขึ้น โดยการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ยอมรับตนเองสำรวจสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าและผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมถึงการส่งเสริมการมองหาเป้าหมายในชีวิตโดยการหาเหตุผลมาสนับสนุนเชื่อว่าจะก่อให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพ (relatedness) การมีส่วนร่วมของการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ (autonomy) และการตั้งศักยภาพของผู้ป่วยออกมาด้วยวิธีเสริมแรง (competence) ในขั้นตอนที่ 2 การปรับกระบวนการคิดใหม่ ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง คือ กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดด้านลบและด้านบวกที่มีต่อตนเองและสังคม และกิจกรรมที่ 4 การค้นหาความตั้งใจที่จะเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติแง่ลบที่มีต่อตนเองและผู้อื่น โดยการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยมองหาสิ่งสำคัญที่เป็นพลัง เป็นแรงปรารถนา โดยการใช้เทคนิคการปรับกระบวนการความคิด เพื่อค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบเพื่อค้นหาตัวเสริมแรงอันนำไปสู่ความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งค้นหาการเปลี่ยนความคิดที่มีต่อตนเองไปในทางบวก ก่อให้เกิดการรับฟังปัญหา การเข้าใจในตนเอง การยอมรับฟังซึ่งกันและกัน (relatedness) เกิดการยอมรับและรู้สึกมีอิสระในการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง (autonomy) และเกิดการยอมรับความสามารถของตนเอง (competence) ส่วนขั้นตอนที่ 3 การสร้างพลังใจ

ภายในที่เข้มแข็งเพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและการสิ้นสุดสัมพันธภาพ ประกอบด้วยกิจกรรม 1 ครั้ง คือ กิจกรรมที่ 5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวถึงความรู้สึกที่ได้เปลี่ยนแปลงตนเอง การสร้างเป้าหมาย รวมถึงการค้นหาทางเลือกที่หลากหลายเพื่อเป็นแรงผลักดันไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อตอบสนองด้านการสร้างสมรรถนะ (competence) ของผู้ป่วย ก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คุกคามต่อการมีชีวิต และลดความสับสนในการตัดสินใจ (autonomy) เพิ่มพฤติกรรมในการต้องการที่จะมีชีวิตอย่างมีความสุข (relatedness)

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดฯ
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) วัตถุประสงค์แบบมีกลุ่มควบคุม (The pretest-posttest control group design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของระบบการจำแนกโรคองค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป (N=62 ราย)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของระบบการจำแนกโรคองค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2558 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 (n= 36 ราย)

ตัวแปรต้น คือ การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่ผิดปกติ ประกอบด้วย การแสดงออกทางความคิด พฤติกรรม การแสดงออกทางกายและแรงจูงใจ ได้แก่ อารมณ์หดหู่ อาการซึมเศร้า ร้องไห้ มองโลกในแง่ร้าย มีความคิดลบต่อตนเอง ไม่ชอบตนเอง ความรู้สึกผิด การตำหนิตนเอง การมองว่าตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึกสิ้นหวัง ขาดพลัง ขาดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด แยกตัวจากสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การงาน และการดำเนินชีวิตในสังคม ประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) (แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ 2522, อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2536)

การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน หมายถึง แผนการดำเนินกิจกรรมที่เป็นระบบ ที่จัดกระทำกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบการบำบัดมาจาก Briton et al. (2011) โดยบูรณาการจากทฤษฎีการกำหนดตนเองของ Deci & Ryan (2008) ผสานเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) (Miller & Rollnick, 2002) และเทคนิคการปรับกระบวนการความคิด (Cognitive restructuring) (Beck, 1979) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า เป็นการบำบัดรายกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มละ 9 คน จำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันนาน 5 สัปดาห์ โดยการบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในชีวิต เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น เพื่อค้นหาข้อมูลที่ต้องการจากการสร้างสัมพันธภาพมาวิเคราะห์ในการให้การบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง คือ **ครั้งที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อค้นหาปัญหา สำรวจความลังเล และประเมินแรงจูงใจ กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยจะเริ่มสำรวจเหตุผลของการเกิดภาวะซึมเศร้าของตนเอง รวมถึงได้วิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า **ครั้งที่ 2** การเสริมแรงจูงใจ เตรียมความพร้อมเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยจะได้สำรวจประเมินความพร้อมของตนเอง ค้นหาเหตุผลเพื่อลดความลังเลในการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลตนเอง บอกประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงรวมถึงผลลัพธ์ที่ได้

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกระบวนการคิดใหม่ (การตรวจสอบตัวเสริมแรงที่ก่อให้เกิดความคิดที่เป็นปัญหา และเปลี่ยนมุมมองการรับรู้ปัญหาใหม่) เป็นการให้การบำบัดเพื่อเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ทำการสนับสนุนและกระตุ้นเหตุผลในการเปลี่ยนความคิดด้วยการนำสิ่งสำคัญมาเป็นเป้าหมาย ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง คือ **ครั้งที่ 3** การค้นหาความคิดด้านลบและด้านบวกที่มีต่อตนเองและสังคม การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบเพื่อเรียนรู้ตัวเอง เป็นการ

ประเมินความคิด ความรู้สึก อารมณ์ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ครั้งที่ 4 การค้นหาความตั้งใจที่จะเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติแง่ลบที่มีต่อตนเองและผู้อื่น เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมองหาสิ่งสำคัญที่เป็นพลัง เป็นแรงปรารถนา การสร้างแรงจูงใจ ค้นหาเป้าหมาย ค้นหาสิ่งสำคัญและคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงความหวังที่จะช่วยให้ดำเนินชีวิตไปอย่างมีความหมาย หาเหตุผลที่นำไปสู่การเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างพลังใจภายในที่เข้มแข็งเพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและการสิ้นสุดสัมพันธภาพ (การสร้างพลังใจหมายถึง พลังที่เป็นแรงผลักดัน แรงจูงใจภายในอันนำไปสู่การเป็นอยู่ที่ดีขึ้น) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ ครั้งที่ 5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวถึงความรู้สึกที่ได้เปลี่ยนแปลงตนเอง การสร้างเป้าหมาย รวมถึงการค้นหาทางเลือกที่หลากหลายเพื่อเป็นแรงผลักดันไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการสิ่งแวดล้อมให้คำแนะนำเรื่องการรักษาความสะอาดบ้านและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลในวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี ที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี แล้วได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของระบบการจำแนกโรคองค์การอนามัยโลก (ICD-10)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้พัฒนารูปแบบทางจิตสังคม ซึ่งเป็นการดูแลอีกทางเลือกหนึ่งในการบำบัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้และการปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันภาวะเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง " การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า" ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาได้ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
 - 1.2 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า
 - 1.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 1.4 การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าแยกจากโรคต่างๆ
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า
 - 1.4 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า
 - 1.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า
 - 1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ทฤษฎีการกำหนดตนเอง
 - 3.1 ความหมายของทฤษฎีการกำหนดตนเอง
 - 3.2 ความเชื่อมโยงระหว่างแรงจูงใจกับทฤษฎีการกำหนดตนเอง
4. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 4.1 ความหมายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 4.2 หลักการการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 4.3 เทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
5. การปรับความคิด
 - 5.2 เทคนิคการปรับความคิด (Cognitive technique)
 - 5.3 เทคนิคการสร้างกระบวนการคิด (Cognitive restructuring)
6. โปรแกรมการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน
7. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

Beck (1979) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากความคิดบิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลกและอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้จะมีลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนไป คือดาวน์ลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking)

American Psychiatric Association [APA] (2013) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้านั้นจะต้องมีอาการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป ประกอบด้วยอาการดังต่อไปนี้ อารมณ์ซึมเศร้าหรือการรู้สึกสูญเสียสิ่งที่เคยสนใจ (anhedonia) สิ้นหวัง(hopeless) มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักที่อาจจะเพิ่มขึ้นหรือลดลง(appetite change) ระบบการนอนหลับถูกรบกวนอาจจะนอนมากขึ้นหรือนอนไม่หลับ(sleep disturbance) ระบบการเคลื่อนไหวผิดปกติ(psychomotor changes) รู้สึกอ่อนเพลีย สูญเสียพลังงาน (decreased energy)

สวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติด้านอารมณ์ชนิดเศร้า บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์แบบเรื้อรัง (mania episode) แบบอารมณ์เศร้าร่วมกับเรื้อรัง (mixed episode) หรือแบบอารมณ์ดีอย่างผิดปกติ (hypomanic episode) โดยจะต้องไม่มีประวัติการแปรเปลี่ยนด้านอารมณ์มาก่อน อีกทั้งจะต้องไม่มีประวัติการใช้สารหรือยาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ด้วย

दारारวรรณ ต๊ะปินตา (2556) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้าส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่แตกต่างไปจากเดิม ได้แก่ มองตนเองในแง่ลบ การตำหนิตนเอง การขาดแรงจูงใจ เบื่ออาหาร ไม่สนใจตนเอง จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทางการแพทย์ ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้าจะมีอาการแสดงที่แตกต่างกัน ประกอบด้วย อาการด้านอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกหดหู่ เศร้า ร้องไห้ง่าย อาการด้าน neurovegetative ได้แก่ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง บางรายอาจจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือนอนหลับมากกว่าปกติ อาการด้านpsychomotor ได้แก่ อาการเฉื่อยชา เชื่องช้า คิดน้อย พูดน้อย บางรายมีอาการกระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง อาการด้านCognition ได้แก่ เหม่อลอย หลงลืม

รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า มองโลกในแง่ร้าย มีความคิดอยากตาย โดยอาการเหล่านี้จะเป็นติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป

ผู้วิจัยสรุปความหมายที่กล่าวมาได้ว่า โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติด้านอารมณ์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม แรงจูงใจ และสรีระที่แตกต่างไปจากเดิม อาการด้านความคิดที่พบในโรคซึมเศร้า ได้แก่ การมีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม อาการด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เศร้า หดหู่ หงุดหงิด บางรายมีอาการร่าเริงที่ผิดปกติ อาการด้านพฤติกรรม ได้แก่ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่สนใจตนเอง ขาดแรงจูงใจ ซึ่งอาการเหล่านี้จะเป็นติดต่อกันนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป

1.2 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยฮาวาร์ด ได้มีการคาดการณ์ภาระโรค (Burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี พบว่าโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและอนาคต (สาวิตรี วิษณุโยธิน และนชพร อธิวิศวกุล, 2553)

จากการสำรวจอุบัติการณ์และความชุกของโรคซึมเศร้าในไทยปี พ.ศ. 2551 พบว่า ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depressive episode) เท่ากับ 1,311,797 คน และป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (Dysthymia) เท่ากับ 181,809 คน อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าจากการสำรวจระบาดวิทยาในประเทศไทยพบว่า ภาคกลางมีอัตราความชุกร้อยละ 2.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 2.7 ภาคใต้และภาคเหนือร้อยละ 2.3 กรุงเทพมหานครร้อยละ 5.1 รวมทั้งประเทศคิดเป็นร้อยละ 2.7 (ชรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2551) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งมีอายุระหว่าง 35-54 ปี คิดเป็น 2 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2553) และจากการรายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2553 พบว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของประชากรไทยเพิ่มขึ้น จำแนกตามเขตสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2551 เท่ากับ 148,240 ราย ปี พ.ศ. 2552 เท่ากับ 165,785 ราย และปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 153,756 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2553)

1.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ ปัจจุบันใช้เกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยอยู่ 2 เกณฑ์ ประกอบด้วย การจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และการจำแนกของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.3.1 หลักเกณฑ์ในการจำแนกขององค์การอนามัยโลก โดยอาศัยการจำแนกตามความผิดปกติทางพฤติกรรมและทางจิต ฉบับที่ 10 (International Classification of Disease/ICD-10) หมวด F32-F39 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541; สายฝน เอกวารงกุล, 2553)

1.3.1.1 อาการหลัก ประกอบด้วย อารมณ์เศร้า ความสนุกเพลิดเพลินหรือความสนใจในการทำกิจกรรมลดลง อ่อนเพลีย มีกิจกรรมลดลง

1.3.1.2 อาการร่วม ประกอบด้วย สมาธิลดลง รู้สึกผิดและไร้คุณค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจลดลง มองโลกและอนาคตในทางลบ มีความคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย เบื่ออาหาร ระบบการนอนหลับแปรปรวน

1.3.1.3 อาการทางกาย ประกอบด้วย รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่มีความสุขต่อสิ่งที่เคยทำให้เพลิดเพลิน ตื่นเช้ากว่าปกติมากกว่า 2 ชั่วโมง มีอาการซึมเศร้ามากในช่วงเช้า เคลื่อนไหวช้า ทำกิจกรรมช้า หรือกระสับกระส่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงร้อยละ 5 ใน 1 เดือน ความต้องการทางเพศลดลง

Cod ICD-10 F32.00: Mild จะต้องมีอาการหลักอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการ และมีอาการร่วมอย่างน้อย 2 อาการ ประกอบด้วย

F32.00 มีอาการทางกายน้อยกว่า 4 อาการ

F32.01 มีอาการทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 4 อาการ

F32.1: Moderate มีอาการหลักอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการ และมีอาการร่วมอย่างน้อย 3 อาการ

F32.2: Severe มีอาการหลักครบ 3 อาการ และมีอาการร่วมอย่างน้อย 4 อาการ

F32.3: Severe with psychotic มีอาการหลักครบ 3 อาการ และมีอาการร่วมอย่างน้อย 4 อาการ ร่วมกับมีอาการทาง Psychotic symptom
รหัสโรคซึมเศร้าทั้งหมด สามารถเรียงลำดับตั้งแต่ F32-F39 รายละเอียด ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 การใช้รหัสโรคซึมเศร้า ตามหลัก ICD-10 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541)

รหัสโรค	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
F32	Depressive episode	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว
F32.0	Mild depressive episode	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว ไม่รุนแรง
F32.1	Moderate depressive episode	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว ปานกลาง
F32.2	Severe depressive episode without psychotic symptoms	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว รุนแรง แต่ไม่มีอาการทางจิต
F32.3	Severe depressive episode with psychotic symptoms	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว รุนแรง และมีอาการทางจิต

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รหัสโรค	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
F32.8	Other depressive episode	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว แบบอื่น
F32.9	Depressive episode, unspecified	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว จากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด
F33	Recurrent depressive disorder	อารมณ์ซึมเศร้าซ้ำ
F33.0	Recurrent depressive disorder, current episode mild	อารมณ์ซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำ แต่อาการไม่รุนแรง
F33.1	Recurrent depressive disorder, current episode moderate	อารมณ์ซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำ กำลังเกิดขึ้นใหม่ อาการปานกลาง
F33.2	Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms	อารมณ์ซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำ กำลังเกิดขึ้นใหม่ อาการรุนแรง แต่ไม่มีอาการทางจิต
F33.3	Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms	อารมณ์ซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำ กำลังเกิดขึ้น อาการรุนแรง และมีอาการทางจิต
F33.4	Recurrent depressive disorder, current in remission	อารมณ์ซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำ ระยะหาย
F33.8	Other recurrent depressive disorders	อารมณ์ซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำ แบบอื่นๆ
F33.9	Recurrent depressive disorder, unspecified	อารมณ์ซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำ จากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด
F34	Persistent mood [affective] disorders	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว
F34.0	Cyclothymia	ไซโคลไทเมีย
F34.1	Dysthymia	ดิสไทเมีย
F.34.8	Other persistent mood [affective] disorders	ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดที่คงอยู่นาน แบบอื่น

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รหัสโรค	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
F34.9	Persistent mood [affective] disorders, unspecified	ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดที่คงอยู่นาน ไม่ระบุรายละเอียด
F38	Other mood [affective] disorders	ความผิดปกติทางอารมณ์แบบอื่น
F38.0	Other single mood [affective] disorders	ความผิดปกติทางอารมณ์แบบอื่น ที่เกิดขึ้นครั้งเดียว
F38.1	Other recurrent mood [affective] disorders	ความผิดปกติทางอารมณ์แบบอื่น ที่เกิดขึ้นซ้ำ
F38.8	Other specified mood [affective] disorders	ความผิดปกติทางอารมณ์แบบอื่น
F39	Unspecified mood [affective] disorders	ความผิดปกติทางอารมณ์ที่ไม่สามารถระบุรายละเอียดได้

1.3.2 หลักเกณฑ์ในการจำแนกของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน(Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (5th edition) / DSM-5) มีดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

A. มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อ โดยจะต้องมีข้อที่1หรือข้อที่2 หนึ่งข้อและจะต้องมีอาการเหล่านี้มากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป ประกอบด้วย อาการดังต่อไปนี้

1. มีอารมณ์ซึมเศร้า โดยเป็นเกือบทั้งวัน
2. มีความสนใจหรือความเพลิดเพลินใจลดลงอย่างมาก เป็นเกือบตลอดวัน
3. เบื่ออาหาร น้ำหนักลดโดยที่ไม่ได้ทำการควบคุมน้ำหนัก หรือกินจุและมีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก มากกว่า5%ใน 1เดือน
4. นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติ
5. มีการเปลี่ยนแปลงของPsychomotor โดยพบ Psychomotor agitation หรือ retardation
6. รู้สึกอ่อนเพลีย ขาดเรี่ยวแรง
7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดโดยไม่สมเหตุสมผล
8. ขาดสมาธิ มีความสับสนลังเลใจ
9. มีความคิดเกี่ยวกับการตายหรือการฆ่าตัวตาย

B. ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ส่งผลต่อการพร่องของการทำหน้าที่ต่างๆอย่างชัดเจน เช่น การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น

C. อาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดมาจากสาเหตุทางกายหรือการใช้สารเสพติด

1.4 การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าแยกจากโรคต่างๆ

อาการเฉพาะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะประกอบด้วย อารมณ์เศร้า อ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวช้าลง ความสามารถที่จะ สนใจสิ่งต่างๆลดลง ขาดสมาธิ และเหนื่อยง่าย มีความรู้สึกผิดคิดว่าตนเองไร้ค่า และไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม อาจมีอาการทางร่างกาย เช่น หดความรู้สึกสนใจ และสนุกสนานกับสิ่งต่างๆ ตื่นเช้า และหดความรู้สึกทางเพศ สามารถแบ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ 3 ระดับ ดังนี้ (สุภาวดี ธรรมะรักจิต, 2550)

1.4.1 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild Depressive Episode) พบว่ามีอาการ 2-3 อาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ แต่ยังคงทำกิจกรรมได้ตามปกติ

1.4.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depressive Episode) พบมีอาการ 4 อย่างขึ้นไป ผู้ป่วยจะมีความยากลำบากมากในการดำเนินชีวิตปัจจุบัน

1.4.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง แต่ไม่มีอาการโรคจิต หรือมีอาการประสาทหลอน หลงผิด การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยจะลดลง รุนแรงจนมีพฤติกรรมผิดปกติในสังคม

1.4.4 ภาวะซึมเศร้าสาเหตุจากโรคทางกาย มีสาเหตุได้หลายอย่าง เช่น โรคเอดส์ เนื้องอกในสมอง โรคโลหิตจางหรือขาดสารอาหาร การใช้สารหรือยาต่างๆ เช่น ยา steroids หรือยาลดความดันโลหิต เป็นต้น

1.4.5 ภาวะซึมเศร้าจากสารเสพติด ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงติดสุราถึงร้อยละ 50 การติดสุรามีผลให้การดำเนินโรคทางอารมณ์ ย่ำแย่ลง รักษายาก และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างรุนแรงหรือกรณีผู้เข้ายาบ้า หลังจากหยุดยาบ้า อาจพบอาการของภาวะซึมเศร้าได้

1.4.6 โรคซึมเศร้า (Major depressive) มีอาการเบื่อหน่าย หดความรู้สึกสนใจสิ่งต่างๆหรืออารมณ์ซึมเศร้า ร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น เบื่อ นอนไม่หลับ หลงลืม มีความคิดอยากตาย ฯลฯ มีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นทุกวัน และติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์

1.4.7 ภาวะซึมเศร้าจากการปรับตัว เกิดภายหลังการสูญเสีย หรือตายจากบุคคลผู้เป็นที่รัก ยิ่ง รวมทั้งเหตุการณ์ตึงเครียดต่างๆที่เห็นชัดเจนและมีผลต่อการปรับตัว ช่วงเวลาที่เกิดขึ้นไม่เกิน 6 เดือน เช่น ความผิดหวัง ความเจ็บป่วย และความพิการ

1.4.8 โรคซึมเศร้าชนิด Dysthymia รุนแรงน้อยกว่าโรคซึมเศร้า(Major depressive) เป็นเรื้อรังอย่างน้อย 2 ปี การดำเนินโรคเกิดขึ้นสลับกันไปมา ระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะ Mania ที่เรียกว่าโรคไบโพลาร์

1.5 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

อาการหลักของโรคซึมเศร้าที่เด่นชัด ประกอบด้วย อารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่นๆเปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย มีอาการเกือบตลอดวันนานกว่า 2 สัปดาห์ (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) โดยอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าจะแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรมและทางด้านร่างกาย (Chatav & Whisman, 2009; Leventthal, Kahler, Ray & Zimmerman, 2009; Westermeyer, 2003; Wong & Lim, 2009 อ้างถึงใน สายฝน เอกวารากร, 2553) ดังนี้

1.5.1 ด้านอารมณ์ โดยบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์เศร้า หรืออารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว กระวนกระวายใจ น้อยใจง่าย มีความรู้สึกเบื่อหน่าย หหมดความสนใจ รวมทั้งสูญเสียคุณค่าในตนเอง อารมณ์ไม่คงที่บางเวลาเศร้ามาก บางเวลาเศร้าน้อย บางครั้งก็ไม่สามารถระบุอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นอารมณ์เศร้าได้ ซึ่งประกอบด้วย

1.5.1.1 อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธ กระวนกระวายใจ บุคคลเหล่านี้จะไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ สับสน ว้าวุ่น ไม่มั่นใจ ไม่ไว้วางใจ หงุดหงิดกับตนเองที่ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ หลังจากแสดงอารมณ์ดังกล่าวไปแล้ว บุคคลเหล่านี้จะตำหนิตนเอง โกรธ เสียใจ และรู้สึกผิดอยู่ตลอดเวลา

1.5.1.2 ความรู้สึกเบื่อ หหมดความสนใจ หรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกกับกิจกรรมที่เคยชอบ ไม่สนใจตนเอง หมดอารมณ์สนุกทั้งๆที่พยายามฝืนใจ ไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบ รวมทั้งไม่สนใจที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำอีกด้วย (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

1.5.1.3 ความรู้สึกผิดโทษตนเอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักตำหนิ และรู้สึกผิดต่อการกระทำของตนเอง รวมทั้งรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเองแม้ในเรื่องที่ไม่รุนแรง คิดว่าตนเองเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากขึ้น ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองเป็นอย่างมาก

1.5.1.4 ความรู้สึกเสียคุณค่าในตนเอง (Low self-esteem) บุคคลเหล่านี้จะมีความรู้สึกผิดเสียใจกับภาพลักษณ์และพฤติกรรมของตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีค่า ไม่เป็นที่ต้องการของบุคคลรอบข้าง

1.5.1.5 อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน คือมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้านี้และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ เป็นผลจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ cortisol ในพลาสมาซึ่งหลั่งออกมาสูงสุดในเวลาเช้านี้ประมาณ 4-5 นาฬิกา และระดับลดต่ำสุดในช่วงเย็น

1.5.2 ด้านความคิด โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีความคิดช้าลง ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ และการตัดสินใจลดลง มีความคิดแง่ลบต่อตนเอง บุคคลรอบข้างและสิ่งแวดล้อม และเมื่อรุนแรงขึ้นก็นำไปสู่ความคิด พฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ การแสดงออกด้านความคิด ประกอบด้วย

1.5.2.1 ความคิดซ้ำ ไม่มีสมาธิ มีอาการกระวนกระวาย สับสน ประหม่า ไม่มั่นใจใจตนเอง ระยะเวลาความสนใจต่อการทำหน้าที่ลดลง ซ้ำลิ้ม อาการคล้ายความจำเสื่อม แต่ตรวจไม่พบว่ามี การสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่ทำกิจวัตร ประจำวันธรรมดา จนถึงขั้นมีอาการคล้ายความจำเสื่อม บางครั้งความคิดจะถูกหยุด (Blocking) โดย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

1.5.2.2 ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมีตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย คิดถึงหรือ ฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตาย พบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุก คน คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีสำหรับตนเองหรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักและห่วงใย และความคิด อยากตายมีความสัมพันธ์สูงกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (สายฝน เอกวารากร, 2553) การสังเกตอาการที่เด่นชัด คือ แยกตัว ซึม และจะพูดเกี่ยวกับความตายบ่อยๆ

1.5.2.3 ความสามารถในการคิดและตัดสินใจลดลง คิดมากวิตกกังวล คิดซ้ำไปซ้ำมา ไม่ สามารถควบคุมความคิดของตนเองได้ สับสน ไม่กล้าตัดสินใจ คิดถึงแต่เหตุการณ์ที่เลวร้ายที่จะเกิด กับตัวเอง ไม่สามารถหาทางแก้ปัญหาในอนาคตได้ อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติ ทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น ใจหวิว ตกใจง่าย ใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลาย มือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะหรือปวดตามส่วนซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60-70 หรือเกือบทุกคน

1.5.2.4 ความคิดลบต่อตนเอง บุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม บุคคลจะรู้สึกสิ้นหวังในตนเอง รู้สึกผิด ไร้ความหวัง ไร้คุณค่า ไม่สามารถหาทางแก้ปัญหาในชีวิตได้ ขาดความไว้วางใจในตนเอง รวมถึงบุคคลรอบข้างและสิ่งแวดล้อม ขาดความหวังและความมั่นใจในการดำเนินชีวิต

1.5.2.5 ความคิดวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis) ผู้ป่วย มักจะไม่ทราบหรือไม่ยอมรับว่าตนมีอาการเศร้าหรือความเครียดและยืนยันว่าเจ็บป่วยจากโรคทาง กาย

1.5.3 ด้านพฤติกรรม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมที่แสดงออกที่เด่นชัด โดยเฉพาะด้าน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่ลดลง จะสังเกตเห็นว่ามีการแยกตัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง เป้าหมายที่จะทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการแสดงออกด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย

1.5.3.1 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) เชื่องช้า เชื่องซึม (retardation) พูดซ้ำๆ พูดเสียงเบาๆ หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech) อยู่ใน ท่าไหล่ค่อม คอดก สิ้นหน้าเฉยเมย หรือหน้ามัวคิ้วขมวด มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน ต่างๆของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปหมดทุกอย่าง

1.5.3.2 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกที่ไม่มีใคร เข้าใจ ไม่รู้สึกปลอดภัยที่จะต้องอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น สร้างขอบเขตของตัวเองและแยกตัวอยู่ภายใน

ขอบเขตที่ตนเองสร้างไว้ ส่งผลให้ขาดการติดต่อกับผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็น ครอบครัว ญาติ เพื่อนฝูง ฯลฯ

1.5.3.3 การเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นลดน้อยลง บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เพราะบุคคลเหล่านั้นจะรู้สึกไม่ไว้วางใจ กังวล ไม่มั่นใจในตนเอง และรู้สึกกดดันหรือถูกคุกคามเมื่อต้องเข้าร่วมอยู่ในสถานการณ์ที่มีบุคคลอื่นร่วมด้วย บุคคลจะไม่สามารถจัดการกับปัญหาเฉพาะหน้าได้จากปัญหาด้านการตัดสินใจที่ซ้าลง

1.5.3.4 ความสนใจในการดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากบุคคลเหล่านี้รับรู้กับสิ่งเร้าจากภายนอกจะลดลง จึงไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันอย่างง่าย ๆ ได้จากความคิดและการรับรู้ที่ลดลง

1.5.3.5 ความรู้สึกหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะในผู้ป่วยชาย มีอารมณ์เพศหรือสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษา หรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหานี้ได้เช่นกัน

1.5.3.6 การมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย มักพบในผู้ที่มีระดับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง

1.5.4 ด้านร่างกาย ในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า อาการทางจิตมักจะส่งผลออกมาทางร่างกายด้วย โดยผู้ป่วยไม่รู้ตัว อาการทางกายส่วนใหญ่ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดท้อง ท้องผูก คลื่นไส้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เป็นต้น อาการทางกายในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย

1.5.4.1 รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว แม้จะมีอาหารที่ขอบวางอยู่ตรงหน้า ต้องฝืนใจรับประทาน การรับรู้รสชาติเปลี่ยนไป มักพบปัญหาแผลในกระเพาะอาหารเนื่องจากการไม่ได้รับประทานอาหาร อีกทั้งน้ำหนักร่างกายลดลงและผอมลงด้วย

1.5.4.2 อาการนอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป โดยอาการนอนไม่หลับตั้งแต่เริ่มนอนหรือหลับยากนอนไม่หลับในระยะต้น (initial insomnia) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับๆ ตื่นๆ ทั้งคืน (total insomnia) อาการนอนไม่หลับเป็นที่รูปแบบของโรคซึมเศร้า (depressive insomnia) คือ หลับได้ง่ายแต่รู้สึกตื่นเช้ากว่าปกติ 2-3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก อาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นแทบทุกคืน บางรายตื่นเช้ากว่าปกติ ไม่อยากตื่น ตื่นแล้วไม่สดชื่น รู้สึกนอนไม่เต็มอิ่ม

1.5.4.3 อาการอ่อนเพลีย บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกเหนื่อยง่าย อ่อนล้า อ่อนเพลีย รู้สึกหมดพลัง เหนื่อย ไม่มีแรง และไม่สดชื่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง อาการดังกล่าวจะรุนแรงขึ้นถ้าหากบุคคลนั้นไม่ได้พักผ่อน

1.5 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

การพิจารณาอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวน 4 ด้าน ประกอบด้วย ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้าน

แรงจูงใจ และความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยความแปรปรวนแต่ละด้านแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ คือ โรควิตกกังวลระดับเล็กน้อย ระดับปานกลางและระดับรุนแรง (Beck, 1967; Beck et al., 1979 อ้างถึงใน สุภาวดี ธรรมะรักขิต, 2550) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.5.1 ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ มองภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป จะมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1.5.1.1 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มักจะชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่าหรือความยากลำบากที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

1.5.1.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จโทษตนเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตนหรือเรื่องที่อยู่เหนือการควบคุมของตน ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย เช่น เลือกเสื้อผ้าที่จะแต่งตัว เป็นต้น วิดกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้นแม้ยังไม่มีอาการแสดง

1.5.1.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลว ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

1.5.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกัน ออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.5.2.1 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆทั้งวัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้ามักมีสาเหตุเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังต่อตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทั้งเรื่องครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

1.5.2.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร่ารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ

1.5.2.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร่ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทรมานใจเป็นอย่างมาก สิ้นหวัง รังเกียจตัวเอง ไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มีอารมณ์พึงพอใจกับสิ่งใดๆเลย หมดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา ร้องไห้จนไม่มีน้ำตา

1.5.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคม หรือต้องการที่จะตาย โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.5.3.1 ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึงพาผู้อื่นมากขึ้นหรือมีความต้องการที่จะตาย

1.5.3.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ รู้สึกจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลี้ยงและแยกตัวออกจากสังคม ความต้องการที่จะตายรุนแรง และถี่ขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

1.5.3.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตัวเองทั้งหมด แทบจะไม่มีเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป

1.5.4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยล้า น้ำหนักลด โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.5.4.1 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

1.5.4.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหารหรือลิ้มรับประทานอาหารไปเลย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ

1.5.4.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถกลับไปหลับต่อได้อีก หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้

1.6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าพบว่ามีปัจจัยของการเกิดโรคหลากหลายปัจจัย ประกอบไปด้วยปัจจัยทางด้านชีวภาพและปัจจัยทางด้านจิตสังคม มีรายละเอียดดังนี้

1.6.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological Factor) หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดลักษณะของพันธุกรรมมายังลูกหลาน การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสารสื่อประสาท ความผิดปกติของสมอง ระบบประสาทอื่นๆและฮอร์โมน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ดังนี้

1.6.1.1 พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมนั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า โดยญาติสายตรงหรือญาติในลำดับแรกๆ (first-degree relatives) จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่าญาติห่างๆหรือประชากรปกติทั่วไปประมาณ 2-3 เท่า (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) ส่วนอัตราการเกิดโรคร่วมกันในฝาแฝด (concordance rate) ถ้าเป็นแฝดไข่ใบเดียวจะพบสูงถึงประมาณร้อยละ 50 แต่ถ้าแฝดไข่คนละใบพบประมาณร้อยละ 10-25 (Sadock & Sadock, 2003)

1.6.1.2 สารสื่อประสาท โดยเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยมี norepinephrine serotonin รวมถึง dopamine ลดต่ำลง และการมีความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้อง (monoamine-deficiency hypothesis) ซึ่งก่อให้เกิดความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกันของสารสื่อประสาท และพบว่าสารสื่อประสาทอื่นๆ เช่น acetylcholine, gamma-aminobutyric acid (GABA), glutamate และ glycine อาจจะมีความผิดปกติด้วยเช่นกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

1.6.1.3 ระบบต่อมไร้ท่อ จากการศึกษาพบว่าจะมีการทำงานของ Hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA) เพิ่มขึ้นในภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่างๆของฮอร์โมน ทำให้ระดับ glucocorticoid ในพลาสมาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50-60 (Sadock, Sadock, 2003) ส่งผลต่อการยับยั้งกระบวนการ neurogenesis และ dendritic remodeling ใน hippocampus ทำให้เซลล์บริเวณ hippocampus ฝ่อหรือตายลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) นอกจากนี้ยังมีการค้นพบความผิดปกติของ thyroid hormone axis และ growth hormone อีกด้วย (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2553)

1.6.1.4 ความผิดปกติทางประสาทสรีรวิทยา (Neurophysiological abnormalities) พบว่าโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางด้านประสาทสรีรวิทยาของการนอน เช่น การตื่นเร็วกว่าปกติ (terminal insomnia) การตื่นเช้ามืดกว่าปกติ (early morning awakening) มีช่วงหลับลึกน้อยลง (decrease slow wave sleep) เข้าสู่การนอนช่วง rapid eye movement (REM) เร็วขึ้น ซึ่งหมายถึง กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายมีการคลายตัวมากที่สุดและอาจจะมีการกรอกลูกตาช้าบ้าง เร็วบ้าง แสดงว่ามีการหลับลึกที่เร็วขึ้น มีการปลุกตื่นได้ยาก เนื่องจากวงจรการหลับจะต้องเริ่มต้นที่ NREM (Non Rapid Eye Movement) โดยการนอนหลับในระยะแรกจะพบ NREM มากกว่า REM แต่วงจรการนอนที่ผิดปกติจะพบการนอนหลับ (REM density) ที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

1.6.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factor) หมายถึง ปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต ปัจจัยทางความคิดและพฤติกรรมรวมถึงปัจจัยทางสังคมและสัมพันธภาพ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2553) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้

1.6.2.1 ปัจจัยภายในหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (Intrapsychic) โดยเชื่อว่าเป็นประสบการณ์ในอดีตของบุคคลซึ่งเกี่ยวกับความขัดแย้งหรือยากลำบากในวัยเด็ก บุคคลที่เกิดภาวะซึมเศร้านั้นอาจเกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว การสูญเสียความเชื่อมั่นหรือภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น ตามทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychological theory) ที่เริ่มโดย sigmund Freud และ Karl Abraham โดย Kari Abraham กล่าวว่า ความซึมเศร้าเป็นการแสดงถึงความเสียใจ จากการสูญเสียความรักจากบุคคลสำคัญ ทำให้มีความรู้สึกสูญเสีย (loss) รู้สึกผิด (guilt) และรู้สึกไม่เพียงพอ (inadequacy) ฝังอยู่ในจิตใต้สำนึก (unconscious) ซึ่งการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าเป็นผลจากการขาดความรัก การสนับสนุนจากมารดาในช่วงแรกของชีวิต ต่อมา sigmund Freud อธิบายความซึมเศร้าว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (ambivalent) สิ่งที่สูญเสียไป เมื่อมีการสูญเสียสิ่งที่ตนรักโดยไม่สามารถตอบโต้ได้ ความรู้สึกโกรธแค้นในสิ่งที่สูญเสียจึงหันกลับเข้าตัวเอง นำไปสู่อาการซึมเศร้า โดยทำให้มีความรู้สึกผิด สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง การศึกษาของทั้งสองท่านมีความสอดคล้องและให้การสนับสนุนว่าประสบการณ์สูญเสียในวัยเด็กจะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้กับบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์สูญเสียอีก (ไพรัช พงกษชาติคุณากร, 2533; อัมไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; Lewin, 2003)

1.6.2.2 ปัจจัยทางความคิด (Cognitive factors) และปัจจัยทางด้านพฤติกรรม (Behavioral factors) โดยมีความเชื่อว่าเป็นเนื่องจากบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีกระบวนการทางความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุผล มีมุมมองทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมอนาคต และประสบการณ์ในชีวิต (Aaron Beck, 1979) และการที่บุคคลประสบกับความผิดหวังและความล้มเหลวในชีวิตซ้ำๆ จะก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังอันนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้าได้ (Akiskal HS, 1995) ก่อให้เกิดพฤติกรรมย่ำคิดในเรื่องเดิมๆเมื่อเป็นเวลานานเข้าก็ส่งผลให้อาการซึมเศร้าเป็นมากขึ้น

1.6.2.3 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพและสังคม (Interpersonal and social factors) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะประสบกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่สำคัญ เช่น การเสียชีวิตของบุคคลที่รัก การหย่าร้าง รวมถึงการเจ็บป่วย ในระยะเวลา 6 เดือนถึง1ปี โดยปัจจัยด้านวัฒนธรรม (Cultural factors) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้ามีอยู่ทั่วโลกและมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม บางวัฒนธรรมใช้คำว่า "stoic" ในกลุ่มชาวนา Midwestern ชาว Amish และชาวยุโรปตอนกลางจะไม่ใช้การรายงานอาการของภาวะซึมเศร้า แต่จะใช้การรายงานในด้านของอารมณ์ และยังต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ศาสนา หรือด้านจิตวิญญาณมากกว่าผู้เชี่ยวชาญ ส่วนในทางเอเชียจะมองภาวะซึมเศร้าว่าเกี่ยวข้องกับทั้งกายและจิตเป็นแบบองค์รวม และเพศมีความเปราะบางต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Lewin, 2003) ซึ่งจะเห็นว่าวัฒนธรรมที่

แตกต่างกันทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในลักษณะที่ต่างกัน รวมไปถึงความต้องการในการรักษาที่แตกต่างกัน

1.7 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การบำบัดและรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 วิธี ประกอบด้วย การบำบัดรักษาทางด้านร่างกายและการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ (Lewin, 2003; มานิต ศรีสุภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; สุชาติ พหลภาคย์, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

1.7.1 การรักษาทางกาย (Somatic treatment)

1.7.1.1 การบำบัดด้วยยา (Pharmacological Therapy) ประเภทของยาระงับอาการซึมเศร้า แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

ก) กลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) มีโครงสร้างหลักเป็น Tricyclic ring ยากลุ่มนี้ เช่น imipramine, amitriptyline, nortriptyline, clomipramine และ doxepin

ข) กลุ่ม monoamine oxidase inhibitor ที่มีใช้ในประเทศไทยเป็นชนิด reversible inhibitor of MAO subtype A (RIMA) คือ moclobemide

ค) กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) มีทั้งหมดด้วยกัน 5 ชนิด ได้แก่ Fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline และ citalopran ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง reuptake เฉพาะระบบ serotonin

ง) กลุ่ม new generation ได้แก่ mianserin, trazodone, tianeptine, bupropion และล่าสุด ได้แก่ venlafaxine และ mirtazapine ซึ่งยาซึมเศร้าโดยทั่วไปออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine และ/หรือ serotonin ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ norepinephrine และ/หรือ serotonin ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นหลังจากได้รับยาแล้วอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ ซึ่งการบำบัดอาการภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน (acute treatment) ใช้เวลา 6-12 สัปดาห์ เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง ระยะการรักษาต่อเนื่อง (continuation treatment) ใช้เวลา 4-9 เดือน เพื่อเป็นการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (relapse) และการรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปี เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (recurrence)

1.7.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy, ECT) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ (brief electrical stimulus) เพื่อให้เกิดการชักของสมอง (cerebral seizure) ภายใต้ภาวะที่มีการควบคุมดูแล มีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาโรคจิตเวชที่รุนแรง (major mental disorder) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบสนองด้วยยา รวมถึงผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการตอบสนองต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าได้ดี

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้ผลดีต่อการรักษาด้วยวิธีนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางชีวภาพร่วมด้วย (Major depressive disorder with melancholic features) ซึ่งจะพบว่ามี

อาการซึมเศร้าที่รุนแรง หรือมีลักษณะอาการทางจิตร่วมด้วย (Psychotic feature) วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้านั้นจะใช้การปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปกระตุ้นสมองผ่านทาง electrode เพื่อช่วยปรับสมดุลของระบบสารสื่อประสาทให้เป็นปกติ โดยจะใช้การรักษา 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ และอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังจากการรักษาประมาณ 6-12 ครั้ง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

การรักษาด้วยไฟฟ้านั้นอาจมีอาการไม่พึงประสงค์ได้ อาการที่พบบ่อยคือ อาการหลงลืม (amnesia) และปัญหาความจำ (memory impairment) แต่อาการข้างเคียงเหล่านี้จะดีขึ้นมักจะไม่เกิน 6 เดือน สิ่งสำคัญจะต้องระวังในผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเกี่ยวกับสมอง เช่น เนื้องอกในสมอง เนื่องจากจะเสี่ยงต่อการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ อาจส่งผลให้สมองบวม โรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอาการดังกล่าวต้องได้รับการประเมินจากแพทย์ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

1.7.2 การบำบัดทางจิตสังคม (psychological Treatment)

1.7.2.1 การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) เป็นการให้ความสำคัญกับความรับรู้ของผู้ป่วย (subjective experience) ตามที่ผู้ป่วยรู้สึกหรือคิดเอาเอง ซึ่งมักจะไม่เป็นความจริง (objective reality) ข้อสำคัญอีกอย่างคือ ยอมรับว่าอารมณ์เป็นผลของความคิด Aron Beck (1979) เป็นผู้ตั้งทฤษฎีการบำบัดทางความคิด ว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการหลัก 3 ข้อ คือ มองตนเองมองโลก และมองอนาคตในแง่ลบ เขาเชื่อว่า ลักษณะหรือความคิดยึดมั่นดังกล่าวเป็น "แก่น" (core) ของโรคซึมเศร้า ส่วนอารมณ์และอาการอื่นของความเศร้า เป็นผลจากการคิดว่าล้มเหลวในทุกๆ สิ่ง อาการหมดกำลังใจ ขาดความกระตือรือร้นมาจากการมองทุกสิ่งในด้านลบและรู้สึกหมดหวัง มีเป้าหมายการรักษาคือลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การบำบัดมีส่วนประกอบพื้นฐาน 3 อย่าง คือ Diactic-aspects, Cognitive technique และ Behavior technique

1.7.2.2 การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychosocial Therapy) Sullivan เน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ว่าเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายการรักษา เพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มการปกป้องตัวเอง และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทางและวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น และเนื่องจากการรักษานี้ใช้ระยะเวลา จึงไม่ได้พยายามที่จะสร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ ไม่เน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาการตอนต้นของชีวิต แต่ก็เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในชีวิตปัจจุบัน

1.7.2.3 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) Ferster (1965) เป็นผู้ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้าโดยอธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (reinforcement) ในสถานการณ์ต่างๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยที่ทำให้อารมณ์เศร้าดีขึ้นหรือเลวลงและการขาดทักษะทางสังคม (social skill) ทำให้ขาด

โอกาสที่จะได้แรงเสริมทางสังคม ยิ่งทำให้รู้สึกเศร้าได้มากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (แรงเสริมทางบวก) และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบแต่เหตุการณ์ดีๆจะทำให้อารมณ์เศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น

1.7.2.4 การทำจิตบำบัดระยะสั้น (Short-term psychotherapy) มีรากฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่อธิบายว่า ความผิดหวังหรือความล้มเหลวมีสาเหตุจากปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่ชีวิตวัยเยาว์ ทำให้บุคคลนั้นมีความเปราะบางต่อการเผชิญกับความสูญเสียหรือความผิดหวังที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน บุคลิกภาพชนิดซึมเศร้า เป็นผู้มีความต้องการพึงพิงสูง จิตใจอ่อนไหวเปราะบาง ต้องการความเอาอกเอาใจและคำยกย่องชมเชยอย่างมาก เพื่อรักษาไว้ซึ่งความพอใจในตนเอง (narcissistic gratification) และความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง เกิดความคับข้องใจ และสะท้อนต่อความภาคภูมิใจในตนเองและต่อมาด้วยอารมณ์เศร้า จิตบำบัดระยะสั้น มีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนโครงสร้างบุคลิกภาพของผู้ป่วย เพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจระหว่างบุคคล เรียนรู้การใช้กลไกป้องกันทางจิตที่เหมาะสม มีความสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ต่างๆในระหว่างการรักษาส่วนใหญ่ให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์กับความวิตกกังวลและความยุ่งยากใจโดยใช้เวลารักษาต่อเนื่องหลายปี

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของความรู้สึกเศร้าที่มีความซับซ้อน พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจกระบวนการทั้งหมด การเลือกชนิดของการรักษาที่จะเอื้ออำนวยต่อสุขภาพจิต มีการวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทาง neurobiological และการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ใช่ยา เช่น การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ในการท้าทายความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนให้รู้จักโรคซึมเศร้า มีการดูแลแบบองค์รวม ลดอาการ และช่วยให้ทำหน้าที่ได้เป็นที่น่าพอใจ บทบาททั้งหลายจะเอื้อให้มีการฟื้นคืนสภาพ และลดการกลับเป็นซ้ำ (Lewin, 2003) ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเน้นหลักสำคัญ ได้แก่ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545; ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2556)

1.8.1 การประเมินทางการพยาบาล เป็นการประเมินอาการและอาการแสดง ดังนี้

1.8.1.1 การประเมินลักษณะโดยทั่วไป เช่น การประเมินลักษณะการเคลื่อนไหว ลักษณะการสื่อสาร บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะลักษณะการเคลื่อนไหวและการสื่อสารที่ไม่ค่อยสมบูรณ์

1.8.1.2 การประเมินความคิด โดยประเมินลักษณะความคิดที่มีต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่ออนาคต โดยบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีลักษณะความคิดที่เป็นลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม รู้สึกด้อยค่าในตนเอง และมีความคิดต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงอันนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

1.8.1.3 การประเมินอารมณ์และความรู้สึก โดยประเมินการรับรู้ คำพูด ลักษณะท่าทางที่แสดงออกถึงภาวะซึมเศร้า เช่น สิ้นหวัง ท้อแท้ หดหู่ วิตกกังวล คับข้องใจ อารมณ์หงุดหงิด

ง่าย ร้องไห้ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะแยกตัว ไม่ค่อยพูดคุยกับบุคคลรอบข้าง หมกมุ่นอยู่ในความคิดตนเอง

1.8.1.4 การประเมินสติ ปัญญา โดยประเมินการตัดสินใจต่อเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะรู้สึกเหนื่อยล้าและเบื่อหน่ายในการตัดสินใจ

1.8.1.5 การประเมินภาพลักษณ์ของตนเอง โดยประเมินการรับรู้ ศักยภาพของตนเอง บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองภาพลักษณ์ตนเองในลักษณะทางลบ รับรู้ว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีความสามารถ ไม่สนใจการดูแลสุขลักษณะของตนเอง

1.8.1.6 การประเมินบทบาทและสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยประเมินบทบาทหน้าที่ของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นเรื่องครอบครัว หรือเรื่องการทำงาน บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง

1.8.2 การวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการแพทย์เพื่อวางแผนให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม

1.8.2.1 มีความบกพร่องด้านการดูแลตนเองเนื่องจากภาวะซึมเศร้า

1.8.2.2 มีการรับรู้คุณค่าตนเองในแง่ลบเนื่องจากมีกระบวนการคิดที่บิดเบือน

1.8.2.3 มีความพร่องด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง

1.8.2.4 มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย

1.8.3 การวางแผนทางการแพทย์ เป็นการวางแผนในการให้การดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยมีรายละเอียดการพยาบาลดังนี้

1.8.3.1 การให้การพยาบาลทางด้านร่างกาย เป็นการดูแลเรื่องสุขอนามัย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การดูแลตนเองในเรื่องต่างๆไป รวมถึงการรักษาทางจิตเวช เช่น การรักษาด้วยยา การส่งไปรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น

1.8.3.2 การให้การพยาบาลด้านความคิด เป็นการให้การบำบัดทางจิต เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้า ลดความสิ้นหวัง ลดความคิดด้านลบที่มีต่อตนเอง เช่น การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นต้น

1.8.3.3 การให้การพยาบาลด้านพฤติกรรม เป็นการช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีกิจกรรมประจำวันที่เหมาะสม รวมถึงด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การทำกิจกรรมต่างๆ จะช่วยในการปรับความคิดและอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ (Stuart & Laraia, 2005)

1.8.3.4 การป้องกันอันตรายและการป้องกันการฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูงทั้งในสภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

1.8.3.5 การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพการให้คำปรึกษา ติดต่อกับผู้ป่วยเพื่อสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ และให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่างๆทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม

1.8.3.6 การสอนผู้ป่วย ใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.8.4 การประเมินผลการพยาบาล เป็นการประเมินผลการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยที่ระบุและได้ให้การพยาบาลตามเป้าหมายที่กำหนด เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง การเสริมแรงจิตใจเพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา การปรับกระบวนการคิดใหม่เพื่อให้เกิดความคิดที่มีเหตุผล อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง มองโลกในทางที่บวก เมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ผลที่ตามมาคือ ช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าลงได้

1.8.5 ผลลัพธ์ที่คาดหวังการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจและสังคม ดังนี้

1.8.5.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

1.8.5.2 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่และสมาชิกในครอบครัว เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและป้องกันความเสี่ยงของการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้

1.8.5.3 ผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การรักษาที่มีประสิทธิภาพและตรงเป้าหมาย สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการดูแลที่ต่อเนื่อง ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปกติสุข

ดังนั้น การพยาบาลถือว่ามีความสำคัญต่อการให้การพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สิ่งเหล่านี้จะมีประสิทธิภาพได้ต้องขึ้นอยู่กับการนำองค์ความรู้ ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Base Nursing Practice) และทักษะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามาใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของสุขภาพจิตและจิตเวชได้เกิดการพัฒนาสมรรถนะต่างๆของการพยาบาล ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะของการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) ไว้ดังต่อไปนี้ (อรพรรณ โตสิงห์, 2551)

1. สมรรถนะในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง (Care Management) การประเมินผลการวินิจฉัย การวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อน และการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลของความชุกและระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ปัญหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

2. สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางโรคซึมเศร้า (Direct care) ด้วยการใช้เทคนิคของพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพ สัมภาษณ์ผู้ป่วย การให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมทั้งการวิเคราะห์ปัญหาต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งการนำทฤษฎีการกำหนดตนเองร่วมกับเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับกระบวนการความคิดเพื่อมาวางแผนให้การพยาบาลตรงกับปัญหาของผู้ป่วยในกลุ่ม เช่น การปรับกระบวนการความคิด และการให้ความสำคัญของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. สมรรถนะในการให้ความรู้ (Educator) การสอน (Teaching) เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาต้านเศร้า และชี้แนะ (Coaching) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า รวมถึงสาเหตุของความคิดที่นำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การเห็นความสำคัญของการรับประทานยา

4. สมรรถนะในการประสานงานกับโรงพยาบาล (Collaboration) ประกอบไปด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล คณะกรรมการดำเนินงานวิจัย และแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกสุขภาพจิต โดยชี้แจงความเป็นมา ความสำคัญของปัญหาโรคซึมเศร้า วัตถุประสงค์ รวมถึงวิธีการดำเนินงานเพื่อประสานขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย

5. สมรรถนะในการเป็นที่ปรึกษา (Consultation) โดยการเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำในการจัดการปรับกระบวนการความคิด การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญกับปัญหา และการขอความช่วยเหลือจากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวหรือระบบสาธารณสุข

6. สมรรถนะการเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (Change Agent) โดยการพัฒนาแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขร่วมกับสังคม

7. สมรรถนะในการนำวิจัยที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ (Evidence-Based Practice) ที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า บทบาทของพยาบาลชั้นสูง และการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ครอบคลุมแบบองค์รวม ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้มีสุขภาวะ สอดคล้องกับเป้าหมายของการพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ลดภาวะซึมเศร้า และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

8. สมรรถนะในการนำเหตุผลของจริยธรรมมาใช้ในงานวิจัย (Ethical reasoning and ethical decision making) โดยก่อนทำการเก็บข้อมูลงานวิจัยจะต้องมีการประสานกับทางโรงพยาบาลเพื่อทำการขอจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และเป็นการปกป้องสิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

9. สมรรถนะด้านการประเมินผลลัพธ์ (Evaluation) โดยผู้ทำการวิจัยจะต้องทำการวัดความตรง ความเที่ยงของเครื่องมือให้อยู่ในเกณฑ์ อีกทั้งการประเมินผลงานวิจัยจะต้องมีการใช้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลตามเพื่อให้ผลวิจัยที่ได้นั้นสามารถนำไปพัฒนาได้จริง

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Seligman (1991) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยทำให้เกิดการพร่องในด้านต่างๆ ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านการรับรู้ทางความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม และเป็นอาการที่นำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิต โดยภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงนั้นสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

American Psychiatric Association [APA] (2000) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นการแสดงออกทางความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่ผิดปกติ มีความคิดแง่ลบ อารมณ์ซึมเศร้า อ่อนล้า และสูญเสียพลังงาน เฉยเมย รู้สึกไร้ค่า การตัดสินใจไม่ดี ไม่มีสมาธิ รวมทั้งขาดแรงจูงใจ

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนัขชัย (2558) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติของอารมณ์โดยมีอาการหลักซึ่งจะนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิต ประกอบด้วย อารมณ์เศร้า ความรู้สึกว่างเปล่า ความไม่คงที่ของอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทั้งความคิดและสรีระส่งผลต่อการสูญเสียระบบการทำงานของบุคคล

สายฝน เอกวารงกูร (2553) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึงกลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลัก (attributions) ของการแสดงออก 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม โดยอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน อาการดังกล่าวอาจจะเกิดต่อเนื่องยาวนาน ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่และกิจวัตรประจำวันลดลง

ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2555) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นอารมณ์หนึ่งที่พบได้บ่อยเมื่อมีการสูญเสีย หรือเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่หวังหรือไม่สามารถควบคุมแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ บุคคลจะเกิดความคิดบิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม จะแสดงออกด้วยการร้องไห้ ซึมเศร้า ลึกลับ คิดวนเวียน ขาดสมาธิ และอาจจะส่งผลทางด้านสรีระ

เช่น การไม่สนใจตนเอง เบื่ออาหาร อ่อนล้า สมรรถภาพทางเพศลดลง และถ้าหากภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมก็จะมี ความรุนแรงและกลายมาเป็นโรคซึมเศร้าได้

ผู้วิจัยสรุปความหมายที่กล่าวมาได้ว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นการแสดงออกทางความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่ผิดปกติ เมื่อมีการสูญเสีย หรือเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่หวังหรือไม่สามารถควบคุมแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ ส่งผลให้มีบุคคลนั้นมีการบิดเบือนด้านการรับรู้ ความคิด ขาดแรงจูงใจ และแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ภาวะซึมเศร้าก็จะทวีความรุนแรงนำไปสู่การกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้

2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านจิตใจ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544; สายฝน เอกวารงกูร, 2553)

2.2.1 ด้านร่างกาย แนวคิดและทฤษฎีด้านร่างกายที่นิยมนำมาใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคลประกอบด้วย 2 ทฤษฎี ดังนี้

2.2.1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (Biological theory) เชื่อกันว่าภาวะซึมเศร้าของบุคคลเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทอัตโนมัติหรือการขาดภาวะสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) โดยมีสมมติฐานว่าสารสื่อประสาทอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้านั้น ประกอบด้วย Serotonin ซึ่งเป็นตัวที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และกลุ่มของ Catecholamines ประกอบด้วย Dopamine และ Norepineprine ในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะพบว่าสารสื่อประสาทดังกล่าวมีปริมาณที่ลดลง เนื่องมาจากความผิดปกติของกระบวนการดูดกลับ (Reuptake process) ของสารสื่อประสาทที่มากเกินไป (over reuptake) ส่งผลให้บริเวณที่มีการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (Synaptic cleft) มีปริมาณสารสื่อประสาทกลุ่มดังกล่าวลดลงมากกว่าปกติ (Jylha, Melartin, & Isometsa, 2009) ส่งผลให้บุคคลมีอาการเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ฝันร้าย นอนไม่หลับ ทำให้ประสิทธิภาพและความสามารถในการทำงานลดลง เมื่อเป็นเช่นนี้ในระยะเวลาที่นานขึ้นก็นำไปสู่การป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Zhang et al., 2009)

2.2.1.2 ทฤษฎียีนส์หรือพันธุกรรม (Genetic theory) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะบกพร่องทางพันธุกรรมที่ได้รับการถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง เช่น โรคซึมเศร้าชนิด manic depressive psychosis ผลการศึกษากรณีที่บิดามารดาบุคคลหนึ่งในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า บุตรที่เกิดมามีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 27 แต่ถ้าหากทั้งบิดามารดาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า บุตรที่เกิดมาจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 54 และในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีโอกาสพบโรคซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 70 (สุวรรณภา อรุณพงศ์ไพศาล, 2550; Yulug Ozan, Gonul, & Kilic, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าโครโมโซม (Chromosome) มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า

โดยพบว่าโรคซึมเศร้ามีลักษณะที่สัมพันธ์กับโครโมโซม X มากกว่าโครโมโซม Y ดังนั้นโครโมโซมที่แสดงลักษณะของเพศหญิง XX จะมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าเพศชาย XY ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าโรคซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สายฝน เอกวารงกูร, 2553)

2.2.2 ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และสิ่งเร้า แนวคิดและทฤษฎีด้านสังคมที่นิยมนำมาใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคลประกอบด้วย 1 ทฤษฎี ดังนี้

2.2.2.1 ทฤษฎีสังคม (Social theory) เป็นการตอบสนองต่อเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์การเรียนรู้ โดยขึ้นอยู่กับพื้นฐาน 3 ประการคือ 1) การมีสิ่งกระตุ้น (provoking agent) 2) องค์ประกอบที่ทำให้บุคคลเจ็บป่วยง่าย (vulnerability factors) และ 3) องค์ประกอบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (symptom formation factors) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าลักษณะสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล โดยลักษณะปัญหาสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ในชีวิตจะก่อให้เกิดความแปรปรวนด้านสมดุลของบุคคล ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาด้านการเงิน ครอบครัว ความรัก เพื่อนร่วมงาน ความเจ็บป่วย การสูญเสีย หรือภาวะวิกฤติในชีวิตล้วนถือว่าเป็นสิ่งเร้า (Stimuli) ที่เข้ามาคุกคามภาวะสมดุลของบุคคล ผู้ที่สามารถผ่านภาวะวิกฤตินี้ไปได้ก็จะปรับตัวกับสิ่งที่มาคุกคามได้ แต่ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความล้มเหลวในชีวิต ไร้คุณค่าเป็นภาระ แยกตัว หวาดระแวง และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.2.3 ด้านจิตใจ แนวคิดและทฤษฎีด้านจิตใจที่นิยมนำมาใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคลประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ดังนี้

2.2.3.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) พัฒนาโดยซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ซึ่งเขาเชื่อว่า การแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้นเกิดมาจากจิตใต้สำนึก (Subconscious) หรือสัญชาตญาณดั้งเดิม (Basic instinct) การแก้ไขพฤติกรรมนั้นจะต้องกระทำลงจิตใต้สำนึกของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ *Id* หมายถึง พลังสัญชาตญาณที่ผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความสุขและความต้องการของตน *Superego* หมายถึง พลังที่คอยควบคุมพฤติกรรม *Ego* หมายถึง พลังส่วนที่ทำหน้าที่ตระหนักความเป็นเหตุเป็นผลตามสภาพความเป็นจริง เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความต้องการของ *Id* กับความยับยั้งจิตใจของ *Superego* โดยปกติแล้วการทำงานของจิตใต้สำนึกทั้งสามจะมีความสมดุลกัน แต่ถ้าหาก *Ego* ไม่สามารถจัดการกับ *Id* และ *Superego* ได้ ก็จะก่อให้เกิดความขัดแย้งในจิตใจของบุคคล กล่าวคือ ถ้า *Id* มีกำลังมากกว่า ก็จะส่งผลให้บุคคลนี้แสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองโดยไม่คำนึงถึงความถูกต้อง แต่ถ้าหาก *Superego* มีกำลังมากกว่าก็จะส่งผลให้ความต้องการของ *Id* ถูกผลักเข้าไปใต้จิตสำนึก บุคคลจะแสดงอาการออกมาในรูปของความเก็บกด (repression) แต่ถ้าสะสมมากเป็นเวลานานก็จะส่งผลให้ทลายความเก็บกดออกมา บุคคลจะถูกรบกวนทางจิตใจ (psychic

disturbances) กลายเป็นความผิดปกติของจิตใจ (Mental illnesses) และความบกพร่องของอารมณ์ (emotional disorder)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้โดยเชื่อว่าเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ ประกอบด้วย สาเหตุประการที่หนึ่งคือ บุคคลขาดความสามารถในการควบคุมสัญชาตญาณของมนุษย์ อาจเนื่องมาจากการขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัว ขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสมกับพัฒนาการ หรือถูกกดดันด้านการแสดงออกทางเพศ (Berry, Barrowclough, & Wearden, 2008) สาเหตุประการที่สองคือ บุคคลขาดการพัฒนากระบวนการด้าน Superego อาจจะมาจากการถูกรบกวนหรือหยุดยั้ง จากสาเหตุขาดความอบอุ่น ขาดความรัก การสูญเสียหรือพลัดพลาดจากสิ่งที่รัก มีการพัฒนาภาพลักษณ์ของตนเองไม่เหมาะสม และใช้กลไกการเก็บกด (repression) ร่วมกับการโทษตนเอง (introjection) เมื่ออยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่และเผชิญกับสถานการณ์ที่วิกฤติหรือสถานการณ์ที่สูญเสียเหมือนในวัยเด็ก จะก่อให้เกิดความเครียด ความกังวล ความโกรธ และนำเข้าหาตนเอง จะส่งผลให้บุคคลนั้นรู้สึกขาดคุณค่าในตนเอง รู้สึกผิด และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.2.3.2 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) พัฒนาโดย Aron Beck, (1967) ซึ่งเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากแบบแผนของความคิดที่ทำให้ตนเองเกิดความเศร้าได้ง่าย โดยบุคคลมีความคิด การรับรู้ในแง่ลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม (retroflexed hostility) เมื่อสิ่งสมมาเป็นระยะเวลาอันก่อให้เกิดความแปรปรวนของระบบความคิด มีความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง 3 ประการ (cognitive triad) ประกอบด้วย ความคิดลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต (Beck, Steer, & Garbin, 1988) กระบวนการคิดดังกล่าวส่งผลให้บุคคลมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้ความสามารถ ไร้ความหมาย ไร้ความรัก สิ้นหวัง ไร้อนาคต ไม่ควรมีชีวิตอยู่ต่อไป และมองสิ่งแวดล้อมที่บิดเบือนจากความจริง ได้แก่ ไม่มีใครรัก เป็นภาระ คอยจับผิด ไม่เป็นที่ต้องการของใครๆ รู้สึกโดดเดี่ยว (สายฝน เอกวารงกูร, 2553) และบุคคลเหล่านั้นจะใช้เวลาแยกตัว คิดหมกมุ่นอยู่กับตนเองในทางลบ ซึมเศร้า หดหู่ ร้องไห้ ลักษณะการคิด การรับรู้ และอารมณ์ดังกล่าวจะดำเนินเป็นวงจรและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, Steer, & Garbin, 1988) และทฤษฎีนี้ ประกอบด้วย องค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ ดังนี้ (Beck, 1976)

2.2.3.2.1 ความคิดหลัก (cognitive triad) เป็นความคิดที่บิดเบือนของบุคคลที่มองต่อสิ่งรอบตัว 3 ด้านคือ ตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต โดยในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองว่าตนเองไม่มีคุณค่า ส่งผลต่อความพร่องด้านร่างกาย จิตใจ ซึ่งก่อให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมและอนาคตของบุคคลนั้น นำมาซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้า

2.2.3.2.2 โครงสร้างทางความคิด (schema) โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า นั้นจะมีการบิดเบือนความคิดและความเชื่อไปในทางลบ (idiosyncratic) ไม่ว่าจะเป็นทางด้านการแปลความหมาย การประเมินค่า รวมถึงการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ

2.2.3.2.3 ความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors) เป็นความคิดเฉพาะ เหตุการณ์หรือประสบการณ์ด้านลบเพียงด้านเดียว มีการคิดและแปลความเกินกว่าความเป็นจริง มีความคิดโยงไปถึงเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง และเป็นไปในทางลบมากกว่าทางบวก

2.2.3.3 ทฤษฎีการสูญเสียและความเศร้าโศก (Grief and Loss Theory) ทฤษฎีนี้ เชื่อว่า การสูญเสีย (loss) เป็นสถานการณ์ที่บุคคลประสบเมื่อต้องพลัดพรากหรือสูญเสียจากบุคคล หรือสิ่งของอันที่เป็นรัก ซึ่งเป็นสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายและความสำคัญต่อบุคคลนั้น การสูญเสียนั้น มีทั้งแบบรูปธรรม (actual loss) เช่น การสูญเสียบุคคล ทรัพย์สิน สัตว์ หรือสิ่งของ และนามธรรม (perceive loss) เช่น การสูญเสียความรัก ความหวัง เป้าหมายในชีวิต เป็นต้น

ความเศร้าโศก (grief) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อประสบการณ์การสูญเสียของบุคคล การปรับตัวต่อการสูญเสียจะเกิดขึ้นในกระบวนการเศร้าโศก (grieving process) ดังนี้ (Mauritz & Meijel, 2009)

ระยะที่ 1 ช็อกและปฏิเสธ (shock and denial) เป็นระยะที่บุคคลไม่คาดคิดว่าจะเกิดสถานการณ์ดังกล่าว ปฏิเสธว่าไม่เป็นจริง

ระยะที่ 2 โกรธ (anger) เป็นระยะที่บุคคลแสดงออกด้วยการต่อต้าน อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ทันที เช่น ไม่พอใจรุนแรง โกรธสิ่งแวดล้อมรอบตัว รู้สึกผิด เป็นต้น

ระยะที่ 3 ตอรอง (bargaining) เป็นระยะที่บุคคลจะพยายามตอรอง หลีกเลียงเพื่อป้องกันการสูญเสียที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 4 ซึมเศร้า (depression) ระยะนี้เกิดขึ้นหลังจากบุคคลรับรู้ถึงความสูญเสียที่เกิดขึ้นและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ระยะนี้บุคคลจะอยู่กับตนเอง รู้สึกโดดเดี่ยว เศร้าโศก

ระยะที่ 5 ยอมรับ (acceptance) ระยะนี้บุคคลจะรู้สึกผิดและเสียใจกับความสูญเสียที่เกิดขึ้น แต่จะยอมรับความสูญเสียตามสภาพของความเป็นจริง

หากบุคคลสามารถผ่านระยะเศร้าโศกไปได้ก็จะสามารถผ่านช่วงระยะวิกฤติและกลับสู่สภาวะปกติได้ แต่ถ้าหากบุคคลไม่สามารถผ่านระยะเศร้าโศกไปได้ติดอยู่ในระยะที่ 4 ก็สามารถนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้ โดยทั่วไปปฏิกิริยาเศร้าโศกจะเกิดขึ้นประมาณ 6-12 เดือน แต่ในบางรายเกิดขึ้นไปหลายปี (สายฝน เอกวรารังกูร, 2553)

2.2.3.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต (Life events and stress theory) ในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะพบเจอเหตุการณ์สะเทือนใจในชีวิต เช่น การ

สูญเสียจากบุคคลหรือสิ่งของอันเป็นที่รัก การพลัดพราก การไม่สมหวัง รวมถึงความกดดันจากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง

2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

2.3.1 ปัจจัยทางด้านผู้ป่วย หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง เป็นปัจจัยทางกายภาพ ได้แก่ ลักษณะการถ่ายทอดลักษณะของพันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสารสื่อประสาท ความผิดปกติของสมอง อายุ เพศ รวมถึงสถานภาพและบทบาททางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยทางด้านผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

2.3.1.1 การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสารสื่อประสาท โดยพบว่ามี ความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึมของสารสื่อประสาทในสมอง catecholamine และ serotonin มีปริมาณลดลง ในบางรายพบว่ามี ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อโดยมีการหลั่ง cortisol เพิ่มขึ้น และหลั่ง luteinizing hormone ลดลง และยังพบความผิดปกติของการหลั่ง vasopressin และ calcitonin ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

2.3.1.2 พันธุกรรม โดยพบว่าโดยญาติสายตรงหรือญาติในลำดับแรกๆ (first-degree relatives) จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่าญาติห่างๆหรือประชากรปกติทั่วไปประมาณ 2-3 เท่า (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ส่วนอัตราการเกิดโรคร่วมกันในฝาแฝด (concordance rate) ถ้าเป็นแฝดไข่ใบเดี่ยวจะพบสูงถึงประมาณร้อยละ 50 แต่ถ้าแฝดไข่คนละใบพบประมาณร้อยละ 10-25 (Sadock & Sadock, 2003)

2.3.1.3 เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Sadock & Sadock, 2007; Blazer DG, 2000) และพบว่าเพศหญิงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึง 6.5 เท่า (ธัญชนก พรหมภักดี และพิเชษฐ อุดมรัตน์, 2551)

2.3.1.4 อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบในประชากรที่มีอายุน้อยลง มีการศึกษาพบว่าช่วงอายุ 15-19 ปี เป็นช่วงที่เริ่มมีอาการของโรคซึมเศร้ามากที่สุด (Dobson, 2000) และส่วนใหญ่ตรวจพบภาวะซึมเศร้าระยะแรกในช่วงอายุ 20 ปีขึ้นไป (APA, 2000) ซึ่งอายุของการเกิดโรคซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 20-50 ปี พบถึงร้อยละ 50 อายุเฉลี่ยของการเกิดโรคซึมเศร้าหลักอยู่อายุที่ประมาณ 40 ปี (Sadock & Sadock, 2003) ในประเทศออสเตรเลียได้ทำการสำรวจประชากรที่มีภาวะซึมเศร้า โดยส่วนใหญ่พบในช่วงอายุระหว่าง 16-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.6 และในวัยสูงอายุ พบในช่วงอายุระหว่าง 55-85 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.3 (ABS,

2009) และช่วงอายุ 30-35 ปี เป็นช่วงที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ (Sadock & Sadock, 2005)

2.3.1.5 สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยพบอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าสูงสุดในผู้ที่หย่าร้างหรือครอบครัวแยกทางกัน (Sadock BJ, Sadock VA, 2007) และพบว่าในผู้ที่มีสถานภาพโสดหรือสมรสมีภาวะซึมเศร้าที่ต่ำสุด อีกทั้งมีการศึกษาว่าในประเทศหญิงที่โสดจะพบภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าในหญิงที่สมรส แต่ในประเทศชายที่โสดจะพบภาวะซึมเศร้าสูงกว่าชายที่สมรส (Blazer DG, 2000)

2.3.1.6 สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าโรคซึมเศร้าเรื้อรังมักพบในผู้ที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจระดับต่ำ เช่น ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ผู้ที่มีรายได้น้อย เป็นต้น (Sadock & Sadock, 2007; Blazer DG, 2000)

2.3.2 ปัจจัยทางจิตสังคม หมายถึง ปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต ปัจจัยทางความคิดและพฤติกรรมรวมถึงปัจจัยทางสังคมและสัมพันธภาพ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

2.3.2.1 สัมพันธภาพ หมายถึง ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือทักษะทางสังคม (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, พีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย, 2553) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะพบว่าขาดทักษะด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จากการศึกษาของพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย, นันทิกา ทวีชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาดุทธิ์ (2551) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย และพบว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย อารมณ์ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย odds ratio (OR) = 7.25 ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพค่า odds ratio (OR) = 4.30 การเปลี่ยนผ่านบทบาทค่า odds ratio (OR) = 15.00 และความบกพร่องด้านสัมพันธภาพค่า odds ratio (OR) = 9.00 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sheet & Craighead (2014) ที่พบว่าความเครียดที่เรื้อรังจากปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำในโรคซึมเศร้า

2.3.2.2 ความคิดบิดเบือนและทัศนคติในแง่ลบที่มีต่อตนเอง หมายถึง แบบแผนของความคิดที่ทำให้ตนเองเกิดภาวะซึมเศร้า โดยบุคคลนั้นจะมีความคิด รวมทั้งการรับรู้ในแง่ลบต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อมเป็นระยะเวลานานก่อให้เกิดความแปรปรวนของระบบความคิด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดและทัศนคติที่บิดเบือนกว่าความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อสังคม และอนาคต (Beck, 1976) ซึ่งถือเป็นตัวแปรสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Joorman, 2009; Becker, 1974; Otto et al., 2007) สอดคล้อง

กับการศึกษาของพรพรรณ ศรีโสภา (2552) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบสูงกว่าคนปกติ ถึงร้อยละ 61.1

2.3.2.3 การควบคุมสถานการณ์ (Mastery) หมายถึง กลไกทางจิตที่เกี่ยวกับความเชื่อมั่นในตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตนเองและความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และการมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าโดย Colman et al. (2011) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับในการควบคุมสถานการณ์ค่อนข้างต่ำ (low mastery) และจะมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองจะต่ำด้วย (low self-esteem) ซึ่งเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้

2.3.2.4 การขาดแรงจูงใจโดยเฉพาะแรงจูงใจในตนเอง หมายถึง พลังที่ผลักดันให้บุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมอย่างเต็มใจและมีเป้าหมาย ส่งผลต่อการมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าการขาดแรงจูงใจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Becker, 1974) ซึ่งสอดคล้องกับ Barch et al. (2008) ที่กล่าวว่า การขาดแรงจูงใจทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากรู้สึกขาดการรับรู้จากสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะรู้สึกว่าตัวเองล้มเหลวไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ก่อให้เกิดการขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต (Myer & Garcia-Robert, 2007)

สรุปปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประกอบด้วยปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยทางจิตสังคม อันนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำของโรคและการฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรค จะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ครอบครัวและอนาคต ขาดแรงจูงใจ ขาดความรู้ ขาดทักษะที่จะนำมาใช้เป็นหลักปฏิบัติในการดำเนินชีวิตได้ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะขาดแรงจูงใจซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาและส่งผลต่อพฤติกรรมดำเนินชีวิตผู้ป่วย

2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีแบบวัดที่แตกต่างกัน ภาวะซึมเศร้าจัดเป็นกลุ่มอาการที่ผิดปกติ (Syndrome) มากกว่าเป็นอาการเดี่ยว (Single entity) จึงได้มีแนวคิดในการตั้งเกณฑ์การวัดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับแต่ละแบบวัด โดยสามารถแบ่งกลุ่มแบบวัดวัดภาวะซึมเศร้าเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

2.4.1 Self rating scale ผู้ป่วยหรือผู้ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผลที่ได้จะเป็นจิตวิสัย ความแม่นยำสูญเสียบ้าง แต่มีประโยชน์คือใช้ง่ายประเมินในกลุ่มคนจำนวนมาก ประหยัด มักใช้ในการสำรวจเพื่อค้นหาผู้ที่มีความเจ็บป่วย

2.4.2 Clinical rating scales เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยผู้ประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจากการซักถามอย่างเป็นระบบ (Structure interview) โดยประเมินตามหัวข้อที่มีใน

แบบประเมิน มักใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา โดยแพทย์เป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) ซึ่ง Beck และคณะได้แบ่งรูปแบบเครื่องมือออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

2.4.2.1 แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างแน่นอนเพื่อการวินิจฉัยโรค (Structured Psychiatric Interviews for Diagnosis) มีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรคแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยอาการต่างๆของโรคที่กำหนดคำถามและคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ มีดังต่อไปนี้

ก) Structure Clinical Intervention for DSM-III/ DSM-III-R (SCID) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดที่มีโครงสร้างแน่นอนรวมกับกึ่งโครงสร้างประกอบการสังเกต สร้างขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางจิตเวชเป็นผู้สัมภาษณ์โดยเฉพาะ สามารถวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ของ DSM-III-R ลักษณะของข้อความประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนตัวและอาการที่มาพบแพทย์อย่างละเอียดเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้แพร่หลายมากในปัจจุบัน และมีค่าคุณสมบัติของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือได้

2.4.2.2 แบบสอบถามที่มีโครงสร้างแน่นอนชนิดรายงานผลด้วยตนเอง (Self Report Rating Scale, Questionnaire)

ก) Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี ค.ศ. 1961 ข้อคำถามเดิมของแบบประเมินนี้ได้มาจากการสังเกตลักษณะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างการทำจิตบำบัด มีการปรับปรุงครั้งแรกในปี 1978 โดยการตัดข้อคำถามที่เหมือนกันออก และปรับเปลี่ยนข้อคำถามบางข้อ และในปี 1993 มีการปรับปรุงระดับคะแนนเพื่อใช้ในการบำบัดทางปัญญา และในปี 1996 ได้ออกแบบประเมินใหม่คือ BDI-II ซึ่งปรับปรุงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาจากทฤษฎีปัญญานิยม ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ข้อคำถามจะประเมินเกี่ยวกับอาการทางจิตและทางกาย อาการทางด้านจิต ได้แก่ อารมณ์เศร้า การมองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกถึงความล้มเหลว การไม่พึงพอใจ ความรู้สึกผิด เป็นต้น อาการทางกาย ได้แก่ การนอนไม่หลับ ความอ่อนเพลียของร่างกาย การเบื่ออาหาร เป็นต้น นำมาใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย ระดับปกติ (normal range) ระดับซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) ระดับซึมเศร้าปานกลาง (mild-moderate depression) ระดับซึมเศร้ามาก (moderate-severe depression) และระดับซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

ข) Beck Depressive Inventory (BDI-II) เป็นฉบับพิมพ์ใหม่ของ Beck Depressive Inventory ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ใช้เวลาในการทำแบบประเมิน 5 นาที นิยมใช้กันอย่างกว้างขวางเพื่อคัดกรองและวินิจฉัยโรคตามการวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (DSM-

IV-TR) แต่ยังไม่เป็นที่นิยมและแพร่หลายในประเทศไทยเนื่องจากอยู่ในระหว่างการทดลองและมีราคาค่อนข้างสูง

ค) Zung Self Rating Depression Scale (SDS) สร้างขึ้นโดย Zung(1965) เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ เดิมแบบประเมินนี้นิยมนำไปวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในช่วงหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยเป็นที่นิยม เนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้เท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้สามารถวัดความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ

ง) Center of Epidemiological Study Depression Scale (CES-D) สร้างโดย Radloff โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression scale ซึ่งประกอบด้วยอาการอารมณ์เศร้า 4 กลุ่ม จุดประสงค์เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ข้อดีของแบบวัดนี้คือ สะดวกต่อการนำไปใช้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย สะดวกต่อการแปลผล ข้อจำกัดคือ ไม่สามารถแยกแยะได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นภาวะเฉียบพลันโดยไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อนหรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตหรือเป็นผลจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

2.4.2.3 แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างแน่นอนประกอบการสังเกตเพื่อประเมินอาการ (Observer Scale; Semi-Structured, Goal Direct Interview) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้กำหนดข้อคำถามไว้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพร้อมทั้งสังเกตอาการที่แสดงออก ประกอบการสัมภาษณ์ด้วยทุกครั้ง ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ชนิดนี้ได้แก่

ก) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) สร้างโดย Hamilton เพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นอีก 4 ข้อ ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

ข) Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) และ Asberg ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านอาการเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) หรือดูประสิทธิภาพของยามีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีระดับความรุนแรงของอาการ 0-6 ไม่มีข้อคำถามเกี่ยวข้องกับอาการทางกาย แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์สูง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depressive Inventory, BDI) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) (อ้างถึงในลัดดา แสน

สีหา, 2536) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับรูปแบบการเกิดโรคซึมเศร้า และสอดคล้องกับแนวเหตุผล และสมมติฐานของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน

3. ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-Determination Theory)

ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-Determination Theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับแรงจูงใจของมนุษย์โดยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของแต่ละบุคคล รวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมรอบข้างและสังคมซึ่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ (Deci & Ryan, 1985) ถือเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาตนเองและการเกิดแรงจูงใจภายในตนเองอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อีกทั้งเป็นทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยการกำหนดการกระทำด้วยตนเองด้วยกระบวนการเชิงบวกซึ่งมีความสัมพันธ์กับความ ต้องการทางด้านจิตสังคม 3 ข้อ ประกอบด้วย ความต้องการด้านความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) ความต้องการด้านความสามารถ (Competence) และความต้องการด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (Relatedness)

3.1 ความหมายของทฤษฎีการกำหนดตนเอง

Deci & Ryan (1990) ให้ความหมายว่าเป็นแรงจูงใจที่เป็นความต้องการของบุคคลต่อความสามารถ การกำหนดตนเองและการท้าทายที่เป็นแรงจูงใจต่อการกระทำพฤติกรรมของตนเอง โดยปราศจากการบังคับหรือการได้รับรางวัล

Markland et al. (2005) ให้ความหมายว่าเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจของบุคคลอันนำไปสู่การพัฒนาแรงจูงใจตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Brittton et al. (2011) ให้ความหมายว่าเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจของมนุษย์ ที่นำไปสู่การบ่งบอกลักษณะทางจิตสังคมของแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ

วนิดา พันธุ์สุรินทร์ (2556) ให้ความหมายว่าเป็นคุณลักษณะของบุคคล ในการแสดงพฤติกรรม อารมณ์และความคิดด้วยการกำกับตนเอง ฟังพาตนเอง ไปตามบรรทัดฐานของสังคมอย่างมีความรับผิดชอบ

จากความหมายดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปว่า ทฤษฎีการกำหนดตนเองเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจของมนุษย์อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันพึงประสงค์ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นการกระทำด้วยตนเองหรือเรียกว่าการกำกับตนเอง เป็นการกระทำด้วยความสามารถของตนที่มี มีความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้

3.2 องค์ประกอบทฤษฎีการกำหนดตนเอง

ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-Determination Theory) มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นลักษณะตามธรรมชาติของบุคคลในการแสดงพฤติกรรม การแสดงออกหา

อารมณ์ การใช้ความคิดด้วยการกำกับกระทำตนเอง พึ่งพาตนเอง มีความเชื่อมั่นในทางเลือกของตนเอง สามารถต้านทานแรงกดดันจากผู้อื่นได้ และสามารถสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น รวมถึงสามารถใช้ความคิดของตนเองในการตั้งเป้าหมาย การแสดงเหตุผล ตลอดจนการตัดสินใจและประเมินตนเองได้อย่างถูกต้อง (วนิดา พันธุ์สุรินทร์, 2556)

ปัจจัยความต้องการทางจิตสังคม ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้ (Deci & Ryan, 1985)

1) ความต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Relatedness) หมายถึง ความต้องการที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกที่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

2) ความต้องการมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ (Competence) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถที่จะบรรลุเป้าหมายได้

3) ความต้องการรู้สึกเป็นอิสระที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Autonomy) หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกเป็นอิสระในการที่จะกระทำตามสิ่งที่เลือก

ทฤษฎีการกำหนดตนเองถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จุดประสงค์ของการนำทฤษฎีนี้มาช่วยกับการบำบัดทางจิตคือ การสร้างแรงจูงใจในตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่ภาวะที่ดีขึ้น ลดความลังเลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Deci & Ryan, 2008) ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นนั้น เกิดจากความคับข้องใจของปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวันอันเนื่องมาจากแรงจูงใจถูกขัดขวางซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตปกติของมนุษย์ และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะขาดการตอบสนองด้านความต้องการพื้นฐานทางจิตสังคมดังกล่าวข้างต้น (Deci & Ryan, 1990) ทฤษฎีนี้จึงเน้นการเพิ่มความต้องการพื้นฐานทางจิตสังคมของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีต่อการรักษา ก็จะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ของการบำบัดที่ดีขึ้นและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางบวก

3.3 ความเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีการกำหนดตนเองกับแรงจูงใจ

Markland et al. (2005) กล่าวว่ากระบวนการในการส่งเสริมแรงจูงใจและลดความลังเล สืบสนโดยการนำทฤษฎีการกำหนดตนเองมาใช้ นั้น พบว่าจะต้องมีการสนับสนุนต่อการตอบสนอง ความต้องการพื้นฐานทางจิตสังคม 3 ด้าน ประกอบด้วย

3.3.1 การสนับสนุนด้านความต้องการมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ (Competence) โดยการนำเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจกระทำด้วยวิธีการให้ข้อมูลอย่างชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมและผลที่เกิดขึ้น (present clear and neutral information) โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้สังเกตตนเองตามความเป็นจริง เพื่อตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง (help the client develop appropriate goal) โดยผู้บำบัดทำหน้าที่ให้ข้อมูลด้านบวก (provide positive feedback) ไม่ทำการตัดสินใจให้ผู้รับการบำบัด และส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย (support self-efficacy) ซึ่งจะ

การตอบสนองความต้องการด้านการมีศักยภาพในผู้ป่วย ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความสามารถในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง

3.3.2 การสนับสนุนด้านความต้องการเป็นอิสระที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Autonomy) โดยการนำเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งถือเป็นหลักพื้นฐานของการให้การบำบัดด้วยวิธีนี้อยู่แล้ว การสนับสนุนความต้องการด้านนี้จะเน้นการลดแรงต่อต้าน(avoid coercion) หลีกเลี่ยงการบังคับหรือเผชิญหน้า(roll with resistance) แต่จะเน้นการให้ผู้รับการบำบัดได้สำรวจลักษณะพฤติกรรมตนเอง (explore options) เปรียบเทียบระหว่างพฤติกรรมที่แสดงออกกับพฤติกรรมที่ต้องการและผู้บำบัดจะทำการส่งเสริมให้ผู้รับบำบัดได้เลือกพฤติกรรมที่จะทำด้วยตนเอง(let the client make decision) การเสนอแนวทางในการคิดเกี่ยวกับปัญหาโดยสรุปเนื้อหาต่างๆจากคำพูดของผู้ป่วยเอง ช่วยลดความคับข้องใจในตัวผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาและต่อความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การตอบสนองด้านความมีอิสระแห่งตนเอง จะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงตนเองมีทางเลือก มีเป้าหมาย มีความเป็นอิสระที่จะดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ

3.3.3 การสนับสนุนความต้องการพื้นฐานด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Relatedness) โดยการนำเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจมาจากความตั้งใจ ความสนใจและความอ่อนโยน อบอุ่นจากพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้บำบัดเพื่อตอบสนองความต้องการในส่วนที่ผู้ป่วยขาด หลีกเลี่ยงคำวิจารณ์และคำตำหนิ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express Empathy) เข้าใจในตัวตนของผู้ป่วย (Demonstrate understanding of the client's position) การให้เกียรติผู้ป่วย สะท้อนความคิด (Reflective) และความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ความสำคัญในตัวตนของผู้ป่วย(explore client's concerns) หลีกเลี่ยงตัดสินใจแทนผู้ป่วย (avoid judgment or blame) การตอบสนองด้านสัมพันธภาพ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความเข้าใจ มีความสำคัญ เป็นที่ยอมรับ และมีคุณค่า ก่อให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล

อย่างไรก็ดี แนวคิดทฤษฎีการกำหนดตนเองและการเสริมสร้างแรงจูงใจถือว่ามี ความสำคัญสำหรับการก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากหลักการของทั้งสอง เป็นการให้ความสำคัญต่อลักษณะนิสัยความชอบของบุคคลโดยนำกระบวนการมาประยุกต์ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Markland et al., 2005) เพื่อความเข้าใจที่ง่าย ขอแสดงรายละเอียด ดังรูปภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีการกำหนดตนเองกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ที่มา: Markland et al. (2005)

4. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

4.1 ความหมายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

Miller & Rollnick (2002) กล่าวว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้กระบวนการเสริมแรงจูงใจภายในอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ด้วยการค้นหาปัญหา และการจัดการกับความสับสนลังเลในจิตใจผู้รับการบำบัด

Markland et al.(2005) กล่าวว่า หลักสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยให้ผู้บำบัดจัดการกับความลังเลสับสนและกำหนดการสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างด้วยความมั่นคงและสม่ำเสมอ

พิชัย แสงชาญชัย (2553) กล่าวว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทาง ยึดหลักการพูดคุยโดยผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ให้การบำบัดจะช่วยสำรวจและจัดการกับความรู้สึกก้ำกึ่ง(ambivalent) ในการที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง มุ่งเน้นการพูดคุยอย่างมีเป้าหมาย

จากความหมายดังกล่าวผู้วิจัยสรุปได้ว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดโดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยค้นหาปัญหา จัดการกับความลังเลสับสน และสร้างแรงจูงใจอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4.2 เทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ Miller & Rollnick (2002) ได้อธิบายหลักการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ไว้ 5 ข้อ ดังนี้

4.2.1 The expression of empathy ผู้บำบัดแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้รับการบำบัด โดยให้ผู้รับการบำบัดได้เลือกอย่างอิสระ และกำหนดทิศทางเป้าหมายของตนเอง สะท้อนความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย เน้นความรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง ผู้อื่นไม่สามารถบังคับหรือกระทำแทนได้ ผู้บำบัดมีหน้าที่เพียงให้ข้อมูลที่ดีและถูกต้อง

4.2.2 The development of discrepancy ผู้บำบัดทำให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างปัจจุบันกับเป้าหมายที่ยากเป็น โดยพูดคุยถึงเป้าหมายในชีวิตหรือคุณค่าในตนเอง การทำให้เห็นความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันและเป้าหมายของชีวิตที่ต้องการ จะช่วยกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง

4.2.3 Rolling with resistance ผู้บำบัดลดแรงต้านเมื่อเกิดความรู้สึกขัดแย้งกับผู้รับการบำบัดโดยมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนการรับรู้ของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดอาจจะเสนอแนวทางใหม่ในการตัดการกับปัญหาแต่ไม่ใช่การบังคับให้ปฏิบัติตาม

4.2.4 Support for self-efficacy ผู้บำบัดส่งเสริมศักยภาพในผู้รับการบำบัด เพื่อให้เกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความหวังและมองโลกในด้านบวก

4.2.5 Avoid Argumentation ผู้บำบัดหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย แต่เป็นการค้นหาวิธีต่างๆที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเห็นผลลัพธ์และโทษของพฤติกรรมเดิม และในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมให้เห็นผลดีของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงใหม่

4.3 เทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ นิยมใช้ OARS ประกอบด้วย

4.3.1 Open-ended questioning เป็นการตั้งคำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดคิด พูด และได้ยินความคิดของตนเอง ผู้บำบัดสามารถเสริมแรงจูงใจด้วยการถามคำถามปลายเปิดที่มีทิศทางเพื่อกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยคิดและพูดข้อความที่จูงใจตนเองออกมา

4.3.2 Affirmation เป็นการชื่นชมยืนยันรับรอง เมื่อผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นด้านบวก จุดแข็งของตนเอง ความพยายาม ศักยภาพในตนเอง และเมื่อมีความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ผู้เพื่อเป็นการเสริมแรงโดยแสดงออกเป็นข้อความที่จูงใจตนเอง และเน้นว่าสิ่งนั้นมาจากผู้ป่วยเอง

4.3.3 Reflective listening การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ เป็นทักษะของการตั้งใจ ฟังและจับความหมายของข้อความที่จูงใจตนเองของผู้ป่วย

4.3.4 Summarization การสรุปเนื้อหา ระหว่างการสนทนาผู้รับการบำบัดอาจจะจดจำสิ่งที่ตนเองพูดไม่ได้หมดโดยเฉพาะข้อความที่จูงใจตนเองที่กล่าวออกมา ก็จะทำให้ผู้รับการบำบัดได้ยินข้อความที่จูงใจตนเองซ้ำอีก และก็จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้คิดและพูดข้อความที่จูงใจตนเองมากขึ้นเปรียบเสมือนเป็นการเสริมแรง

5. การปรับความคิด

5.1 เทคนิคการปรับความคิด (Cognitive technique) เป็นเทคนิคที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ประเมิน ตรวจสอบ ค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบของตนเอง อีกทั้งปรับเปลี่ยนความคิดใหม่รวมถึงแนวทางการแก้ปัญหา ดังรายละเอียดดังนี้ (दारारวรรณ ต๊ะปินตา, 2556) ประกอบด้วย 3 วิธี ดังนี้

5.1.1 การตั้งคำถามแบบโสเครติค

คำถามแบบโสเครติคเป็นวิธีการที่สำคัญวิธีการหนึ่งของการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมโดยได้ชื่อมาจากนักปราชญ์ โสเครติส (Socrates) ชาวเอเธนส์ที่มักจะนักศึกษาที่เข้ามาศึกษาได้ค้นพบความเป็นจริงด้วยตนเอง โดยการตั้งคำถามเพื่อให้นักศึกษาได้ค้นคว้าและนำตอบได้ที่ ละส่วน จนสามารถตอบคำถามที่ถามโสเครติสได้ด้วยตนเอง การบำบัดแบบโสเครติคเป็นการบำบัดด้วยการปรับความคิดเพื่อช่วยให้ผู้บำบัดได้เข้าใจในสาเหตุภาวะซึมเศร้าของตนเอง โดยการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบของตนเอง พิสูจน์ความคิดเหล่านั้น รวมทั้งปรับเปลี่ยนความคิดให้ตรงกับความเป็นจริง การใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบโดยโสเครติค (Socratic question) จะก่อให้เกิดผลตามเป้าหมายได้ก็ต่อเมื่อคำถามเหล่านั้นเป็นคำถามที่สร้างสรรค์ตรงประเด็นและเข้าใจง่าย และผู้บำบัดต้องสรุปประเด็นที่ได้จากการตั้งคำถามและการวิเคราะห์คำตอบที่ได้ร่วมกับผู้รับการบำบัด คำถามแบบนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้ด้วยตนเองและจำแนกนัย โดยผู้รับการบำบัดจะถูกกระตุ้นให้ค้นพบสิ่งต่างๆด้วยตนเองรวมถึงสามารถหาการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ประโยชน์ของคำถามแบบโสเครติค มีดังนี้ (Beck, 2011)

5.1.1.1 การประเมินและเขียนวงจรของปัญหา เป็นการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงความเชื่อมโยงของ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองที่นำไปสู่ภาวะ

ซึมเศร้า เช่น "คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง" "คุณจะทำอย่างไรเมื่อมีความคิดดังกล่าวเข้ามารบกวนจิตใจคุณ" "จากความคิดดังกล่าว ทำให้คุณรู้สึกอย่างไร" เป็นต้น

5.1.1.2 การให้ความรู้ เป็นการสอนทักษะบางอย่างให้กับผู้รับการบำบัด อาจจะเป็น ทักษะการผ่อนคลาย เช่น "คุณลองจินตนาการว่าภรรยากำลังจะไม่อยู่บ้าน คุณคิดถึงอะไร คุณรู้สึกอย่างไร คุณทำอะไรบ้าง" เป็นต้น

5.1.1.3 การท้าทายความคิดที่ไม่เกิดประโยชน์ เป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดตอบคำถามและรับรู้ความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์เกิดขึ้นเนื่องมาจากผู้บำบัดคิดเอง โดยลักษณะคำถามจะถามถึงผลที่เกิดจากการคิด การกล่าวถึงสถานการณ์ที่สนับสนุนความคิดแบบนั้น เช่น "จะมีประโยชน์อย่างไร หากคุณยังมีความคิดและความเชื่อแบบเดิม" จะดีอย่างไรถ้าเราสามารถคิดวิธีใหม่ได้" ถ้าหากถามคนที่คุณรัก เขาจะคิดต่อสถานการณ์นี้อย่างไร" เป็นต้น

5.1.1.4 การแก้ปัญหา เป็นการตั้งคำถามเพื่อช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้รับการบำบัด เช่น "คุณจะทำอย่างไรเพื่อรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว" ถ้าปัญหานี้เกิดกับผู้อื่น คุณคิดว่าเขาจะแก้ปัญหามาอย่างไร" เป็นต้น

5.1.2 การสำรวจต่อเนื่อง

เป็นการถามแบบสำรวจต่อเนื่องเพื่อให้ค้นหาสิ่งที่ยังซ่อนอยู่ภายใต้คำพูดของผู้รับการบำบัด เป็นการตั้งคำถามเพื่อถามถึงความหมายความคิด หรือความเชื่อของผู้รับการบำบัด การมองเห็นความเชื่อในระดับกลางหรือระดับลึกของผู้รับการบำบัด เป็นการแกะรอยโดยใช้คำถาม จะเห็นว่าการตั้งคำถามแบบสำรวจต่อเนื่องนั้นเป็นการถามต่อสถานการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต หรือความหมายของสิ่งที่ผู้รับการบำบัดคิดก่อให้เกิดการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเองที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

5.1.3 การถามคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบความคิดตนเอง

เป็นการตั้งคำถามทั้งแบบโสเครติคกับแบบสำรวจต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติ จินตนาการรวมทั้งความเชื่อของตนเอง ผู้บำบัดจะตรวจสอบหรือพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติโดยผู้รับการบำบัดนั้นค้นพบคำตอบด้วยตนเอง และช่วยให้เห็นทางเลือกในการคิดและแก้ปัญหา เช่น "มีทางเลือกอื่นที่จะอธิบายสถานการณ์นี้หรือไม่" อะไรจะเกิดกับคุณบ้างหากยังมีความคิดนี้อยู่กับคุณไปเรื่อยๆ"

5.2 เทคนิคการสร้างกระบวนการคิด (Cognitive restructuring) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

5.2.1 การตรวจสอบความคิด อารมณ์ และความรู้สึก (Monitoring thoughts, affects, and feelings) เป็นการค้นหาตัวเสริมแรงที่ก่อให้เกิดความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่เป็นปัญหาของผู้รับการบำบัด ได้แก่ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักรู้รวมถึงตรวจสอบ

ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตนเอง โดยการบันทึกความคิดที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน 5 ข้อ คือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น อารมณ์ความรู้สึก ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นเมื่อพบสถานการณ์ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

5.2.2 การถามถึงหลักฐานยืนยัน (Questioning the evidence) การที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดช่วยกันตรวจสอบหลักฐานเพื่อยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้รับการบำบัด รวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูล การให้นำหนักของข้อมูลที่สนับสนุนความคิดที่บิดเบือน การเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้ซักถามผู้บำบัด ครอบคลุมรวมถึงสมาชิกในกลุ่มเพื่อพิสูจน์ข้อมูล และช่วยตีความได้อย่างถูกต้องและตรงกับความจริง

5.2.3 การตรวจสอบทางเลือกอื่น ๆ (Examining alternatives) โดยการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดระดมความคิดและวิธีการแก้ไขปัญหาหลายๆวิธีด้วยตนเอง ผู้บำบัดมีหน้าที่ช่วยเหลือด้วยการเสนอแนะวิธีการแก้ปัญหาหรือแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นประโยชน์ แต่ผู้รับการบำบัดจะพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา

5.2.4 การลองให้คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรง (Decatastrophizing) โดยผู้บำบัดจะตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวนและประเมินสถานการณ์รุนแรงที่สมมติขึ้น เป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดลองคาดคะเนผลที่อาจเป็นไปได้ถ้าสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นจริง และทำใจยอมรับ ไม่กลัวหรือกังวล แต่สามารถหาแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากเกิดขึ้นจริง และพร้อมเผชิญปัญหาได้

5.2.5 การปรับเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) เป็นการเปลี่ยนมุมมองการรับรู้สถานการณ์หรือพฤติกรรม ได้แก่ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างจากเดิม การมองปัญหาในทุกแง่มุมทั้งข้อดีและข้อเสียจะช่วยพัฒนาให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองรอบด้าน

5.2.6 การหยุดความคิด (Thought stopping) เทคนิคการหยุดความคิดสามารถใช้ได้ดีในความคิดที่เป็นปัญหาระยะเริ่มต้น ผู้รับการบำบัดสามารถหยุดความคิดโดยการนึกภาพสมมติเพื่อค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหา ต่อจากนั้นจะให้ผู้รับการบำบัดนึกถึงปัญหานั้นๆ แล้วผู้บำบัดจะแจ้งว่า "หยุด" เพื่อหยุดความคิดที่กำลังนึกถึง เมื่อหยุดความคิดนั้นได้แล้วจึงให้นำวิธีหยุดความคิดนี้ไปใช้กับปัญหาที่เกิดขึ้นจริง

6. โปรแกรมการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะขาดแรงจูงใจ ขาดความสนใจในสิ่งรอบข้าง บกพร่องด้านการสร้างสัมพันธภาพ และมีความคิดที่บิดเบือน ขาดการรับรู้ที่เป็นจริง รู้สึกสิ้นหวัง ไม่เห็นคุณค่าของตนเอง ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์รูปแบบการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานตามแนวคิดทฤษฎีการกำหนดตนเองของ Deci & Ryan (2008) ร่วมกับการใช้เทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านจิตสังคมของมนุษย์ ประกอบด้วยความต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Relatedness) คือรู้จักค้นหาแนวทางในการขอความช่วยเหลือจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความต้องการมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ (Competence) ด้วยเชื่อว่าจะก่อให้เกิดการมีความคิดในการกำกับกระทำของตนเองตามความสามารถที่ตนเองมีอยู่ และความต้องการรู้สึกเป็นอิสระที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Autonomy) โดยการมีความเชื่อมั่นในทางเลือกของตนเอง อันนำไปสู่การมีชีวิตที่ดีขึ้น และใช้เทคนิคการปรับกระบวนการความคิดของ Beck (1979) เพื่อสร้างความคิดที่เป็นจริง ความคิดที่สมเหตุผล ลดความคิดที่บิดเบือน เพื่อช่วยลดความกังวล ความสับสนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เสริมสร้างควมมีคุณค่าในตนเองสร้างความเชื่อมั่น ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้า การบำบัดเป็นการบำบัดรายกลุ่มเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วม การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยแบ่งเป็นกลุ่มละ 9 คน จำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันนาน 5 สัปดาห์ โดยการบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางการทำกิจกรรมในการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน

แนวคิดหลัก/ เทคนิคที่ใช้		กิจกรรม	คำอธิบาย
ทฤษฎีการกำหนดตนเอง	การเสริมสร้างแรงจูงใจ		
<p>ความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy)</p> <p>สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (Relatedness)</p>	<p>แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติ (Empathy)</p> <p>การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questions)</p> <p>เทคนิคการสะท้อน (Reflection)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจในชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง</p> <p>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อค้นหาปัญหาสำรวจความกังวล และประเมิน</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การเสริมแรงจูงใจเตรียมความพร้อมเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น</p>	<p>การสร้างสัมพันธ์ภาพ แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ผู้ป่วย (Empathy) ของผู้บำบัดก่อให้เกิดความไว้วางใจ และการใช้เทคนิคการตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูด และได้ยินความคิดของตนเอง และใช้เทคนิคการสะท้อน (Reflection) ในสิ่งที่ผู้ผู้ป่วยพูดออกมาเพื่อสะท้อนความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย การบำบัดขั้นตอนนี้จะช่วยให้ได้ข้อมูลเพื่อมาวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นตัวช่วยในการค้นหาความกังวล และสิ่งสำคัญในชีวิตผู้ผู้ป่วย ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองในการดำเนินชีวิต ซึ่งขั้นตอนของการบำบัดนี้ ผู้ป่วยจะได้จะพูด แสดงความคิด ความรู้สึกและความต้องการของตนเองได้อย่างอิสระโดยมีผู้บำบัดแสดงถึงการยอมรับ เข้าใจ และเห็นใจผู้ผู้ป่วย ซึ่งเชื่อว่าตอบสนองความต้องการด้าน อิสระแห่งตน (Autonomy) และสัมพันธ์ภาพ (Relatedness)</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

แนวคิดหลัก/ เทคนิคที่ใช้		การปรับกระบวนการความคิด		กิจกรรม	คำอธิบาย
		การเสริมสร้างแรงจูงใจ	การปรับกระบวนการความคิด		
ความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy)	หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid Argumentation)	ตรวจสอบความคิด อารมณ์ และความรู้สึก (Monitoring thoughts, affects, and feelings)	ตรวจสอบความคิด อารมณ์ และความรู้สึก (Monitoring thoughts, affects, and feelings)	ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการคิดที่ถูกต้องซึ่งขึ้นมาใหม่ ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง	ในกิจกรรมที่ 3 จะใช้เทคนิคการปรับความคิด และสร้างกระบวนการคิดขึ้นมาใหม่ ด้วยการตรวจสอบความคิด อารมณ์ และความรู้สึก (Monitoring thoughts, affects, and feelings) ค้นหาตัวเสริมแรงที่ทำให้เกิดความคิดและภาวะซึมเศร้า โดยในกลุ่มจะช่วยกันตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลเพื่อยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างถูกต้องและตรงกับความจริง (Questioning the evidence) อีกทั้งกระตุ้นให้ผู้ช่วยได้รู้จักค้นหาการเปลี่ยนความคิดที่มีตัวตนเองไปในทางบวก (Reframing) การปรับเปลี่ยน เปลี่ยนมุมมอง การรับรู้สถานการณ์หรือพฤติกรรม ในทุกแง่มุมทั้งข้อดีและข้อเสีย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีมุมมองที่รอบด้าน
ความสามารถ (Competence)	การทำให้เห็นความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันและเป้าหมายของชีวิตที่ต้องการ (Discrepancy)			กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดที่เปลี่ยนแปลงด้านบวกที่มีตัวตนเอง และสังคม	ในกิจกรรมที่ 4 จะใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจส่งเสริมศักยภาพในผู้ป่วย (Support for self-efficacy) เพื่อให้เกิดการตัดสินใจ เปลี่ยนแปลงความคิด ให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าที่เป็นแรงเสริมในการ

ตารางที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมการกำหนดตนเอง	แนวคิดหลัก/ เทคนิคที่ใช้		กิจกรรม	คำอธิบาย
	การเสริมสร้างแรงจูงใจ	การปรับกระบวนการความคิด		
	ส่งเสริมศักยภาพ (Support for self-efficacy)	การถามถึงหลักฐานยืนยัน (Question the evidence)		เปลี่ยนความคิด หลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย แต่เป็นการค้นหาวีธีต่างๆที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์ของการมีความคิดแลบ (Avoid Argumentation)และในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมให้เห็นผลดีของการเปลี่ยนความคิดใหม่อีกทั้งการใช้เทคนิคให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างปัจจุบันกับเป้าหมายที่ยอกเป็น(The development of discrepancy)เพื่อให้เห็นความขัดแย้งระหว่างความคิดปัจจุบันและเป้าหมายของชีวิตที่ต้องการ จะช่วยกระตุ้นให้ผู้รับ การบำบัดเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงความคิด ซึ่งเชื่อว่า จะเกิด ต่อตนเองความต้องการด้าน อิสระแห่งตน (Autonomy) สัมพันธภาพ (Relatedness) และสมรรถนะในตนเอง (Competence)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

แนวคิดหลัก/ เทคนิคที่ใช้		การปรับ กระบวนการ ความคิด	กิจกรรม	คำอธิบาย
ทฤษฎีการกำหนด ตนเอง	การเสริม สร้าง แรง จูงใจ			
อิสระแห่งตน (Autonomy)	ส่งเสริมศักยภาพ (Support for self-efficacy)		ขั้นตอนที่ 3 การสร้างพลังที่ เข้มแข็งเพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิต อย่างมีความสุข และการสิ้นสุด สัมพันธภาพ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม	ใช้เทคนิคการเสริมแรงเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงเป้าหมายของ ตนเอง มีความหวัง รวมทั้งมีการวางแผนในการดำเนินชีวิต (Support for self-efficacy) ประกอบด้วยการดูแลตนเองและการจัดการกับภาวะ ซึมเศร้าของตนเอง กล่าวชื่นชม (Affirmation) เมื่อผู้ป่วยแสดง ความคิด ความพยายาม และเมื่อมีความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลง ตนเอง อีกทั้งการให้ข้อมูลสนับสนุนและส่งเสริมด้านการดูแลตนเอง การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมและทางเลือกของครอบครัว ร่วมกับ ทางสหวิชาชีพ และกล่าวสรุปเนื้อหาระหว่างการบำบัด โดยเฉพาะ ข้อความที่ใจเป็รียบ เสมือนเป็นการเสริมแรง (Summarization) ซึ่ง เชื่อว่าจะเกิดตอบสนองความต้องการด้าน อิสระแห่งตน(Autonomy) สัมพันธภาพ (Relatedness) และสมรรถนะในตนเอง (Competence)
สัมพันธภาพ (Relatedness)	การชื่นชม (Affirmation)		กิจกรรม	
สมรรถนะในตนเอง (Competence)	การสรุปเนื้อหา (Summariza- tion)		กิจกรรมที่ 5 การกล่าวความรู้สึกที่ ได้เปลี่ยนแปลง การสร้างเป้าหมาย รวมถึงการค้นหาทางเลือก เพื่อเป็น แรง	

7. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Westra & Arkowitz. (2009) ได้ศึกษาได้รับการบำบัดเพื่อการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลดความลังเลก่อนได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นมีภาวะซึมเศร้าลดลง

Britton et al. (2011) ได้ศึกษาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและทฤษฎีการกำหนดตนเองร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้การบำบัดด้วยการสัมภาษณ์แบบกรณีศึกษา พร้อมกับการนำทฤษฎีการกำหนดตนเองด้วยการเสริมสนับสนุนทัศนคติกับผู้อื่น การเสริมสมรรถนะแห่งตน และการมีอิสระแห่งตน ผลการศึกษาพบว่าผู้รับการบำบัดมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง

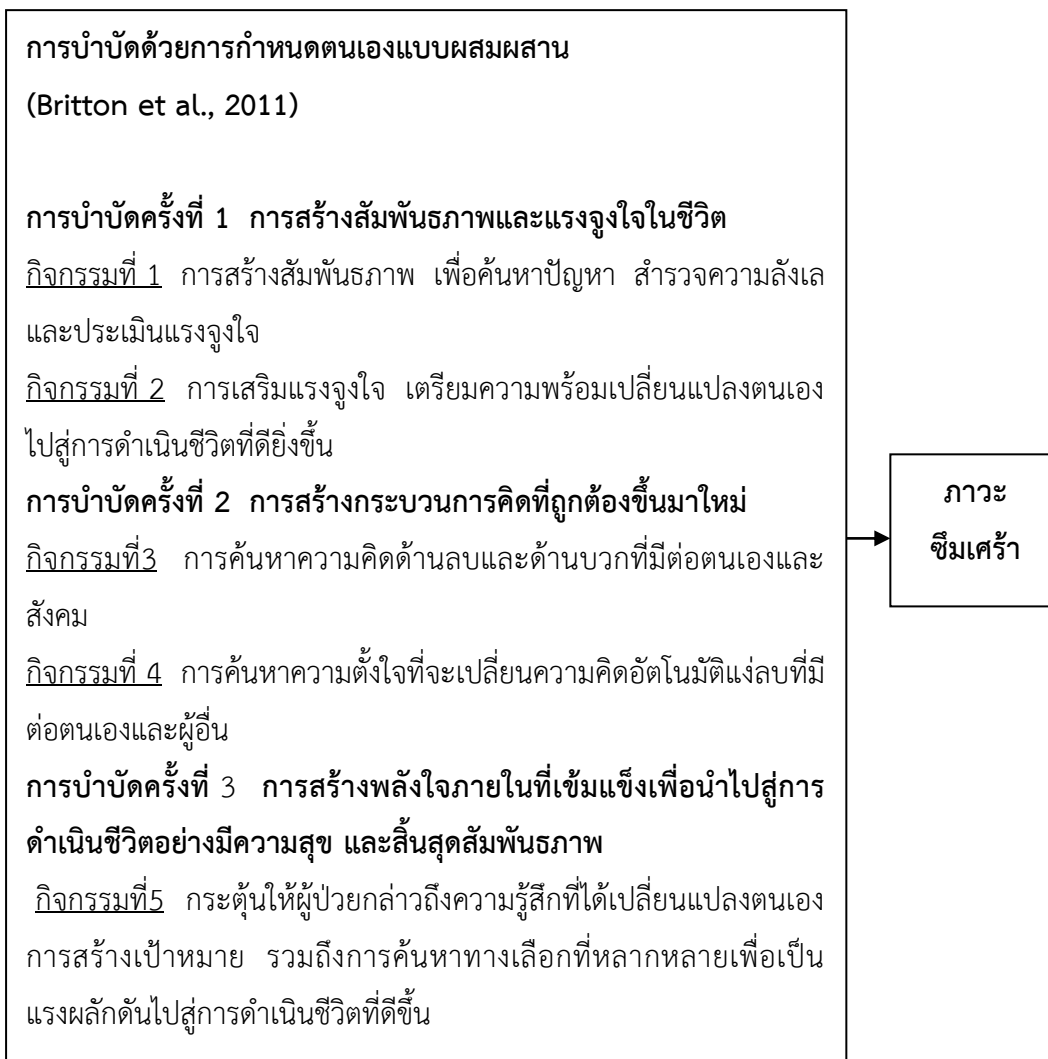
Baker et al. (2005) ได้ทำการทำการศึกษากการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้เสพติดสุรา พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงร่วมกับมีพฤติกรรมเสพยาสุราลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$)

พัชชรวลัย กนกจรรยา (2554) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาสุราในผู้เสพติดสุรา พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงร่วมกับมีพฤติกรรมเสพยาสุราลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วนิดา พันธุ์สุนทร (2556) ได้ทำการศึกษากการบำบัดแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจการตัดสินใจกำหนดการกระทำด้วยตนเองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำการบำบัดแบบผสมผสานโดยใช้ทฤษฎีการกำหนดตนเองร่วมกับเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับกระบวนการคิดเพื่อนำมาลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีวิธีการดำเนินการ ดังกรอบแนวคิด ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบวัดสองกลุ่ม คือวัดก่อนและหลังการทดลอง (The two groups pretest-posttest design) (Burn & Grove, 1997) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	x	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

โดย O₁ หมายถึง ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนการได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน

O₂ หมายถึง ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังการได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน

x หมายถึง การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน

O₃ หมายถึง ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของระบบการจำแนกโรคองค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของระบบการจำแนกโรคองค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี ทั้งชายและหญิง จำนวน 36 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ มีการคัดเลือกและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง (ชรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2551)
2. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก (ค่าเฉลี่ย 16-29 คะแนน) โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (2522)

3. มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้

4. ไม่เคยได้รับการบำบัดทางจิตด้วยการใช้ทฤษฎีการกำหนดตนเอง การเสริมสร้างแรงจูงใจ

และการปรับกระบวนการความคิดมาก่อน

5. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการดำเนินการบำบัด เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หรือมีความคิดฆ่าตัวตายระหว่างเข้าร่วมการวิจัย

2. กลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณหาค่าขนาดของอิทธิพล (effect Size) ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Glass (1976 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) โดยได้นำการศึกษาของ Baker et al.(2005) มาคำนวณจากค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแล้วนำมาหารด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม เพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$\text{จากสูตรของ Glass (1976)} \quad d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C}$$

โดยกำหนดให้

d คือขนาดอิทธิพล

\bar{X}_E คือค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

\bar{X}_C คือค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C คือค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

จากการคำนวณ ได้ค่าขนาดของอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .60 และกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบ (power of test) 80% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ระดับ .05 และนำค่าดังกล่าวมาเปิดตาราง Master Table Statistical Power Table แบบ One-Tailed

Test (Burn & Grove) (2005 อ้างในรัตนศิริ ทาโต, 2552) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการอย่างน้อยกลุ่มละ 16 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัยป้องกันการคลาดเคลื่อนสูญหาย (Drop out) สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ และให้ข้อมูลมีการกระจายโค้งปกติ (Normality) จึงทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) แล้วจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 18 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 36 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2558 มีผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนิกษ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 62 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 17 ราย เพศหญิง 45 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และพิจารณาตามเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม (Inclusion Criteria)

2. ผู้วิจัยทำการนัดหมายผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ได้ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 49 คน และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคฉบับภาษาไทย (Beck Depressive inventory-II) เพื่อทำการคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก (ค่าเฉลี่ย 16-29 คะแนน) ได้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตามเกณฑ์คุณสมบัติจำนวน 42 คน

3. ประสานงานกับพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนิกษ์เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 36 คน โดยผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองนั้นอยู่กลุ่มควบคุมหรือทดลอง จับคู่กลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งกระทบต่อการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ อายุ (Sadock & Sadock ,2003) และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) ระยะห่างระหว่างอายุและคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ยอมรับได้กำหนดไม่ควรเกิน 5 คะแนน แล้วนำเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. ผู้วิจัยชี้แจงจุดประสงค์ ระยะเวลาแต่ละขั้นตอนของการทำวิจัย อีกทั้งอธิบายเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และลงลายมือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งได้รับการบอกถึงจุดประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือ

เกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง เน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปิดเป็นความลับ และผลของการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการหยุดการวิจัยและให้การช่วยเหลือพยาบาลเบื้องต้น และส่งต่อเข้าพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป

ทั้งนี้ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พร้อมทั้งนำเครื่องที่สร้างขึ้นนำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อพิจารณาผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมผ่านความเห็นชอบในวันที่ 26 ตุลาคม 2558 หนังสือเลขที่ 289 โรงพยาบาลมะเร็ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานตามทฤษฎีการกำหนดตนเองของ Deci & Ryan (2008) ร่วมกับเทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับกระบวนการความคิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยบูรณาการจากงานวิจัยของ Britton (2011) โดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมดังนี้

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา (Treatment Motivation Questionnaire) ตามแนวคิดทฤษฎีการกำหนดตนเองของ Deci & Ryan (1991) พัฒนาเครื่องมือโดย Ryun, Plant, & O' Malley (1995)

3. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคฉบับภาษาไทย (Beck Depressive inventory-II) โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานตามทฤษฎีการกำหนดตนเอง(Self Determination Theory) ของDeci & Ryan (2008) ร่วมกับเทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Miller & Rollnick ,2002) และการปรับกระบวนการความคิด (Beck ,1979) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากรูปแบบการบำบัดของ Britton (2011) โดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แนวคิดเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ และทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-Determination Theory) ตามแนวคิดของ Deci & Ryan (2008)

1.2 สร้างการบำบัดแบบผสมผสานโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับทฤษฎีการกำหนดตนเองและการปรับกระบวนการคิด ซึ่งผสมแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) ร่วมกับทฤษฎีการกำหนดตนเองของ Deci & Ryan (2008) และเทคนิคการปรับกระบวนการคิดของ Beck (1979) และมีการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม จากนั้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อกำหนดโครงสร้างและวัตถุประสงค์ของโปรแกรม เพื่อช่วยลดระดับของภาวะซึมเศร้า เป็นการบำบัดรายกลุ่ม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ติดต่อกัน และการบำบัดแต่ละครั้งจะใช้ระยะเวลาประมาณ 60-90 นาที โดยมีขั้นตอนการบำบัด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในชีวิต ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อค้นหาปัญหา สำรวจความลังเล และประเมินแรงจูงใจ

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันรวมถึงผู้ให้การบำบัดได้อย่างเหมาะสม
2. ค้นหาสาเหตุของภาวะซึมเศร้ารวมถึงสาเหตุของความลังเลใจที่นำไปสู่การไม่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่มรวมถึงผู้ให้การบำบัด มีการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง เกิดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในกลุ่ม
2. บอกความหมาย สาเหตุ อาการและการรักษาโรคซึมเศร้าได้ถูกต้อง และสามารถประเมินแรงจูงใจ รวมถึงเหตุผลของตนเองที่มีต่อการรักษาได้
3. บอกปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาที่ประสบ รวมทั้งสามารถบอกความคาดหวังของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม อันนำไปสู่การมีแรงจูงใจเพื่อการมีชีวิตที่ดีขึ้น

สาระสำคัญ

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่ามีปัญหาด้านสัมพันธภาพ แยกตัว และไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเนื่องจากมองโลกในแง่ลบ ซึ่งถ้าหากมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นอาจจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่คุกคามตนเอง เช่น การทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาปัจจัยด้านสัมพันธภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเครียดจากปัญหาสัมพันธภาพ

ระหว่างบุคคลที่เรื้อรัง ปัญหาจากการเปลี่ยนผ่านบทบาทและการพร้อมด้านสัมพันธภาพ จะเป็นตัวสนับสนุนที่สำคัญต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำในโรคซึมเศร้า (Sheet & Craighead, 2014; พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, นันทิกา ทวิชาชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, 2551) การบำบัดขั้นตอนนี้เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อเตรียมพร้อมสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น การใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยการรับฟังปัญหา การยอมรับ การเข้าใจในเหตุผลและความรู้สึกของผู้ป่วยก่อให้เกิดสัมพันธภาพ (Relatedness) ระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้ป่วย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอิสระในการคิด การพูดและรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะตัดสินใจในการกระทำด้วยตนเองได้ (Autonomy) (Britton et al., 2011) ด้วยการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการสร้างสัมพันธภาพ ด้วยการแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย (Empathy) ก่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยจะให้ข้อมูล การให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวของตนเองอย่างอิสระ (autonomy) จะทำให้ผู้ป่วยจะเริ่มสำรวจเหตุผลของการเกิดภาวะซึมเศร้าของตนเอง ผู้บำบัดสามารถนำข้อมูลที่ได้นั้นมาวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นตัวช่วยในการค้นหาความลังเลใจ และสิ่งสำคัญในชีวิตผู้ป่วย ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองในการดำเนินชีวิต

กิจกรรมในการบำบัดครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการเรียนรู้เพื่อก่อให้เกิดการรู้จักวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัย (Relatedness) (55 นาที)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยกล่าวแนะนำตนเอง ทักทายผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยสีหน้าแจ่มใส ยิ้มแย้ม เปิดเผย แสดงท่าทีให้การยอมรับ เชื่อมมั่น สร้างความคุ้นเคย พร้อมกับกล่าวแนะนำตนเอง บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มและสมาชิก

2. ผู้วิจัยให้สมาชิกภายในกลุ่มได้กล่าวแนะนำตนเอง ติดป้ายชื่อที่เตรียมไว้ กระตุ้นให้สมาชิกได้กล่าวแนะนำตนเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม

3. ผู้วิจัยชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม อธิบายวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัด ขั้นตอนการเข้ากลุ่ม รวมถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมการบำบัด อีกทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ โดยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วม เพื่อลดความคับข้องใจของผู้ป่วย

4. ผู้วิจัยสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้สมาชิกได้พูดและแสดงความคิดเห็น ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าตามความคิดของตนเองได้อย่างมีอิสระ (Autonomy) โดยให้สมาชิกตอบคำถามในใบงาน

5. ผู้วิจัยได้อธิบายความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเพื่อให้สมาชิกเข้าใจไปในแนวทางที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาปัญหา สำรวจความลังเล และประเมินแรงจูงใจ (15 นาที)

1. ผู้วิจัยทำการสอบถามปัญหาของการรักษาที่ประสบอยู่ของสมาชิกกลุ่มเพื่อค้นหาปัญหาของการรักษาที่สมาชิกกลุ่มประสบอยู่

2. ผู้วิจัยทำการสอบถามความคาดหวังเหตุผล และแรงจูงใจของสมาชิกทุกคนในกลุ่มที่มีต่อการรักษา เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ประเมินแรงจูงใจในการรักษาตนเอง โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามปลายเปิด(Open-ended questions) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดและได้ยินความคิดของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 สิ้นสุดการบำบัด (15 นาที)

1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันกล่าวสรุปความรู้ความเข้าใจและผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนรู้

2. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย โดยแจ้ง วันเวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

จากการสังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดพบว่า ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลและสมาชิกกลุ่มบำบัด เริ่มมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองด้วยความเต็มใจ

กิจกรรมที่ 2 การเสริมแรงจูงใจ เตรียมความพร้อมเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เสริมสร้างแรงจูงใจต่อตนเองในการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
2. เตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงตนเองได้ อันประกอบไปด้วย ความสามารถในการรู้เท่าทันโรคซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนความคิด การมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการมาพบแพทย์ตามนัด รวมไปถึงการสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรรอบข้าง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองได้
2. บอกเป้าหมายอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองได้
3. บอกแผนการปฏิบัติในการดูแลตนเองและการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้ผู้บำบัดจะใช้หลักฐานข้อมูลที่ผู้ป่วยบอกเล่ามาสนับสนุน ส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย (Provide positive feedback) เป็นการเสริมสมรรถนะ เสริมแรงจูงใจให้พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองสู่การดำเนินชีวิตที่ดียิ่งขึ้น โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณา สำนวณ ประเมินความพร้อมของตนเอง ค้นหาเหตุผลเพื่อลดความลังเลในการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลตนเอง (The development of discrepancy) บอกประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงรวมถึง

ผลลัพธ์ที่ได้ จุดประสงค์ของการเปลี่ยนแปลงเพื่อใคร มีชีวิตอยู่เพื่อใคร(Help the client develop appropriate goal) จะเป็นการตั้งศักยภาพและสมรรถนะ(Competence)ของผู้ป่วยออกมาด้วยวิธีเสริมแรงการให้สมาชิกกลุ่มมาเป็นสิ่งช่วยกระตุ้นโดยการร่วมแสดงความคิดเห็นและอภิปราย จากนั้น การสรุปของผู้วิจัยรวมถึงการกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจจากสมาชิกกลุ่มจะช่วยเกิดแรงจูงใจ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงตนเอง การให้สมาชิกได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น สำนวณ ประเมินความพร้อมของตนเอง รวมถึงความพร้อมของกลุ่มเพื่อช่วยกันค้นหาเหตุผลในการลดความ ลังเลต่อการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลตนเอง บอกประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงรวมถึง ผลลัพธ์ที่ได้

กิจกรรมในการบำบัดครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่1 กล่าวนำ (8นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม ด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส เรียกชื่อสมาชิก สนทนาเรื่อง ทั่วๆไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยให้กับสมาชิก และช่วยให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย เป็นการแสดงออกถึง การให้เกียรติผู้ป่วย (Empathy)

2. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ กฎระเบียบในการเข้ากลุ่มและทบทวนกิจกรรมที่ ผ่านมาเพื่อทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา รวมถึงเป็นการทบทวนกฎระเบียบของการเข้ากลุ่ม

ขั้นตอนที่2 การสร้างแรงจูงใจ (50 นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวถึงประโยชน์ของการรักษา กระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันบอกประโยชน์ของการ รักษาที่มีต่อตนเองและครอบครัว การทำงาน การดำเนินชีวิตประจำวัน โดยให้สมาชิกได้ร่วมพูดคุย กันและร่วมกันแสดงความคิดเห็น เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเล็งเห็นประโยชน์ของการรักษาที่มีต่อตนเอง ครอบครัว การทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวันอันนำไปสู่แรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงตนเองได้ อย่างอิสระ (autonomy)

2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาเหตุผลในการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อช่วยให้สมาชิก ค้นหาเป้าหมายที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองได้ โดยการให้สมาชิกได้เล็งเห็นว่าประโยชน์ของ การรักษาสสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อเป้าหมายได้

3. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เพิ่มเติม เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจเนื้อหาให้เข้าใจตรงกันและร่วมกันสรุป หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเสริมในส่วนที่ขาด เพื่อนำข้อมูลที่ เกี่ยวข้องกับประโยชน์ของการรักษามาสรุปเป็นข้อๆ เพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลที่หลากหลายเพื่อนำไป ปรับใช้กับตนเอง

4. ผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรม ความภาคภูมิใจของแต่ละคน กล่าวชื่นชมในความพร้อมของแต่ละ คน ให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่น สร้างแรงจูงใจกับสมาชิกกลุ่ม

ขั้นตอนที่3 ข้อความจงใจตนเอง (SMS) (20 นาที)

1. กระตุ้นให้สมาชิกได้พูดข้อความในการจงใจตนเอง (SMS) Self-motivation statement
2. ผู้วิจัยกล่าวชื่นชม ให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่นแก่สมาชิกกลุ่ม

ขั้นตอนที่4 สิ้นสุดการบำบัด (5 นาที)

1. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป โดยแจ้ง วันเวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป
2. ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านแก่สมาชิก โดยให้สมาชิกเขียนความตั้งใจของตนเอง รวมถึง

ข้อความจงใจตนเองและสิ่งที่ตนเองได้กระทำในแต่ละวัน

การประเมินผล

จากการสังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดพบว่า ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองด้วยความเต็มใจ มีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อนำไปสู่การเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกระบวนการคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ ประกอบด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที คือ

กิจกรรมที่3 การค้นหาความคิดด้านลบและด้านบวกที่มีต่อตนเองและสังคม

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. ค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้
2. ปรับเปลี่ยนความคิดขึ้นมาใหม่ต่อตนเองและสังคมได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกความคิดบิดเบือนที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้
2. ปรับเปลี่ยนความคิดที่เหมาะสมตรงกับความเป็นจริงได้
3. อธิบายเป้าหมายและเหตุผลในการเปลี่ยนความคิดของตนเองโดยปราศจากความลังเล

สาระสำคัญ

การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบเพื่อค้นหาตัวเสริมแรงอันนำไปสู่ความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ด้วยการประเมินความคิด ความรู้สึก อารมณ์ของผู้รับการบำบัดที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า(Monitoring thoughts, affects, and feelings) อีกทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาเหตุผลความคิด ความรู้สึกด้านลบที่มีต่อตนเอง รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยการกระตุ้นจากผู้บำบัดด้วยการให้ทักษะการปรับความคิด ในการค้นหาความคิดของผู้ป่วย อีกทั้งพูดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รู้จักค้นหาการเปลี่ยนความคิดที่มีต่อตนเองไปในทางบวก (Reframing) บอกประโยชน์ของความคิดบวกที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงตนเองได้และสามารถฝึกนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับฟังปัญหา การยอมรับ การเข้าใจในเหตุผลและความรู้สึกของผู้ป่วยก่อให้เกิด

สัมพันธภาพ (Relatedness) ระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้ป่วย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ ผู้ป่วยจะรู้สึกมีอิสระในการคิด พูดและรู้สึกตนเองมีความสามารถที่จะตัดสินใจในการกระทำของตนเองได้ (Autonomy) และเป็นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย (Competence) ในการรู้เท่าทันความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า (Britton et al., 2011) โดยการให้ข้อมูลแก่สมาชิกเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เชื่อมโยงกับอาการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อีกทั้งการสรุปโดยผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนกัน

กิจกรรมในการบำบัดครั้งที่ 3 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่1 กล่าวนำ (8นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม ด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสเพื่อสร้างความคุ้นเคยให้กับสมาชิก และช่วยให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย เป็นการแสดงออกถึงการให้เกียรติผู้ป่วย(Empathy)
2. ผู้วิจัยกล่าวเปิดกลุ่มโดยให้สมาชิกในกลุ่ม บอกวัตถุประสงค์ กฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม และทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปอีกครั้ง เพื่อทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา รวมถึงเป็นการทบทวนกฎระเบียบของการเข้ากลุ่มกิจกรรมในวันนี้

ขั้นตอนที่2 การค้นหาความคิดด้านลบและด้านบวก (60 นาที)

1. ผู้วิจัยดำเนินการเข้าสู่กิจกรรม "วงกลมเล็กๆ" โดยการนำใบงานภาพวงกลมแล้วนำมาให้สมาชิกกลุ่มดู ต่อจากนั้นจะค่อยๆถอยห่างจากสมาชิกในระยะ 1-5เมตร และกระตุ้นให้สมาชิกตอบตามความรู้สึกของตนเองที่มีต่อภาพ ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็น และวัตถุประสงค์ของกิจกรรม
2. ผู้วิจัยแจกใบให้สมาชิกได้เขียนเพื่อเล่าความคิดที่บั่นทอนจิตใจของสมาชิกกลุ่ม และวิธีการแก้ปัญหาตามที่ตนเองรับรู้ เพื่อค้นหาความคิดด้านลบที่อยู่ในจิตใจของผู้ป่วย นำเสนอ พร้อมทั้งกล่าวสรุปประเด็น และวัตถุประสงค์ของกิจกรรม เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าระบายความคิดที่บั่นทอนจิตใจของสมาชิกกลุ่มและวิธีการแก้ปัญหาตามที่ตนเองรับรู้ สำหรับค้นหาความคิดด้านลบที่อยู่ในจิตใจของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 สิ้นสุดการบำบัด (12 นาที)

1. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมในส่วนที่ขาด กล่าวชมเชย ให้กำลังใจสมาชิกกลุ่มโดยให้ตัวแทนสมาชิกกลุ่มกล่าวให้กำลังใจเพื่อนสมาชิกด้วยกัน เพื่อแสดงความเห็นใจและเสริมศักยภาพในตัวสมาชิก
2. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไปโดยแจ้ง วันเวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป สัปดาห์หน้าเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์หน้า
3. ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านแก่สมาชิก โดยให้สมาชิกเขียนความคิดที่เข้ามาบั่นทอนจิตใจตนเอง เป็นความคิดในแต่ละวัน อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดจากความคิดเหล่านั้น รวมถึงวิธีปรับและแก้ไขความคิดเหล่านั้นด้วยตนเอง

การประเมินผล

จากการสังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดพบว่า ผู้ป่วยสามารถอธิบายความคิดอัตโนมัติ ด้านลบ ความคิดที่บั่นทอนที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความตั้งใจที่จะเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติแง่ลบที่มีต่อตนเองและผู้อื่น
ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อลดความถี่ของความคิดที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มของสมาชิก
2. เพื่อก่อให้เกิดแรงจูงใจของสมาชิกในกลุ่มในการเปลี่ยนความคิดแง่ลบที่มีต่อตนเองและ

ผู้อื่น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกในกลุ่มสามารถสร้างความคิดที่ถูกต้องตามความเป็นจริงได้
2. สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกความตั้งใจในการเปลี่ยนความคิดของตนเองได้
3. สมาชิกในกลุ่มสามารถบริหารจัดการกับความคิดด้านลบและวิธีการเปลี่ยนความคิดของตนเองได้

สาระสำคัญ

การใช้กิจกรรมกลุ่มพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยมองหาสิ่งสำคัญที่เป็นพลัง เป็นแรงปรารถนา การสร้างแรงจูงใจค้นหาเป้าหมาย ค้นหาคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วย (Support self - efficacy) รวมถึงความหวังที่จะช่วยให้ดำเนินชีวิตไปอย่างมีความหมาย หาเหตุผลที่นำไปสู่การเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ ด้านลบที่มีต่อตนเอง ผู้บำบัดจะตอบสนองและกระตุ้นผู้ป่วยโดยนำสิ่งสำคัญในชีวิตมาเป็นหลักในการสร้างแรงจูงใจ โดยให้ผู้ป่วยเริ่มสำรวจเหตุผลในการเริ่มที่จะเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเอง ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกถึงระยะห่างความคิดที่จะยอมหรือปฏิเสธที่จะเปลี่ยนความคิดด้านลบของตนเอง ผู้ให้การบำบัดจะทำการสนับสนุนและกระตุ้นเหตุผลในการเปลี่ยนความคิดด้วยการนำสิ่งสำคัญมาเป็นเป้าหมาย (Encourage change talk) และเป็นข้อมูลในการช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเอง (Let the client make decisions about what and how to change) ผู้ป่วยจะเกิดแรงจูงใจภายใน เกิดการยอมรับและรู้สึกมีอิสระในการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง (autonomy)

กิจกรรมในการบำบัดครั้งที่ 4 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กล่าวนำ (8 นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม ด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อสร้างความคุ้นเคยให้กับสมาชิก และช่วยให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย เป็นการแสดงออกถึงการให้เกียรติผู้ป่วย (Empathy)

2. ผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ ภาระเทียบในการเข้ากลุ่มและทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาเมื่อ สัปดาห์ที่แล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปอีกครั้งเพื่อทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา รวมถึงเป็นการ ทบทวนภาระเทียบของการเข้ากลุ่มกิจกรรม เพื่อทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา รวมถึงเป็นการทบทวน ภาระเทียบของการเข้ากลุ่มกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์และวิเคราะห์ตนเอง (70 นาที)

1. ยกสถานการณ์ตัวอย่าง โขคดีที่เป็น "โรคซึมเศร้า" กระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันคิด วิเคราะห์ เกี่ยวกับสถานการณ์ดังกล่าว พร้อมร่วมกันอภิปราย ต่อจากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่ได้จาก กิจกรรมนี้ โดยแต่ละคำถามจะอยู่ในใบงาน และเป็นการใช้เทคนิคการตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดและได้ยินความคิดของตนเอง หลังจากสมาชิกได้ทำการ วิเคราะห์แล้ว ผู้วิจัยจะใช้เทคนิคการสะท้อน (Reflection) ในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมาหลังจากที่สมาชิก ตอบคำถามแล้วเพื่อสะท้อนความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกสำรวจและวิเคราะห์ตนเอง ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิตของตนเองเพื่อนำ มาเปลี่ยนความคิดแง่ลบที่มีต่อตนเองและผู้อื่น

ขั้นตอนที่ 3 สิ้นสุดการบำบัด (12 นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวชมเชย ยอมรับเหตุผลที่สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นเพื่อช่วยให้สมาชิกมี กำลังใจต่อการเปลี่ยนความคิดของตนเอง

2. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป โดยผู้วิจัยทำการนัดหมาย โดยแจ้ง วันเวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

จากการสังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดพบว่า ผู้ป่วยมีความลังเลใจที่ลดลงที่จะจัดการ กับความคิดบั่นทอนตนเอง ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนความคิดด้านลบต่อตนเองและผู้อื่น

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างพลังใจภายในที่เข้มแข็งเพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและการ สิ้นสุดสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 90 นาที คือ

กิจกรรมที่ 5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวถึงความรู้สึกที่ได้เปลี่ยนแปลงตนเอง การสร้างเป้าหมาย รวมถึงการค้นหาทางเลือกที่หลากหลายเพื่อเป็นแรงผลักดันไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. ผู้ป่วยสามารถสร้างพลังใจภายในที่เข้มแข็งอันนำไปสู่การเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกแนวทางการเลือกในการรักษาโรคซึมเศร้า
2. อธิบายหลักการขอความช่วยเหลือในการดูแลตนเองได้

สาระสำคัญ

การใช้กิจกรรมกลุ่มในการเสริมแรงเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงเป้าหมายของตนเอง การกำหนดพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของตนเอง (Explore options) รวมทั้งวางแผนในการดำเนินชีวิตของตนเอง ประกอบด้วย การดูแลตนเอง และการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของตนเอง โดยการได้รับข้อมูลสนับสนุนและส่งเสริมด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมและทางเลือกของครอบครัวร่วมกับทางวิชาชีพ อีกทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ต่อจากนั้นทำการสรุปผลและสิ้นสุดสัมพันธภาพ ประเมินผล ประเมินแรงจูงใจและภาวะซึมเศร้า กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองด้านการสร้างสมรรถนะ (Competence) ของผู้ป่วย ก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คุกคามต่อการมีชีวิต และลดความสับสนในการตัดสินใจ เพิ่มพฤติกรรมในการต้องการที่จะมีชีวิตอย่างมีความสุข (Britton et al., 2011)

กิจกรรมในการบำบัดครั้งที่ 5 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กล่าวนำ (8 นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม ด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อสร้างความคุ้นเคยให้กับสมาชิก และช่วยให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย เป็นการแสดงออกถึงการให้เกียรติผู้ป่วย (Empathy)
2. ผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ ภาระเบียบในการเข้ากลุ่มและทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปอีกครั้งเพื่อทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา รวมถึงเป็นการทบทวนภาระเบียบของการเข้ากลุ่มกิจกรรม เพื่อทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา รวมถึงเป็นการทบทวนภาระเบียบของการเข้ากลุ่มกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ทางเลือกในการรักษาของตนเอง (15 นาที)

1. กระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนได้พูดคุย ร่วมกันอภิปรายแนวทางในการดำเนินชีวิตและการดูแลตนเอง หลังเสร็จสิ้นการบำบัด ชมเชย ให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นในสมาชิก ผู้วิจัยแจกใบงานได้ทำกิจกรรม เพื่อให้สมาชิกสามารถแนวทางในการดำเนินชีวิตและการดูแลตนเอง หลังเสร็จสิ้นการบำบัดได้
2. ผู้วิจัยจะกล่าวสรุปเสมือนเป็นการเสริมแรง (Summarization) โดยใช้เทคนิคการสะท้อน (Reflection) ในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมาเพื่อสะท้อนความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย และกล่าวชื่นชม (Affirmation) สมาชิกทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการช่วยนำเสนอเพื่อให้เกิดความภูมิใจ มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเชื่อว่าจะเกิดตอบสนองความต้องการด้าน อิสระแห่งตน (Autonomy) ที่สมาชิกสามารถแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการจัดการของตนเอง ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีศักยภาพ (Competence) และการใช้กลุ่มกิจกรรมจะก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน (Relatedness)

3. ให้ข้อมูลสนับสนุนรวมถึงทางเลือกที่ส่งเสริมด้านการดูแลตนเอง ให้กับสมาชิกเพื่อเป็นอีกหนึ่งแนวทางในการดูแลตนเอง โดยกล่าวถึงการดูแลตนเองที่สมาชิกได้นำเสนอ โดยใช้เทคนิคกล่าวชื่นชม (Affirmation) และการสะท้อน (Reflection) ในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมาเพื่อสะท้อนความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย อีกทั้งกล่าวสรุปเสมือนเป็นการเสริมแรง (Summarization) เพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลเพิ่มเติมมาใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนเพื่อช่วยให้สมาชิกดูแลภาวะซึมเศร้าของตนเองได้

ขั้นตอนที่ 3 สิ้นสุดการบำบัด (15 นาที)

1. ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา (Treatment Motivation Questionnaire)

2. กล่าวสรุปกิจกรรม และสิ้นสุดการบำบัด กล่าวขอบคุณเพื่อสิ้นสุดสัมพันธภาพและแจ้งกำหนดการสิ้นสุดระยะเวลาการบำบัด

การประเมินผล

จากการสังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดพบว่า ผู้ป่วยสามารถเสนอแนวทางเลือกในการดูแลตนเองหลังจากสิ้นสุดการบำบัดได้

การตรวจสอบคุณภาพของการบำบัด

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำการบำบัดที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย

1. แนวทางการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. คู่มือโรคซึมเศร้านำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของการบำบัด โดยการหาความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับการใช้ภาษาโดยถือความเห็นตรงของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหา กิจกรรม และความถูกต้องเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อค้นหาปัญหา สำนวความลังเล และประเมินแรงจูงใจ

ให้เพิ่มข้อตกลงของการทำกลุ่มเพิ่มเติม โดยให้เพิ่มข้อตกลง กฎ กติกาของการทำกลุ่มให้มากกว่า 2 ข้อขึ้นไป โดยเน้นเรื่องการรักษาความลับ เป็นต้น

เพิ่มเติมรายละเอียดของการทำกลุ่มโดยการเน้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มกันก่อน

เปลี่ยนชื่อกิจกรรม โดยในการสำรวจควรใช้คำเดียวหรือเชิงบวก จาก "สำรวจความล้มเหลว และประเมินแรงจูงใจ" เปลี่ยนเป็น "สำรวจและประเมินแรงจูงใจ"

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างแรงจูงใจ เตรียมความพร้อมเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ควรมีการปรับปรุงรายละเอียดที่สำคัญในการค้นหาแรงจูงใจ และการมอบหมายการบ้านสั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความตั้งใจของตนเอง การสร้างแรงจูงใจด้วยการกล่าวข้อความจูงใจ

ใบกิจกรรมที่ 3 ควรเพิ่มความน่าสนใจของสื่อเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องการแสดงความคิดเห็น

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดด้านลบและด้านบวกที่มีต่อตนเองและสังคม

ควรมีการปรับปรุงขั้นตอนรายละเอียดของกิจกรรมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพิ่มเติมการอธิบายใน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงเหตุผลของการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง เพิ่มเติมโดยการมอบหมายการบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกการปรับความคิดในแต่ละวัน

กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความตั้งใจที่จะเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติแง่ลบที่มีต่อตนเองและผู้อื่น

ควรเพิ่มรายละเอียดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักกับ Negative Automatic Thought

กิจกรรมที่ 5 การสร้างพลังใจภายในที่เข้มแข็งเพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

เพิ่มเติมประเด็นของการเรียนรู้ในกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมดทั้งในส่วนของ การเสริมสร้างแรงจูงใจ การตั้งเป้าหมาย การปรับมุมมอง และการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือการบำบัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้แนวทางการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 3 คน จนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อดูความสอดคล้องและความเป็นไปได้ที่จะนำการบำบัดนี้มาใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ รวมถึงความเหมาะสมของเวลา และอุปสรรคอื่นๆที่พบเจอขณะทำการบำบัด หลังจากทำการทดลองการบำบัดทั้ง 5 กิจกรรมแล้ว พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจในเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของกิจกรรมได้ดี ผู้วิจัยอาจจะต้องมีการปรับรูปแบบการพูดและการยกตัวอย่างเพิ่มเติม เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ โดยใช้ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง 60-90 นาที ผู้วิจัยจะนำปัญหาที่พบจากการทดลองมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขและให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. **เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่** แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา (Treatment Motivation Questionnaire) ตามทฤษฎีการกำหนดตนเองของ Deci & Ryan (1991) พัฒนาเครื่องมือโดย Ryun, Plant, & O' Malley (1995) แปลเป็นภาษาไทยโดยสวัสดี เทียงธรรม และภัทรภรณ์ พุงปันคำ (2546) มี 26 ข้อ ได้แก่ แรงจูงใจภายนอกจำนวน 4 ข้อ (ประกอบด้วยข้อ 3, 6, 10, 12) แรงจูงใจภายในจำนวน 11 ข้อ (ประกอบด้วยข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 20, 23) การแสวงหาการช่วยเหลือจำนวน 6 ข้อ (ประกอบด้วยข้อ 17, 18, 19, 22, 25, 26) ความมั่นใจในแผนการรักษาจำนวน 5 ข้อ (ข้อคำถามคะแนนด้านลบ ประกอบด้วยข้อ 13, 14, 16, 21, 24) และผลรวมของแรงจูงใจในการรักษา การแปลผลคะแนนเป็นการหาค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน คะแนนในแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 7 ระดับ (Likert scale) ตามความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม ตั้งแต่ 1-7 คะแนนจากไม่เป็นจริงเลย จนถึงเป็นจริงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามความมั่นใจในแผนการรักษา เป็นข้อคำถามคะแนนด้านลบให้คะแนนวิธีตอบคำถามตรงข้ามกับคะแนนด้านบวก ผู้วิจัยทำการอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม แล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำการพิจารณาความคิดเห็นของตนเองว่าอยู่ในระดับใดพร้อมทั้งกรอกข้อมูลลงในแบบสอบถาม

การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยแบ่งระดับแรงจูงใจตามค่าเฉลี่ยผลรวมคะแนน ดังนี้

แรงจูงใจภายนอก	คะแนนเฉลี่ย 16 คะแนน
แรงจูงใจภายในจำนวน	คะแนนเฉลี่ย 44 คะแนน
การแสวงหาการช่วยเหลือ	คะแนนเฉลี่ย 24 คะแนน
ความมั่นใจในแผนการรักษา	คะแนนเฉลี่ย 20 คะแนน
แรงจูงใจในการรักษาโดยรวม	คะแนนเฉลี่ย 104 คะแนน

และแปลผลแบ่งค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการรักษา ออกเป็น 4 ระดับ (Likert scale) ดังนี้

26-64	คะแนน	หมายถึง	แรงจูงใจในระดับต่ำ
65-103	คะแนน	หมายถึง	แรงจูงใจในระดับปานกลาง
104-142	คะแนน	หมายถึง	แรงจูงใจในระดับดี
143-182	คะแนน	หมายถึง	แรงจูงใจระดับดีมาก

คะแนนรวมที่ได้จะต้องสูงกว่าหรือเท่ากับคะแนนเฉลี่ยในการรักษาโดยรวม จะถือว่าแรงจูงใจในการรักษาอยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่ถ้าคะแนนรวมต่ำกว่า ถือว่าแรงจูงใจในการรักษาอยู่ในระดับที่ต่ำ

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ผู้วิจัยกำหนดว่าหลังได้รับการบำบัดฯ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะต้องมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรักษาโดยรวมตั้งแต่ 104คะแนนขึ้นไป แสดงถึงคะแนนอยู่ในระดับดี ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด(วินิตา พันธุ์สุนทร,2556) หากพบว่าผู้รับการบำบัดรายใดมีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ต่ำกว่า 104 คะแนน) ผู้วิจัยจะดำเนินการวิเคราะห์สาเหตุและเสริมในส่วนที่ขาดจนกว่าจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

หลังเสร็จสิ้นการบำบัดฯ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินแรงจูงใจในการรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน มีคะแนนแรงจูงใจในการรักษาผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (มากกว่า 104 คะแนน) ซึ่งเชื่อว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินเพื่อใช้ในการวิจัยไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การลำดับเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยแบ่งค่าคะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นได้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งมีผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตร ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ3และ4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ข้อ 5 ปรับข้อความจาก "โดยส่วนตัวแล้วการแก้ปัญหาเป็นสิ่งสำคัญต่อฉัน" เป็น "การแก้ปัญหาเป็นสิ่งสำคัญต่อฉัน"

ข้อ 9 เพิ่มข้อความจาก "ฉันรู้สึกว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการช่วยเหลือตนเอง" เป็น "ฉันรู้สึกว่าการรักษาเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการช่วยเหลือตนเอง"

ข้อ 11 เพิ่มข้อความจาก "การเข้ารับการรักษาอย่างครบถ้วนหรือจบกระบวนการรักษาเป็นสิ่งที่ดีที่สุด" เป็น "ฉันคิดว่าการเข้ารับการรักษาอย่างครบถ้วนหรือจบกระบวนการรักษาเป็นสิ่งที่ดีที่สุด"

ข้อ 17 ปรับข้อความจาก "ฉันต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่อยู่ในกลุ่มบำบัด" เป็น "ฉันต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่มาเข้ารับการรักษา"

ข้อ 20 เพิ่มข้อความจาก "ฉันรับผิดชอบในการเลือกการรักษา" เป็น "ฉันรับผิดชอบในการเลือกการรักษาด้วยตนเอง"

จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ภายหลังจากปรับแก้ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า แบบประเมินแรงจูงใจในการรักษา (Treatment Motivation Questionnaire) มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .96

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินแรงจูงใจในการรักษา ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนอย่างน้อย 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ความเที่ยงและค่าเท่ากับ .80

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการรักษา (Treatment Motivation Questionnaire) ของกลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน (n=18)

คนที่	คะแนนแรงจูงใจในการรักษา	การแปลผล
1	171	ระดับดี
2	165	ระดับดี
3	160	ระดับดี
4	145	ระดับดี
5	151	ระดับดี
6	165	ระดับดี
7	166	ระดับดี
8	176	ระดับดี
9	172	ระดับดี
10	172	ระดับดี
11	172	ระดับดี
12	172	ระดับดี
13	172	ระดับดี
14	170	ระดับดี
15	172	ระดับดี
16	171	ระดับดี
17	165	ระดับดี
18	170	ระดับดี

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนแรงจูงใจในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 176 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 145 คะแนน ซึ่งจะเห็นว่าคะแนนแรงจูงใจในการรักษาอยู่ในระดับดีมาก และผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (104 คะแนนขึ้นไป แสดงถึงคะแนนอยู่ในระดับดี)

3.เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามสำหรับกรอกข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นต้น

3.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depressive inventory-II) ฉบับภาษาไทยแปลและเรียบเรียงโดย มุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2536) ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต และ 6 ข้อหลังเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกายระดับคะแนนสูงที่สุดคือ 63 คะแนน คะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนนการแปลผลแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ (Likert scale) ดังนี้

0-9 คะแนน	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (Normal range)
10-15 คะแนน	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression)
16-19 คะแนน	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild-moderate depression)
20-29 คะแนน	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (Moderate-severe depression)
30-63 คะแนน	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อใช้ในการวิจัยไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การลำดับเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยแบ่งค่าคะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นได้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งมีผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตร ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ3และ4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับแก้ตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ในส่วนข้อมูลส่วนบุคคลให้เพิ่มข้อความ "เคยเข้ารับการรักษาด้วยการนอนพัก(Admit)ที่โรงพยาบาลมาก่อนด้วยโรคซึมเศร้า"

ในส่วนข้อมูลส่วนบุคคลในช่วงรายได้เฉลี่ยและระยะเวลาการเจ็บป่วย ให้แบ่งเป็นช่วงๆ

จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ภายหลังการปรับแก้ข้อความตามข้อเสนอแนะของคุณผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 แต่เนื่องจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depressive inventory-II) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือมาตรฐานใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาอีก

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depressive inventory-II) ฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนอย่างน้อย 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ความเที่ยงและค่าเท่ากับ .90

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการวิจัย ขั้นดำเนินการวิจัย และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการ ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความรู้ แนวคิดและเทคนิคการบำบัดเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจและการสร้างกระบวนการคิดใหม่ โดยศึกษาจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้นักศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง ลงทะเบียนเรียนวิชาการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจำนวน 3 หน่วยกิต และเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องเทคนิคพื้นฐานในการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม วันที่ 18-20 สิงหาคม พ.ศ. 2557 และเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาและบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 25-27 สิงหาคม พ.ศ. 2557

1.2 ผู้วิจัยสร้างการบำบัดแบบผสมผสานโดยใช้ทฤษฎีการกำหนดตนเองร่วมกับการเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับกระบวนการคิดใหม่ จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการใช้โปรแกรมการบำบัดแบบผสมผสาน

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี

1.4 ผู้วิจัยเตรียมแผนการทดลอง ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม

1.6 เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัดและเก็บข้อมูล ประสานงานเกี่ยวกับการเข้าไปดำเนินการทดลองในแผนกผู้ป่วยนอกกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้ารับการรักษาและติดตามผลอยู่

1.7 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าแผนก ขออนุญาตดูแลเพิ่มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 36 คน แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย

1.8 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre-test)

1.9 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และให้ลงชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

1.10 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Match pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ อายุ (Sadock & Sadock, 2003) และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ กำหนดการ นัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรม และให้ลงชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

1.10.1 กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับกิจกรรมทางการแพทย์ตามปกติที่จะได้รับขณะเข้ารับการรักษา ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิตและการได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า การรับยาไปรับประทาน และการติดตามอาการเยี่ยมบ้าน

2. ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปอีก 7 สัปดาห์ เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory)

1.10.2 กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานด้วยการกำหนดตนเอง โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ติดต่อกัน

2. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินการบำบัดแบบผสมผสานด้วยการกำหนดตนเอง พร้อมทั้งมอบเอกสารในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	อายุ	คะแนนภาวะซึมเศร้า	แปลผล	อายุ	คะแนนภาวะซึมเศร้า	แปลผล
1	47	29	มาก	47	26	มาก
2	49	23	มาก	48	24	มาก
3	30	16	ปานกลาง	28	17	ปานกลาง
4	51	27	มาก	50	27	มาก
5	51	29	มาก	53	27	มาก
6	51	16	ปานกลาง	51	17	ปานกลาง
7	41	16	ปานกลาง	40	16	ปานกลาง
8	59	20	มาก	57	20	มาก
9	39	19	ปานกลาง	39	18	ปานกลาง
10	59	19	ปานกลาง	59	17	ปานกลาง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	อายุ	คะแนนภาวะ ซีมีเศร้า	แปลผล	อายุ	คะแนนภาวะ ซีมีเศร้า	แปลผล
11	30	18	ปานกลาง	28	18	ปานกลาง
12	40	29	มาก	43	27	มาก
13	57	28	มาก	55	25	มาก
14	57	16	ปานกลาง	56	16	ปานกลาง
15	40	16	ปานกลาง	41	17	ปานกลาง
16	29	19	ปานกลาง	30	19	ปานกลาง
17	32	20	มาก	32	21	มาก
18	35	22	มาก	32	24	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคซีมีเศร้าในกลุ่มทดลองอายุระหว่าง 20-30 ปี จำนวน 3 คน อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 5 คน อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 3 คน และอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 7 คน ส่วนผู้ป่วยโรคซีมีเศร้าในกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 3 คน อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 4 คน อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 5 คน และอายุระหว่าง 51-59 ปี จำนวน 6 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีคะแนนภาวะซีมีเศร้าที่ไม่แตกต่างกันมาก กล่าวคือ คะแนนภาวะซีมีเศราระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) จำนวน 9 คน และมีคะแนนภาวะซีมีเศราระดับมาก (20-29 คะแนน) จำนวน 9 คน

2. ขั้นตอนการวิจัย

ในขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน และกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกลับกลุ่มควบคุมดังนี้

1. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับ ได้แก่ การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง และการเยี่ยมบ้าน

2. ผู้วิจัยทำการนัดกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซีมีเศร้า (Post-test)

2.2 ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะดำเนินการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานตามแบบแผน วัน และเวลาที่กำหนดจนเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานโดยใช้ทฤษฎีการกำหนดตนเองร่วมกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับกระบวนการความคิด บำบัดเป็นรายกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 5 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์

2. เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 5 ผู้บำบัดขอความร่วมมือกลุ่มทดลองให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา (Treatment Motivation Questionnaire) พัฒนาเครื่องมือโดย Ryun, Plant, & O' Malley (1995) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสวัสดิ์ เทียงธรรมและภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ (2546) ซึ่งเป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง

3. หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดทั้ง 5 ครั้ง ผ่านไป 2 สัปดาห์ จึงขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test)

ตัวอย่างการดำเนินกิจกรรมการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในชีวิต ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที คือ

กิจกรรมที่ 1 "การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อค้นหาปัญหา สำนวความลังเล และประเมินแรงจูงใจ"

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยให้กับสมาชิก และแสดงออกถึงการให้เกียรติผู้ป่วย (Empathy) และให้สมาชิกภายในกลุ่มได้ทำความรู้จักกัน

2. เพื่อก่อให้เกิดการรู้จักวิธีการสร้างสัมพันธภาพ เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัย (Relatedness) อีกทั้งก่อให้เกิดความมีอิสระในตนเองต่อการแสดงความคิดเห็น และการพูด (Autonomy)

3. เพื่อค้นหาปัญหาของการรักษาที่สมาชิกกลุ่มประสบอยู่ รวมถึงความคาดหวังเหตุผล และแรงจูงใจของสมาชิกทุกคนในกลุ่มที่มีต่อการรักษา เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ประเมินแรงจูงใจในการรักษาตนเอง

เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้วิจัยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยเมื่อมีการอธิบายวัตถุประสงค์พูดคุยกันระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของการบำบัด จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการบำบัด ระยะเวลาในการบำบัด และยินยอมเข้ารับการบำบัดด้วยความเต็มใจ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ฉันอยากหาย ฉันจะเข้าร่วมกลุ่ม"

"ฉันเห็นเพื่อนๆหลายคนก็เป็นเหมือนฉัน ฉันไม่ได้เป็นโรคนี้นคนเดียว ฉันอยากดีขึ้น"

"ฉันจะลองเข้าร่วมกลุ่มดู ฉันอยากใช้ชีวิตแบบคนปกติบ้าง"

2. ผู้วิจัยทำกลุ่มกิจกรรม "เรียนรู้อยู่กับโรคซึมเศร้า" เพื่อสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการ อาการแสดง รวมถึงการรักษาที่ผู้ป่วยเข้าใจ ประเมินความรู้ความเข้าใจของโรคซึมเศร้าก่อนเข้ารับการรักษา อีกทั้งเป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งสมาชิกสามารถตอบคำถาม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"โรคซึมเศร้าเกิดจากเหตุการณ์เครียดของเรา"

"ถ้าเราเป็นโรคซึมเศร้า เราจะมีแต่ความเศร้า ร้องไห้ออกมาเอง คิดลบ"

"วิธีการรักษาโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่คือการกินยาให้สม่ำเสมอ อย่าหยุดยาเอง"

3. ทำการค้นหาปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า สำหรับปัญหาที่นำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าของสมาชิกกลุ่ม พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาจากการสูญเสียคนรักเช่นสามี และลูก ปัญหาเรื่องการเงิน หนี้สิน ปัญหาการคับข้องใจจากสังคมในครอบครัว ความเครียด ความกดดันจากสังคม สมาชิกส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งสมาชิกได้แสดงถึงความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการรักษา ผู้ป่วยได้ตอบคำถาม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ฉันรู้ว่าที่ฉันเป็นโรคนี้นี้เพราะเห็นลูกเป็นหนี้และช่วยเขาไม่ได้ ตัวเองยังเอาไม่รอด ฉันเสียใจ"

"ฉันไม่มีโอกาสได้เรียนหนังสือทั้งที่สอบติด เพราะฐานะที่บ้านยากจนและเป็นลูกสาว คนที่มีสิทธิ์จะเรียนได้คือลูกชายเท่านั้น ฉันเสียใจมาก รู้ตัวว่าเก็บกด"

"หลังจากสามีเสีย ก็ต้องใช้ชีวิตคนเดียว ไม่เหลือใคร ลูกก็ไม่สนใจ ฉันไม่เหลืออะไรแล้ว บางทีนั่งอยู่ก็ร้องไห้ออกมาเอง"

"ตอนนั้นไปเป็นพลทหาร กลับมาเจอเมียนอกใจ เมียทิ้ง เสียใจ เสเพล ถามตัวเองว่า อยู่ไปทำไม บางวันก็เก็บตัว อยากอยู่คนเดียว"

4. ทำการประเมินจิตใจที่มีต่อการรักษา โดยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้คะแนนความตั้งใจที่จะเข้ารับการรักษาด้วยแบบประเมินรูปหน้าคนที่ผู้วิจัยทำเอง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้คะแนนความตั้งใจของตนเองที่ระดับ 8-10 คะแนน จัดเป็นระดับคะแนนแรงจูงใจระดับสูง 80-100% (ระยะAction-Maintenance) เมื่อสอบถามเหตุผลของการเลือกคะแนน ผู้ป่วยได้ตอบคำถาม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ที่ให้คะแนนตัวเอง 8 เพราะว่าคิดว่าตัวเองมีความตั้งใจ แต่เพื่อไว้ยังไม่เต็ม 10"

"ที่ให้คะแนนตัวเอง 10 เพราะว่าฉันตั้งใจมาก ฉันอยากดีขึ้น ฉันต้องปกติ"

"ฉันได้มาเจอเพื่อนๆ เห็นเพื่อนๆ มีความตั้งใจ ฉันก็ตั้งใจได้เหมือนกัน ให้ 8 คะแนน"

จากการสังเกต พูดคุย พบว่าในการบำบัดครั้งนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายราย ทราบถึงปัญหา และสาเหตุที่ส่งผลให้ตนเองเป็นโรคซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นเรื่องภาระทางการเงิน รายได้ที่ไม่เพียงพอ การสูญเสียคนรัก บุคคลสำคัญของครอบครัว และปัญหาด้านสัมพันธภาพ การไม่เข้าใจ การโดน บังคับ บทบาททางสังคม เป็นต้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ เมื่อเข้ารับการบำบัดกิจกรรมที่ 1 เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการบำบัดมีความตั้งใจและแรงจูงใจที่ดีเพื่อจะเริ่มต้นในการรักษา

กิจกรรมที่ 2 "การเสริมแรงจูงใจ เตรียมความพร้อมเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดียิ่งขึ้น"

1. เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อตนเองในการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
2. เตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงตนเองได้ อันประกอบไปด้วย ความสามารถในการรู้เท่าทันโรคซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนความคิด การมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการมาพบแพทย์ตามนัด รวมไปถึงการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง

เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า

1. เมื่อทำกลุ่มกิจกรรม "การสร้างแรงจูงใจ" เพื่อค้นหาแรงผลักดัน เป้าหมาย และแรงจูงใจภายในที่จะทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงตนเองได้ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถค้นหาเหตุผลหรือหาแรงจูงใจเพื่อนำมาเป็นแรงผลักดันที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงเพื่อตนเอง หรือเปลี่ยนแปลงเพื่อผู้อื่น ผู้ป่วยได้ตอบคำถาม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"เคยร้องไห้ เคยอยากตาย แต่หันไปเห็นลูกที่มองหน้า จึงยังต้องมีชีวิตอยู่"

"เราเป็นเสาหลักของบ้าน ถ้าเราล้มลง คนที่อยู่ข้างหลังจะเป็นยังไง เราเลยต้องสู้"

"อยากมีชีวิตที่เป็นปกติเหมือนเมื่อก่อน ก่อนที่จะป่วยด้วยโรคนี้ อยากให้ตัวเองปกติ"

2. เมื่อทำกลุ่มกิจกรรม "ความพร้อมของฉัน" โดยการให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำการสำรวจการวางแผนของตนเองเพื่อจะเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลตนเองให้ดีขึ้น รวมถึงความคาดหวังผลของการเปลี่ยนแปลงตนเองที่ดีขึ้น ผู้ป่วยแต่ละคนได้อธิบายวิธีการดูแลตนเองอย่างอิสระ ผู้ป่วยได้ตอบคำถาม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ก่อนหน้านี้ฉันกินยาบ้างทิ้งบ้าง ไม่สนใจ ต่อจากนี้ฉันจะพยายามกินยาให้ได้ทุกวัน ถ้าฉันทำได้นะ ฉันคงจะมีอารมณ์ที่ดีกว่านี้"

"เมื่อก่อนนอนไม่หลับต้องกินยาตลอด จะลองไม่เครียดและหลับเองดู น่าจะดีกว่านะ ไม่อยากกินยานอนหลับนานไป กลัวติดยา"

"จะพยายามไม่คิดมาก ไม่คิดลบ หรือกังวลกับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น จะได้ไม่เครียดมาก อารมณ์ดีแล้วลูกหลานก็อยากเข้าใกล้"

3. เมื่อกกล่าวสรุปกิจกรรม และชื่นชมผู้ป่วยแล้ว เมื่อให้ผู้ป่วยพูดข้อความใจของตนเอง (SMS) เพื่อเป็นการกล่าวขำและเรียกความตั้งใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้ตอบคำถาม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ฉันสามารถเปลี่ยนตัวเองได้"

"ฉันต้องกินยาทุกวันให้ได้"

"ฉันเชื่อว่าจะต้องหาย"

"ฉันจะไม่คิดมากแบบเดิม"

จากการสังเกต พบคุยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีครอบครัวเป็นเป้าหมาย และเป็นแรงผลักดันในการดูแลตนเองรวมถึงการมีชีวิตต่อไป ไม่ว่าจะเป็น บิดามารดา ลูก สามีภรรยา แต่ในบางรายเป้าหมายก็คือตนเอง บุคคลเมื่อมีเป้าหมาย มีพลังใจ ก็จะสามารถวางแผนวิธีการดูแลตนเองต่างๆ ใส่ใจตนเองมากขึ้น ใส่ใจบุคคลรอบข้าง ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ส่งผลต่อการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นว่าการทำกลุ่มทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองได้หลากหลายวิธีจากสมาชิกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นการจัดกรกับการกับความคิดตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา และการใช้ข้อความใจตนเองในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจยิ่งขึ้นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกระบวนการคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ เป็นการค้นหาความคิดที่บิดเบือนของตนเอง ให้มองสถานการณ์ที่เป็นจริง และทำการปรับความคิดไปในทางบวก ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที คือ

กิจกรรมที่ 3 "การค้นหาความคิดด้านลบและด้านบวกที่มีต่อตนเองและสังคม"

1. ค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้
2. ปรับเปลี่ยนความคิดขึ้นมาใหม่ต่อตนเองและสังคมได้

เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า

1. ผู้วิจัยทำกิจกรรมกลุ่ม "วงกลมเล็กๆ" โดยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำการวิเคราะห์ภาพที่เห็นและกล่าวแสดงความรู้สึกกับภาพดังกล่าว ซึ่งกิจกรรมนี้หมายถึงการเลือกมองสถานการณ์ของแต่ละบุคคล จากสถานการณ์ที่ในครั้งแรกสมาชิกทุกคนเลือกที่จะมองแต่จุดสีดำบนแผ่นกระดาษแทนพื้นที่สีขาว ซึ่งหมายถึง การเลือกมองสถานการณ์ชีวิตในแง่ลบ และผู้ป่วยได้ให้ความหมายต่างๆ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"เมื่อก่อนเคยมองเรื่องของตัวเองเจอเหมือนวงกลมสีดำแบบนี้ แต่รู้สึกว่ามันใหญ่มาก"

"ทำไมตอนนั้นผมถึงไม่มองสีขาวตรงอื่นนะ จมอยู่กับจุดดำ ทุกข์กับมันอยู่ตั้งนาน"

2. จากการสังเกต พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรม "วงกลมเล็กๆ" ซึ่งเป็น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดวิเคราะห์ถึงการเลือกที่จะเปลี่ยนมุมมอง จากจุดดำในแผ่นกระดาษเป็นการ มองแผ่นกระดาษทั้งหมด และขนาดของจุดดำ ซึ่งหมายถึง การเลือกมองสถานการณ์ทั้งหมดไม่ใช่มอง แต่เพียงสถานการณ์ชีวิตในแง่ลบเท่านั้น และผู้ป่วยได้ให้ความหมายต่างๆ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"จริงนะ ถ้าเราเลือกมองแค่เรื่องที่เราทุกข์ ก็เหมือนเรามองแต่จุดดำเล็กๆจุดเดียว"

"ต่อจากนี้ผมจะมองทุกอย่างใหม่ มองความจริง จะไม่มองแต่อดีตที่มันทำให้ผม เสียใจ จะได้เริ่มต้นชีวิตใหม่สักที"

3. เมื่อถึงกิจกรรม "ความคิด(ในใจ)" โดยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้เล่าความคิดที่บั่นทอนตนเอง ที่ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้า เพื่อค้นหาความคิดด้านลบที่อยู่ในใจ รวมถึงวิธีการแก้ปัญหาที่ตนเองรับรู้ และได้กระทำ ผู้ป่วยได้ตอบคำถาม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"เคยเสียใจเรื่องเมียที่ทิ้งผมไป ผมแก้ปัญหาโดยไม่นึกถึงมัน และทำงานให้มากขึ้น"

"นึกถึงหนี้ของลูกสาวที่โรมันน้ำตาไหลสงสาร ตอนนั้นก็เลยทำงานให้มากเพื่อจะช่วยเหลือลูกพลหนี้ และพยายามดูแลตนเองไม่ให้เป็นภาระ"

"นึกถึงอดีตที่ไม่ได้เรียนหนังสือเหมือนคนอื่นแล้วโกรธพ่อ แต่พอมาวันนี้ก็พยายามทำงานให้เก่ง ดูแลตัวเองให้ได้แม้ไม่ได้เรียนหนังสือ เพื่อให้พ่อภูมิใจ"

จากการสังเกตและการนำเสนอของสมาชิกพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับรู้ถึงความคิดที่บั่น ทอนตนเอง ไม่ว่าจะมาบทยาทหน้าที ความเก๋กอด ครอบครัว รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจ จะเห็นได้ ว่าผู้ป่วยแต่ละคนจะมีวิธีการจัดการปัญหาต่างๆที่แตกต่างกัน บางคนทำงานให้หนักขึ้น บางคนใช้วิธี หลีกหนีปัญหา บางคนใช้วิธีเปลี่ยนตนเอง เป็นต้น

กิจกรรมที่ 4 "การค้นหาความตั้งใจที่จะเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติแง่ลบที่มีต่อตนเองและ ผู้อื่น"

1. เพื่อลดความลังเลของความคิดที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มของสมาชิก

2. เพื่อก่อให้เกิดแรงจูงใจของสมาชิกในกลุ่มในการเปลี่ยนความคิดแง่ลบที่มีต่อตนเองและ

ผู้อื่น

เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า

1. ผู้วิจัยทำการยกสถานการณ์ตัวอย่าง "โชคดีที่เป็นโรคซึมเศร้า" ซึ่งเป็นสถานการณ์จริงที่ ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงสถานการณ์ให้สอดคล้องกับบาบาทและสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่ม ตัวอย่าง และให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายสถานการณ์ ผู้ป่วยได้ให้ความหมายต่างๆ ดังตัวอย่าง คำพูดต่อไปนี้

" ปัญหาเขาหนักกว่าเรา เขายังผ่านไปได้ ยังคิดบวกได้เลย"

" เราจะต้องสู้เหมือนผู้หญิงคนนั้น"

" เรื่องราวของเขาให้กำลังใจฉันมาก ฉันอยากเป็นเหมือนเขา"

" ทำไมเราไม่ได้ลองคิดแบบเขาตอนนี้นะ"

" จะลองเอาวิธีการคิดแบบเขาไปลองปฏิบัติดูบ้างครับ"

2. ผู้วิจัยทำกิจกรรม "ฉันก็ทำได้" โดยกระตุ้นให้สมาชิกสำรวจ วิเคราะห์ตนเอง ถึงความรู้สึกที่ไม่ดีต่อคนรอบข้าง ความรู้สึกในแง่ลบ และถ้าเปลี่ยนความคิดใหม่ ผลของการเปลี่ยนความคิดเหล่านั้นจะเป็นอย่างไร ผู้ป่วยได้ให้ความหมายต่างๆ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

ความรู้สึกด้านลบ: "เคยนะรู้สึกน้อยใจลูก น้อยใจต่อโรคที่เป็น ร้องไห้ และกรี๊ด แต่ลูกวิ่งเข้ามากอดและบอกรักแม่ ให้แม่สู้ อยู่ข้างแม่เสมอ" (ร้องไห้)

ความรู้สึกด้านบวก: "เลยเปลี่ยนความคิดใหม่ จะไม่ให้ความรู้สึกลบแบบครั้งนั้นมาทำลายความรู้สึกดีๆ ที่ลูกมีให้แม่อีก จะสู้เพื่อลูก"

ความรู้สึกด้านลบ: "เคยจะไปทำร้ายเมีย ที่ทิ้งเราไป เคยคิดจะฆ่าตัวตายด้วยซ้ำ ไม่อยากอยู่"

ความรู้สึกด้านบวก: "เมียทิ้งเพราะเราไปฝึกทหาร แปลว่าเขาไม่ได้รักเราจริง มีแต่ตัวเราเองที่ต้องรักตัวเอง ต่อให้ตายหรือไม่เขาก็ทิ้งเราไปแล้ว เพราะฉะนั้นจะมีชีวิตอยู่ เรายังต้องดูแลแม่และหลาน คนที่เขายังรักเราอยู่"

จากการสังเกตและการนำเสนอของสมาชิกพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่หลังจากได้ฟังสถานการณ์ตัวอย่าง ได้เกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์ มีแรงจูงใจ มีการเลือกที่จะปรับเปลี่ยนความคิดในแง่ลบ และมีวิธีที่จะจัดการกับความคิดที่มาจากบั้นทอนตนเอง มีกำลังใจที่จะจัดการความคิดตนเองหลังจากฟังสถานการณ์

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างพลังใจภายในที่เข้มแข็งเพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและการสิ้นสุดสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 90 นาที คือ

กิจกรรมที่ 5 "กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวถึงความรู้สึกที่ได้เปลี่ยนแปลงตนเอง การสร้างเป้าหมายรวมถึงการค้นหาทางเลือกที่หลากหลายเพื่อเป็นแรงผลักดันไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น"

1. ผู้ป่วยสามารถสร้างพลังใจภายในที่เข้มแข็งอันนำไปสู่การเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า

1. เมื่อดำเนินกิจกรรม "ทางเลือกของฉัน" เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้พูดคุยร่วมกับแสดงความคิดเห็น การวางแผนเปลี่ยนแปลงของตนเอง การจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่ตนเองได้ใช้ อีกทั้งคำพูดจูงใจตนเอง หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดไป 4 ครั้ง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้เล่าดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

สิ่งที่พบต่อวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่ตนเองได้ใช้

"เปลี่ยนวิธีคิดใหม่ ไม่นึกถึงอดีตเพราะยังง่วงมันก็ย้อนไปไม่ได้อยู่ที่ อยู่กับปัจจุบัน"

" กินยาสม่ำเสมอ อย่างนั้นยากี่ช่วยปรับสารในสมองได้ดี"

สิ่งที่พบถึงการเปลี่ยนแปลงตนเอง

ต่อตนเอง: "รู้สึกว่าคุณเองทำงานได้มากขึ้น"

"รู้สึกว่าคุณเองควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น ปล่องวางมากขึ้น ไม่คิดมาก"

"รู้สึกใส่ใจตนเองมากขึ้น ดูแลตนเองมากขึ้นกว่าเดิม"

ต่อเพื่อนในกลุ่ม: "เห็นเพื่อนคนข้างๆดูอารมณ์ดีขึ้น คุยกับเพื่อนเก่งมากขึ้น"

"เห็นเพื่อนแต่งหน้า สวยขึ้น วันแรกๆหน้าเขาดูมุกๆมาก แต่วันนี้เขายิ้มได้ เราก็มีความสุขไปด้วย"

สิ่งที่พบต่อคำพูดจูงใจตนเอง

" หลังจากเข้ากลุ่มแล้ว มีกำลังใจมาก ฉันทจะดูแลตัวเองให้ดีขึ้นจะได้กลับมาเป็นปกติ"

"ฉันจะต้องอยู่กับโรคนี้ให้ได้ จะไม่เป็นภาระใคร"

"แค่กินยา ปรับความคิด คิดบวก แค่นี้เอง ผมทำได้"

2. ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยกล่าวถึงแนวทางในการดูแลตนเอง เพื่อนำข้อมูลมาเป็นทางเลือกให้กับสมาชิกกลุ่ม และเป็นแนวทางในการปฏิบัติหลังจากเสร็จสิ้นกลุ่มบำบัด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้เล่า ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ก็จะกินยาสม่ำเสมอ ตั้งนาฬิกาเตือนตนเอง และใช้ให้หลานช่วยเตือน"

" เริ่มออกกำลังกายมากขึ้น หลังจากออกกำลังกายรู้สึกอารมณ์ดีขึ้น"

" ใช้ธรรมะเข้าช่วย เวลาเครียดก็จะเอาหนังสือธรรมะมาอ่าน"

"พยายามคิดบวก เห็นเพื่อนๆที่เป็นหนักกว่าเราเขายังสู้ เราต้องอยู่กับโรคนี้ให้ได้"

" จะตั้งเวลาในการกินยา ปลุกนาฬิกา และให้หลานช่วยเตือน จะได้กินยาตรงเวลา และไม่ลืมที่จะกินยาด้วย"

" ถ้ารู้ว่าตัวเองเครียดมาก ไม่ไหวแล้ว จะบอกญาติ บอกลูกหลานว่าให้รีบพามาหาหมอ จะได้ไม่กลับไปซึมเศร้าอีก"

"จะพยายามเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ คิดบวก จะไม่คิดลบ หรืออยู่คนเดียว"

จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่กล้าแสดงความคิดเห็นให้สมาชิกคนอื่นได้รับรู้ถึงวิธีการดูแลตนเอง และสมาชิกทุกคนต่างมีความหวังที่จะอยู่กับโรคซึมเศร้า มีแนวทางการดูแลตนเองที่หลากหลาย กระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองมากขึ้น

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือสมาชิกกลุ่มทำแบบประเมินแรงจูงใจในการรักษาหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการรักษาแต่ละด้าน (Treatment Motivation Questionnaire) ของกลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน (n=18)

แรงจูงใจในการรักษา	Mean	S.D.	Min	Max
แรงจูงใจภายนอก 4 ข้อ	14.61	2.15	10	16
แรงจูงใจภายใน 11 ข้อ	72.33	4.01	60	77
การแสวงหาการช่วยเหลือ 6 ข้อ	40.28	2.70	32	42
ความมั่นใจในแผนการรักษา 5 ข้อ	33.83	2.66	24	35
แรงจูงใจในการรักษาโดยรวม 26 ข้อ	167.06	7.98	145	176

จากการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการรักษาโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เท่ากับ 167.07 คะแนน เมื่อแบ่งตามเกณฑ์พบว่ามีความจูงใจอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (104 คะแนน)

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

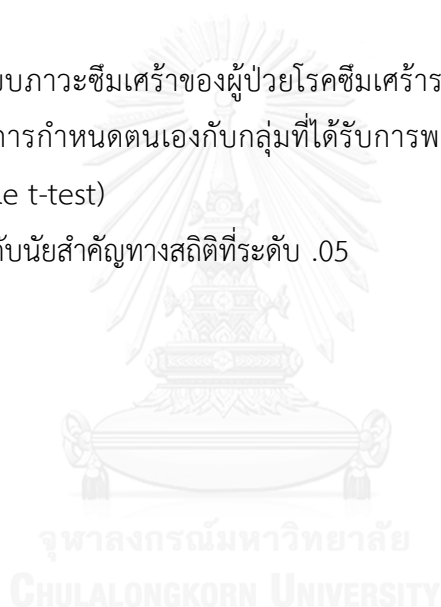
3.1 ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยประเมิน Post-test โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depressive inventory-II) หลังสิ้นสุดการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานไปแล้ว 2 สัปดาห์ (ครบ 7 สัปดาห์) และทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

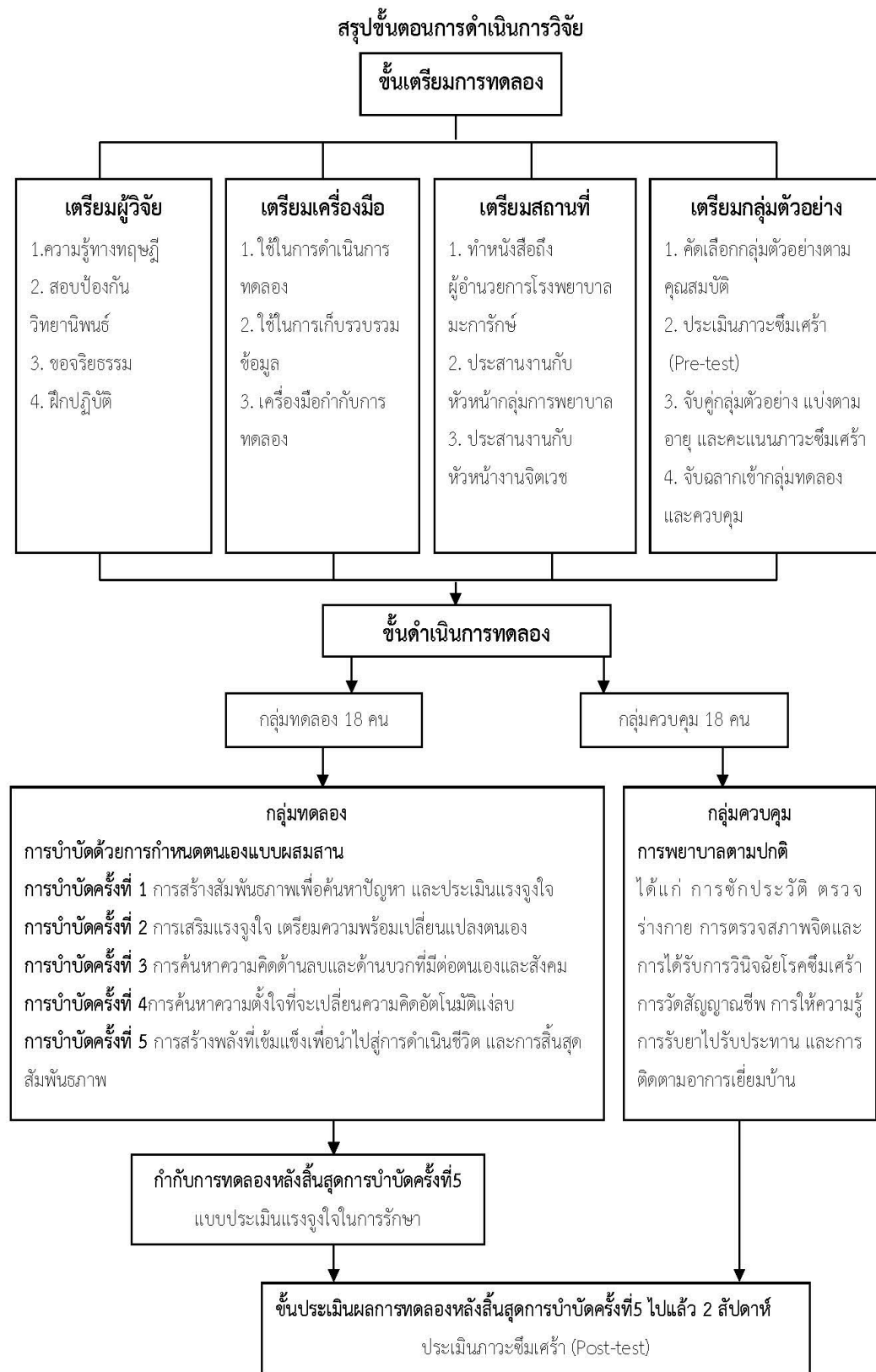
3.2 ในกลุ่มควบคุม เมื่อครบกำหนด 7 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการประเมิน Post-test โดยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depressive inventory-II) และทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วน รวมทั้งมีความน่าเชื่อถือ แล้วจึงนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติมาวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที (Independence t-test) โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired Sample t-test)
3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบผสมผสานโดยใช้ทฤษฎีการกำหนดตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independence Sample t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05





ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานกับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของระบบการจำแนกโรคองค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 36 คน ผู้วิจัยได้ทำการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มเป้าหมายด้วยปัจจัยอายุ และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้นทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน โดยมีการวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 คะแนนภาวะซึมเศร้า และการแปลผลคะแนนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการบำบัดแบบผสมผสาน

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบผสมผสานกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		รวม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	3	16.7	3	16.7	6	16.7
หญิง	15	83.3	15	83.3	30	83.3
อายุ (ปี)						
20- 30	3	16.7	3	16.7	6	16.7
31-40	5	27.8	4	22.2	9	25
41-50	3	16.7	5	27.8	8	22.2
51-59	7	38.9	6	33.3	13	36.1
$\bar{X} \pm SD$	44.28±10.50		43.83±10.56		44.06±10.38	
สถานภาพสมรส						
โสด	6	33.3	6	33.3	12	33.3
คู่	7	38.9	9	50	16	44.4
หย่า	2	11.1	1	5.6	3	8.3
หม้าย	3	16.7	2	11.1	5	13.9
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	4	22.2	3	16.7	7	19.4
ประถมศึกษา	8	44.4	10	55.6	18	50
มัธยมศึกษา	4	22.2	4	22.2	8	22.2
ปริญญาตรี	2	11.1	1	5.6	3	8.3

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 เพศหญิง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.1 ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 38.9 ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 33.3 ทั้งสองกลุ่มสถานภาพสมรสคู่ แต่กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 38.9 และในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 50 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 44.4 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 55.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้า

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		รวม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	22.2	2	11.1	6	16.7
ค้าขาย	5	27.8	4	22.2	9	25
รับจ้าง	5	27.8	8	44.4	13	36.1
เกษตรกรรม	3	16.7	4	22.2	7	19.4
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5.6	0	0	1	2.8
รายได้ของครอบครัว (บาท)						
< 5,000	12	66.7	14	77.8	26	72.2
5,001-10,000	3	16.7	3	16.7	6	16.7
> 10,000	3	16.7	1	5.6	4	11.1
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	1	5.6	2	11.1	3	8.3
ไม่เพียงพอ	17	94.4	16	88.9	33	91.7
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี)						
< 5	11	61.1	14	77.8	25	69.4
6-10	4	22.2	4	22.2	8	22.2
>10	3	16.7	0	0	3	8.3
$\bar{X} \pm SD$	7.00±9.63		3.61±2.03		5.31±7.07	
เคยเข้าพักรักษาโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาล						
เคย	3	16.7	1	5.6	4	11.1
ไม่เคย	15	83.3	17	94.4	32	88.9

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้างเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 27.8 แต่ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 44.4 รายได้ของครอบครัวทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 66.7 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 77.8 รายได้ของทั้งสองกลุ่มส่วนมากไม่เพียงพอ ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 94.4 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 88.9 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5 ปี ในกลุ่มทดลองคิดเป็น ร้อยละ 61.1 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 77.8 และส่วนใหญ่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้ามคิดในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 83.3 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 94.4 ตามลำดับ

ตอนที่2 คะแนนภาวะซีมเศร้า และการแปลผลคะแนนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 คะแนนภาวะซีมเศร้า และการแปลผลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

คนที่	ภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคซีมเศร้าของกลุ่มทดลอง			
	ก่อนได้รับการทดลอง		หลังได้รับการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	29	มาก	15	น้อย
2	23	มาก	12	น้อย
3	16	ปานกลาง	6	ปกติ
4	27	มาก	5	ปกติ
5	29	มาก	4	ปกติ
6	16	ปานกลาง	1	ปกติ
7	16	ปานกลาง	12	น้อย
8	20	มาก	6	ปกติ
9	19	ปานกลาง	5	ปกติ
10	19	ปานกลาง	3	ปกติ
11	18	ปานกลาง	6	ปกติ
12	29	มาก	14	น้อย
13	28	มาก	13	น้อย
14	16	ปานกลาง	3	ปกติ
15	16	ปานกลาง	9	ปกติ
16	19	ปานกลาง	7	ปกติ
17	20	มาก	8	ปกติ
18	22	มาก	12	น้อย

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยโรคซีมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบำบัดมีคะแนนภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) จำนวน 9 คน และระดับมาก (20-29 คะแนน) จำนวน 9 คน แต่ภายหลังจากการบำบัด พบว่า ผู้ป่วยโรคซีมเศร้าในกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซีมเศร้าที่ลดลง คือ มีคะแนนภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับน้อย (10-15 คะแนน) จำนวน 6 คน และระดับปกติ (0-9 คะแนน) จำนวน 12 คน

ตารางที่ 10 คะแนนภาวะซีมเศร้า และการแปลผลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

คนที่	ภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคซีมเศร้าของกลุ่มควบคุม			
	ก่อนได้รับการทดลอง		หลังได้รับการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	26	มาก	31	รุนแรง
2	24	มาก	22	มาก
3	17	ปานกลาง	19	ปานกลาง
4	27	มาก	27	มาก
5	27	มาก	33	รุนแรง
6	17	ปานกลาง	21	มาก
7	16	ปานกลาง	17	ปานกลาง
8	20	มาก	22	มาก
9	18	ปานกลาง	19	ปานกลาง
10	17	ปานกลาง	23	มาก
11	18	ปานกลาง	20	มาก
12	27	มาก	32	รุนแรง
13	25	มาก	29	มาก
14	16	ปานกลาง	21	มาก
15	17	ปานกลาง	17	ปานกลาง
16	19	ปานกลาง	19	ปานกลาง
17	21	มาก	20	มาก
18	24	มาก	26	มาก

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้ป่วยโรคซีมเศร้าในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการบำบัดมีคะแนนภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) จำนวน 9 คน และระดับมาก (20-29 คะแนน) จำนวน 9 คน แต่ภายหลังจากการบำบัด พบว่า ผู้ป่วยโรคซีมเศร้าในกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะซีมเศร้าที่คงเดิมและเพิ่มขึ้นคือ มีคะแนนภาวะซีมเศร้าระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) จำนวน 5 คน และคะแนนภาวะซีมเศร้าระดับมาก (20-29 คะแนน) จำนวน 10 คน และคะแนนภาวะซีมเศร้าระดับรุนแรง (30-63 คะแนน) จำนวน 3 คน

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคซีมเศร้า ก่อนและหลังการบำบัด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=36)

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

จากตารางที่ 11 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซีมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานก่อนการทดลองเท่ากับ 21.22 ซึ่งอยู่ในระดับมาก หลังการบำบัดเท่ากับ 7.22 ซึ่งอยู่ในระดับปกติ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติด้วย Dependent sample t-test พบว่าหลังการบำบัดค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซีมเศร้าน้อยกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซีมเศร้าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการบำบัดเท่ากับ 20.78 ซึ่งอยู่ในระดับมาก หลังการบำบัดเท่ากับ 23.22 ซึ่งอยู่ในระดับมากเท่าเดิม เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติด้วย Dependent sample t-test พบว่าหลังการบำบัดค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซีมเศร้ามากกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=36)

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

จากตารางที่ 12 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง เมื่อนำค่าที่ได้มาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent sample t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (t= -9.532)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบวัดสองกลุ่ม คือการวัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ตัวแปรต้นคือ การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน ตัวแปรตามคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดฯ
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของระบบการจำแนกโรคองค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของระบบการจำแนกโรคองค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ทั้งชายและหญิง จำนวน 36 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ มีการคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก (ค่าเฉลี่ย 16-29 คะแนน) โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (2522)
3. มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้
4. ไม่เคยได้รับการบำบัดทางจิตด้วยการใช้ทฤษฎีการกำหนดตนเอง การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการปรับกระบวนการความคิดมาก่อน
5. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการดำเนินการบำบัด เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หรือมีความคิดฆ่าตัวตายระหว่างเข้าร่วมการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณหาค่าขนาดของอิทธิพล (Effect Size) ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Glass (1976 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) โดยได้นำการศึกษาของ Baker et al.(2005) มาคำนวณความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแล้วนำมาหารด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม เพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าขนาดของอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .60 กำหนดให้มีอำนาจการทดสอบ (Power of test) 80% ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ระดับ .05 และนำค่าดังกล่าวมาเปิดตาราง Master Table Statistical Power Table แบบ One-Tailed Test (Burn & Grove) (2005 อ้างในรัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการอย่างน้อยกลุ่มละ 16 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัยป้องกันการคลาดเคลื่อนสูญหาย (Drop out) สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ และให้ข้อมูลมีการกระจายโค้งปกติ (Normality) จึงทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) แล้วจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 18 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานตามแนวคิดทฤษฎีการกำหนดตนเอง(Self Determination Theory) ตามแนวคิดของDeci & Ryan (2008) ร่วมกับเทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และการปรับกระบวนการความคิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยบูรณาการจากงานวิจัยของ Britton (2011) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งดำเนินการบำบัดเป็นรายกลุ่ม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง 5 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยการบำบัดแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 60-90 นาที มีขั้นตอนการบำบัด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในชีวิต ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อค้นหาปัญหา สสำรวจความลังเล และประเมินแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 การเสริมแรงจูงใจ เตรียมความพร้อมเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกระบวนการคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ ประกอบด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที คือ

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดด้านลบและด้านบวกที่มีต่อตนเองและสังคม

กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความตั้งใจที่จะเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติแง่ลบที่มีต่อตนเองและผู้อื่น

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างพลังใจภายในที่เข้มแข็งเพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและการสิ้นสุดสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 90 นาที คือ

กิจกรรมที่ 5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวถึงความรู้สึกที่ได้เปลี่ยนแปลงตนเอง การสร้างเป้าหมาย รวมถึงการค้นหาทางเลือกที่หลากหลายเพื่อเป็นแรงผลักดันไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

จากนั้นผู้วิจัยนำการบำบัดที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมด้วยการหาความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหา กิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง รวมทั้งได้ผ่านการทำไปทดลองใช้เพื่อทดสอบความเป็นปรนัยของเครื่องมือ

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา (Treatment Motivation Questionnaire) ตามแนวคิดทฤษฎีการกำหนดตนเองของ Deci & Ryan (1991) พัฒนาเครื่องมือโดย Ryun, Plant, & O' Malley (1995) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสวัสดิ์ เทียงธรรมและภัทรภรณ์ พุ่มปิ่นคำ (2546) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์เพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จึงนำไปให้

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องและเหมาะสมของภาษา และจึงนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .96 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ความเที่ยงเท่ากับ .80 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง .70 - .90

3. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นต้น

3.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depressive inventory-II) ฉบับภาษาไทยแปลและเรียบเรียงโดย มุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2536) ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต และ 6 ข้อหลังเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย แต่เนื่องจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depressive inventory-II) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือมาตรฐานใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาอีก ก่อนนำมาให้ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะทำการศึกษานี้จำนวน 30 คน เพื่อคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ความเที่ยงเท่ากับ .82 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง .70 - .90

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการวิจัย ขั้นดำเนินการวิจัย และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความรู้ แนวคิดและเทคนิคการบำบัดเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ และการสร้างกระบวนการคิดใหม่ โดยศึกษาจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง ลงทะเบียนเรียนวิชาการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจำนวน 3 หน่วยกิต และเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องเทคนิค

พื้นฐานในการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม วันที่ 18-20 สิงหาคม พ.ศ. 2557 และเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาและบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 25-27 สิงหาคม พ.ศ. 2557

1.2 ผู้วิจัยสร้างการบำบัดแบบผสมผสานโดยใช้ทฤษฎีการกำหนดตนเองร่วมกับการเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับกระบวนการความคิดใหม่ จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการใช้โปรแกรมการบำบัดแบบผสมผสาน

1.3 ผู้วิจัยเตรียมแผนการทดลอง ติดต่o ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 36 คน ที่ได้ทำการจับคู่ (Match pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ อายุและระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า จำนวน 18 คู่ หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แจกวัสดุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ กำหนดการ นัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรม และให้ลงชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัย

ในขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน และกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.1 ในกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1-5 ผู้ป่วยจะได้รับกิจกรรมทางการแพทย์ตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิตและการได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า การรับยาไปรับประทาน และการติดตามอาการเยี่ยมบ้าน

2.2 ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะดำเนินการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานตามแบบแผน วัน และเวลาที่กำหนดจนเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน ซึ่งใช้ระยะเวลาการดำเนินการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์

2.3 ผู้วิจัยประเมินแรงจูงใจในการรักษาในกลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นการบำบัดในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 7 จะประเมินคะแนนระดับภาวะซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่าง

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 กลุ่มทดลอง 2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depressive inventory-II) จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3.2 กลุ่มควบคุม เมื่อครบกำหนด 7 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depressive inventory-II) จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบผสมผสานโดยใช้ทฤษฎีการกำหนดตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independence t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=11.783$) และ ($t=4.225$) ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=9.532$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.9 และ 33.3 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 83.3 ส่วนเพศชายคิดเป็นเพียงร้อยละ 16.7 ด้านสถานภาพการสมรสพบว่าในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 38.9 และร้อยละ 50 ระดับการศึกษาของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาที่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.4 และร้อยละ 55.6 การประกอบอาชีพในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 27.8 แต่ในกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 44.4 รายได้ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ระบุว่าน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 72.2 และไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ส่วนระยะเวลาที่เจ็บป่วยพบว่าส่วนใหญ่น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.4 เคยรักษาโรคซึมเศร้าด้วยการนอนโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มคิดเป็น ร้อยละ 16.7 และ 5.6

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุเฉลี่ย 51-59 ปีซึ่งถืออยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งอายุเฉลี่ยของการเกิดโรคซึมเศร้าหลักอยู่อายุที่ประมาณ 40 ปีขึ้นไป (Sadock & Sadock, 2003) อีกทั้งจะสังเกตได้ว่าผู้ป่วยบางรายเป็นวัยทำงานอาจจะต้องมีบทบาทที่ดูแลสมาชิกครอบครัว แต่บางรายมีการสูญเสียหรือเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ซึ่งอาจจะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535)

นอกจากนี้จากการวิจัย ยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธรรณินทร์ กองสุข และคณะ (2551) ที่ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทย และพบว่าในเพศหญิงมีความชุกของโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชายใน

อัตราส่วน 1.6:1 และจากการศึกษาของธัญชนก พรหมภักดี และพิเชษฐ อุดมรัตน์ (2551) พบว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่นั่นเพศหญิงมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึง 6.5 เท่า

จากการวิจัยพบว่า ส่วนในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด รายได้ส่วนใหญ่ระบุบ่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย เนื่องจากอาชีพรับจ้างส่วนใหญ่ไม่ใช่งานประจำ รายได้จึงไม่สม่ำเสมอ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อความเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีการประจำหรือรายได้ที่สม่ำเสมอ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2553) และอาชีพรับจ้างของกลุ่มตัวอย่งนั้น ส่วนใหญ่เป็นอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งจะทำงานตามฤดูกาลไม่สามารถทำได้ตลอดทั้งปี ได้แก่ อาชีพการรับจ้างการเก็บเกี่ยวผลผลิตทางการเกษตรตามฤดูกาล เช่น การเก็บเกี่ยวข้าวโพด การเก็บเกี่ยวอ้อยเพื่อส่งโรงงาน เป็นต้น

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

สมมติฐานข้อที่ 1 ผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=11.783$) และ ($t=4.225$) ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดฯ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้

จากการที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมสูงกว่าก่อนการทดลองนั้น เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษา ส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะหายขาดจากภาวะซึมเศร้า สมัครงใจที่จะเข้าร่วมกลุ่มบำบัด แต่เนื่องจากยังขาดทักษะหรือแนวทางในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่ตนเองเป็น การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานเน้นการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้คำปรึกษามีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในตนเอง สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง อีกทั้งยังตัดสินใจกำหนดวิธีการดูแลตนเองได้ โดยให้ผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง ซึ่งจะสอดคล้องกับทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self Determination Theory) ของ Deci & Ryan (1985) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับแรงจูงใจของมนุษย์ ซึ่งอธิบายแนวทางและตัวช่วยในการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม โดยกล่าวถึงแรงจูงใจภายในที่เป็นพลังที่มีภายในตัวบุคคลตั้งแต่กำเนิดอันนำไปสู่กระบวนการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น เป็นการกระทำทางบวก ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยความต้องการทางจิตสังคม 3 ข้อ อันประกอบไปด้วย

ความต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Relatedness) หมายถึง ความต้องการที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกที่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และความต้องการมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ (Competence) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะบรรลุเป้าหมายได้ สุดท้ายความต้องการรู้สึกเป็นอิสระที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Autonomy) หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกเป็นอิสระในการที่จะกระทำตามสิ่งที่เลือก ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สิ้นหวัง มีอาการเบื่อหน่าย ขาดความสนใจในการดูแลตนเองได้รับรู้การมีคุณค่าของตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิต การรู้จักสร้างสัมพันธภาพหรือขอความช่วยเหลือได้จากสังคมรอบข้าง ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ระดับของภาวะซึมเศร้ามลดลง ลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Britton et al.(2011) ซึ่งได้ใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self Determination Theory) ในกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้การบำบัดเป็นกรณีศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับทฤษฎีการกำหนดตนเอง การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง การปรับกระบวนการความคิด การมองเห็นคุณค่าและศักยภาพของตนเอง

ทฤษฎีการกำหนดตนเองเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับแรงจูงใจของมนุษย์โดยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของแต่ละบุคคล รวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมรอบข้างและสังคมซึ่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ (Deci & Ryan, 1985) ถือเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาตนเองและการเกิดแรงจูงใจภายในตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ความต้องการด้านความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) ความต้องการด้านความสามารถ (Competence) และความต้องการด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Relatedness) (Deci & Ryan, 1990) เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแรงจูงใจภายในตนเองก็จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองโดยไม่ต้องมีการบังคับ การกระทำเพื่อดูแลตนเองที่ต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานยาที่สม่ำเสมอ การมาพบแพทย์ตามนัด การรู้จักการสร้างสัมพันธภาพให้สามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้ การเห็นคุณค่าในตนเอง สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

จากการศึกษาผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนแรงจูงใจในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังเข้ารับการบำบัด มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 176 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 145 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการรักษาส่วนใหญ่กับ 172 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จากงานวิจัยของวนิดา พันธุ์สุรินทร์ (2556) ได้มีการใช้เครื่องมือการวัดแรงจูงใจในการรักษา กล่าวว่าค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจถ้าได้ 104 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแรงจูงใจในการรักษาอยู่ในระดับดี สรุปได้ว่า การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแรงจูงใจในการรักษาที่เพิ่มขึ้น

สำหรับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มควบคุมมีระดับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น ซึ่งกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การชกประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิตและการได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า การรับยาไปปรับประทาน และการติดตามอาการเยี่ยมบ้าน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ามาได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยการใช้จิตบำบัด หรือแม้แต่การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานที่จะช่วยปรับกระบวนการคิดและเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาดูแลตนเองของผู้ป่วย การให้การรักษาพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาด้านอาการที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ด้วยลักษณะของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จะพบว่าการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และแรงจูงใจ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดและทัศนคติที่บิดเบือนต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ไม่ว่าจะในด้านความสามารถสติปัญญา ศักยภาพ รวมถึงความสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจ ขาดแรงปรารถนาต่อการทำสิ่งต่างๆในชีวิต (ดาราพรรณ ต๊ะปิ่นตา , 2555) เมื่อใช้ชีวิตประจำวันตามปกติยอมเจอสถานการณ์ที่เข้ามากระทบจิตใจ เมื่อขาดแรงจูงใจ ขาดกระบวนการปรับความคิด การจัดการในการแก้ปัญหา ก็จะส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน บทบาท การทำงานและกิจกรรมทางสังคมต่างๆไป เช่น การไม่สนใจที่จะรับประทานยา การไม่ดูแลตนเอง และในผู้ป่วยบางรายได้ให้ข้อมูลถึงการได้รับผลข้างเคียงจากการรับประทานยาลดภาวะซึมเศร้าที่ได้รับจากโรงพยาบาลคือ Fluoxetine เมื่อรับประทานยาเข้าไปแล้ว ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ ปากแห้ง รู้สึกหลงลืมมากขึ้นและในบางรายมีอาการมือสั่น จึงรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะรับประทานยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และในบางรายหยุดยาเอง อีกทั้งไม่มาเข้ารับการรักษาตามนัด อาการเหล่านี้เมื่อเกิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลาาน แม้จะมีการรักษาแต่สามารถที่จะกลับมาเป็นซ้ำได้ (Selingmam, 1991) ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ อีกทั้งบางรายเมื่อยังมีภาวะซึมเศร้าที่หลงเหลืออยู่ ก็มีโอกาที่จะมีภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น และเกิดการกลับมาเป็นซ้ำของโรคได้อีกด้วย

สมมติฐานข้อที่ 2 ผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=9.532$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากการที่ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมนั้น ผู้วิจัยได้ทำการออกแบบงานวิจัยเพื่อควบคุมการเกิดความ

คลาดเคลื่อนชนิดที่1 (Type I Error) โดยการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่นักวิจัยยอมรับคือ $\alpha = .05$ และป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่2 (Type II Error) ด้วยการกำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test)= 80% เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่างานวิจัยนี้จะไม่มีความคลาดเคลื่อนน้อย และผลที่เป็นจริง อีกทั้งยังคำนึงถึงการออกแบบงานวิจัยด้วยหลัก MAX-MIN-CON ดังนี้

MAX- Maximize Systematic Variance เป็นการจัดการกระทำเพื่อให้ค่าของตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันมากที่สุด เพื่อให้ความแปรปรวนของตัวแปรตามนั้นเกิดมาจากผลการทดลอง (รัตนศิริ ทาโต, 2552) การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานที่ผู้วิจัยได้ออกแบบการทดลองนั้นได้มีการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศมาเป็นอย่างดี ว่าการใช้การบำบัดด้วยการเสริมแรงจูงใจและการปรับกระบวนการความคิดนั้นสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้จริง อีกทั้งผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ศึกษามาออกแบบระยะเวลาและจำนวนครั้งให้เหมาะสมและสามารถส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าได้ จะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงต่อคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งสองกลุ่มอย่างชัดเจน โดยในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=9.532$)

MIN- Minimize Error Variance เป็นการลดความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนด้วยการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ความคลาดเคลื่อนอย่างเป็นระบบ (Systematic Error) และความคลาดเคลื่อนอย่างสุ่ม (Random Error) (รัตนศิริ ทาโต, 2552) การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานนี้ ผู้วิจัยได้กำกับการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนด้วยการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ด้าน Systematic Error โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต้องได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและมีการกำหนดค่าความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือที่ยอมรับได้ โดย **เครื่องมือกำกับการทดลอง** คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา (Treatment Motivation Questionnaire) ตามแนวคิดทฤษฎีการกำหนดตนเองของ Deci & Ryan (1991) พัฒนาเครื่องมือโดย Ryun, Plant, & O' Malley (1995) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสวัสดี เทียงธรรม และภัทรภรณ์ พุงปันคำ (2546) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ .96 และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ความเที่ยงเท่ากับ .80 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง .70 - .90 ส่วน **เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล** คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depressive inventory-II) ฉบับภาษาไทยแปลและเรียบเรียงโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522, อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2536) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 ก่อนนำมาใช้ผู้วิจัยจะนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะทำการศึกษานับจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ความเที่ยง

เท่ากับ .82 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง .70 - .90 ด้าน Random Error กลุ่มตัวอย่างที่ได้นำมาวิเคราะห์นั้นมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ

CON- Control Extraneous Variables เป็นการควบคุมหรือขจัดตัวแปรอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการทดลองแต่สามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามได้ (รัตนศิริ ทาโต, 2552) ผู้วิจัยได้ทำการออกแบบให้งานวิจัยมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ด้วยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน (Matched paired) โดยกำหนดช่วงอายุ (Sadock BJ, Sadock VA, 2003) และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) เพื่อไม่ให้เกิดความลำเอียง ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานมีประสิทธิภาพที่สามารถใช้ลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

ผู้วิจัยได้ออกแบบการบำบัดโดยใช้กระบวนการกลุ่มบำบัด ซึ่งจากการศึกษาพบว่ากระบวนการกลุ่มอย่างหลากหลายในผู้ป่วยจิตเวช และมีงานวิจัยพบว่า กระบวนการเข้ากลุ่มบำบัดจะส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยลดลง เช่น อาการหุนเหว ความกลัว (จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, 2557) ช่วยให้เกิดทักษะการเข้าสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Castillo, Lacefield, Baca, Blankenship, & Qualls, 2013) ส่งเสริมการปรับตัวทางสังคม (สุดา รongเมือง, กนกพร เรื่องเพิ่มพูล, พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2556) เสริมสร้างความหวัง ลดอารมณ์ซึมเศร้า ลดความรู้สึกวิตกกังวล ช่วยปรับแก้ต่อความเครียดและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น (พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี, และประกอบ ชันทอง, 2552) เนื่องจากกระบวนการกลุ่มจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวผู้ป่วยโดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Yalom, 1995) โดยในการทำกลุ่มการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานนั้นจะนำผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกันคือ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีอาการคล้ายกันและมีระดับภาวะซึมเศร้าที่เท่ากัน ผู้ป่วยจะรู้สึกปลอดภัยที่จะเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ได้เรียนรู้หลากหลายมุมมองของกลุ่มเพื่อนสมาชิก ส่งผลต่อการเรียนรู้เรื่องการปรับตัว การดำเนินชีวิตและการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เนื่องจากกระบวนการกลุ่มจะช่วยผู้ป่วยจะรู้สึกผูกพันกัน ได้ระบายอารมณ์และความรู้สึก รู้สึกได้ทำประโยชน์ให้กับสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ (จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, 2557)

ผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานนั้นเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน การกำหนดค่าความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือที่อาจจะส่งผลต่องานวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยนี้จึงสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดจากการดำเนินการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน ของกิจกรรมการบำบัดทั้ง 5 ครั้ง ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาตามหลักทฤษฎีการกำหนดตนเองของ Deci & Ryan (1987) ซึ่งผสมผสานแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) และเทคนิคการปรับกระบวนการคิดของ Beck (1979) เพื่อใช้ในงานวิจัยนี้ ในกิจกรรมแต่ละครั้งพบว่า มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อค้นหาปัญหา สำรวจความลังเล และประเมินแรงจูงใจ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าจะมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ แยกตัว และไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเนื่องจากมองโลกในแง่ลบ ซึ่งถ้าหากมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นอาจจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมที่คุกคามตนเอง เช่น การทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาปัจจัยด้านสัมพันธภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเครียดจากปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เรื้อรังจะเป็นตัวสนับสนุนที่สำคัญต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำในโรคซึมเศร้า (Sheet & Craighead, 2014) และในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นจะมีการเปลี่ยนผ่านบทบาทและการพร่องด้านสัมพันธภาพ (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, นันทิกา ทวีชาชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, 2551) การบำบัดขั้นตอนนี้เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อเตรียมพร้อมสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น การใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยการรับฟังปัญหา การยอมรับ การเข้าใจในเหตุผลและความรู้สึกของผู้ป่วยก่อให้เกิดสัมพันธภาพ (Relatedness) ระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้ป่วย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอิสระในการคิด การพูดและรู้สึกว่าคุณมีความสามารถที่จะตัดสินใจในการกระทำด้วยตนเองได้ (Autonomy) (Britton et al., 2011) ด้วยการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการสร้างสัมพันธภาพ การแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย (Empathy) ของผู้บำบัดซึ่งจะก่อให้เกิดความไว้วางใจ และผู้ป่วยจะให้ข้อมูล ซึ่งการให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวของตนเองอย่างอิสระ (autonomy) จะทำให้ผู้ป่วยจะเริ่มสำรวจเหตุผลของการเกิดภาวะซึมเศร้าของตนเอง เกิดความหวัง มีเป้าหมายของตนเอง (Markland et al., 2005) ผู้บำบัดสามารถนำข้อมูลที่ได้นั้นมาวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นตัวช่วยในการค้นหาความลังเลใจ และสิ่งสำคัญในชีวิตผู้ป่วย ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองในการดำเนินชีวิต

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างแรงจูงใจ เตรียมความพร้อมเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดียิ่งขึ้น กิจกรรมนี้ผู้บำบัดจะใช้หลักฐานข้อมูลที่ผู้ป่วยบอกเล่ามาสนับสนุน ส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย (Provide positive feedback) เป็นการเสริมสมรรถนะ เสริมแรงจูงใจให้พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองสู่การดำเนินชีวิตที่ดียิ่งขึ้น โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณา สำรวจประเมินความพร้อมของตนเอง ค้นหาเหตุผลเพื่อลดความลังเลในการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลตนเอง (The development of discrepancy) บอกประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงรวมถึงผลลัพธ์ที่ได้ จุดประสงค์ของการเปลี่ยนแปลงเพื่อใคร มีชีวิตอยู่เพื่อใคร (Help the client develop appropriate goal) จะเป็นการดึงศักยภาพและสมรรถนะ (Competence) ของผู้ป่วยออกมาด้วยวิธีเสริมแรง (Miller & Rollnick, 2002) โดยการให้สมาชิกกลุ่มเป็นสิ่งช่วยกระตุ้นด้วยการร่วมแสดงความคิดเห็นและอภิปราย จากนั้นการสรุปของผู้วิจัยรวมถึงการกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจจากสมาชิกกลุ่มจะช่วยเกิดแรงจูงใจ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงตนเอง การให้สมาชิกได้ร่วมกัน

แสดงความคิดเห็น สํารวจประเมินความพร้อมของตนเอง รวมถึงความพร้อมของกลุ่มเพื่อช่วยกัน ค้นหาเหตุผลในการลดความลังเลต่อการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลตนเอง บอกประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงรวมถึงผลลัพธ์ที่ได้

กิจกรรมที่3 การค้นหาความคิดด้านลบและด้านบวกที่มีต่อตนเองและสังคม การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบเพื่อค้นหาตัวเสริมแรงอันนำไปสู่ความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ด้วยการประเมินความคิด ความรู้สึก อารมณ์ของผู้รับการบำบัดที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Monitoring thoughts, affects, and feelings) อีกทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาเหตุผลความคิด ความรู้สึกด้านลบที่มีต่อตนเอง รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยการกระตุ้นจากผู้บำบัดด้วยการให้ทักษะการปรับความคิด ในการค้นหาความคิดของผู้ป่วย อีกทั้งพูดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รู้จักค้นหาการเปลี่ยนความคิดที่มีต่อตนเองไปในทางบวก (Reframing) บอกประโยชน์ของความคิดบวกที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงตนเองได้และสามารถฝึกนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับฟังปัญหา การยอมรับ การเข้าใจในเหตุผลและความรู้สึกของผู้ป่วยก่อให้เกิดสัมพันธภาพ (Relatedness) ระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้ป่วย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ ผู้ป่วยจะรู้สึกมีอิสระในการคิด พูดและรู้สึกตนเองมีความสามารถที่จะตัดสินใจในการกระทำของตนเองได้ (Autonomy) และเป็นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย (Competence) ในการรู้เท่าทันความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า (Britton et al., 2011) โดยการให้ข้อมูลแก่สมาชิกเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เชื่อมโยงกับอาการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อีกทั้งการสรุปโดยผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนกัน

กิจกรรมที่4 การค้นหาความตั้งใจที่จะเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติแง่ลบที่มีต่อตนเองและผู้อื่น การใช้กิจกรรมกลุ่มพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยมองหาสิ่งสำคัญที่เป็นพลัง เป็นแรงปรารถนา การสร้างแรงจูงใจค้นหาเป้าหมาย ค้นหาคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วย(Support self - efficacy) รวมถึงความหวังที่จะช่วยให้ดำเนินชีวิตไปอย่างมีความหมาย หาเหตุผลที่นำไปสู่การเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเอง ผู้บำบัดจะตอบสนองและกระตุ้นผู้ป่วยโดยนำสิ่งสำคัญในชีวิตมาเป็นหลักในการสร้างแรงจูงใจ โดยให้ผู้ป่วยเริ่มสำรวจเหตุผลในการเริ่มที่จะเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเอง ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกถึงระหว่างความคิดที่จะยอมหรือปฏิเสธที่จะเปลี่ยนความคิดด้านลบของตนเอง ผู้ให้การบำบัดจะทำการสนับสนุนและกระตุ้นเหตุผลในการเปลี่ยนความคิดด้วยการนำสิ่งสำคัญมาเป็นเป้าหมาย(Encourage change talk)และเป็นข้อมูลในการช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเอง (Let the client make decisions about what and how to change) ผู้ป่วยจะเกิดแรงจูงใจภายใน เกิดการยอมรับและรู้สึกมีอิสระในการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง (autonomy)

กิจกรรมที่ 5 การสร้างพลังใจภายในที่เข้มแข็งเพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข การใช้กิจกรรมกลุ่มในการเสริมแรงเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงเป้าหมายของตนเอง การกำหนดพฤติกรรม การดูแลตนเองและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของตนเอง (Explore options) รวมทั้งวางแผนในการดำเนินชีวิตของตนเอง ประกอบด้วย การดูแลตนเองและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของตนเอง โดยการได้รับข้อมูลสนับสนุนและส่งเสริมด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมและทางเลือกของครอบครัวร่วมกับทางวิชาชีพ อีกทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ต่อจากนั้นทำการสรุปผลและสิ้นสุดสัมพันธภาพ ประเมินผล ประเมินแรงจูงใจและภาวะซึมเศร้า กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองด้านการสร้างสมรรถนะ (Competence) ของผู้ป่วย ก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คุกคามต่อการมีชีวิต และลดความสับสนในการตัดสินใจ เพิ่มพฤติกรรมในการต้องการที่จะมีชีวิตอย่างเป็นสุข (Britton et al., 2011)

จากการศึกษาผลการวิจัย จะเห็นว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีแนวโน้มที่สูงขึ้น การรักษาพยาบาลตามปกติอาจจะไม่เพียงพอที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่มากกว่าการพยาบาลตามปกติ แม้จะมีการศึกษาและพัฒนาการวิจัยที่หลากหลายในประเทศไทยเพื่อนำมาลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อาทิเช่น ผลของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (วนิดา พันธุ์สุรินทร์, 2556) ผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ศิริลักษณ์ ปัญญา, 2556) ผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน (โสภิตังค์ ติงกุล, 2557) และผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ธวัชชัย พลศักดิ์, 2557) แต่เนื่องจากสาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมีหลากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านชีวภาพและปัจจัยด้านจิตสังคม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) หากมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ดีแล้วนั้น ก็อาจจะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นหรือการกลับมาเป็นซ้ำ ดังนั้นจึงควรนำการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาใช้ทดลองกับกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแรงจูงใจในการรักษาตนเองที่มาก ส่งผลให้สามารถระดับภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าการพยาบาลปกติ

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษากำหนดด้วยวิธีการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำรูปแบบการบำบัดด้วยวิธีการกำหนดตนเองแบบผสมผสานไปใช้ พยาบาลวิชาชีพจะต้องเป็นบุคคลผู้ที่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังต้องมีทักษะการให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ การใช้เทคนิคการปรับกระบวนการคิด อีกทั้งต้องมีทักษะใน เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของการบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การบำบัดด้วยวิธีการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน อาจจะปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนได้ตามความเหมาะสมและตามความสามารถของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมการบำบัด

1.3 การใช้อุปกรณ์คู่มือสำหรับการบำบัดด้วยวิธีการกำหนดตนเองแบบผสมผสานนั้น ตัวคู่มือในการให้ความรู้ อาจจะมีเพิ่มเติมเนื้อเรื่องหรือบทความสั้นๆ ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจต่อผู้ป่วย เช่น ความสำเร็จของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง การจัดการภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่จัดการได้ เพื่อให้ชวนน่าอ่าน จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างหลายท่านบอกว่า "อยากอ่านเรื่องสั้นในคู่มือ จะได้เอาเป็นแรงจูงใจกับตนเองบ้าง พอเครียดหรือรู้สึกเบื่อ มีอารมณ์เศร้า หยิบมาอ่านก็จะรู้สึกดีขึ้น"

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลวิชาชีพได้มีการศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เน้นการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับกระบวนการคิดโดยเฉพาะ เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม

2.2 ควรจัดให้มีการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล อสม. เกี่ยวกับการประเมินภาวะซึมเศร้า และการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อได้ทำการส่งต่อโรงพยาบาลได้ทันทั่วถึง

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษากำหนดด้วยวิธีการกำหนดตนเองแบบผสมผสานในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกาย ผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ เรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษา ลดการเกิดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

3.2 ควรมีการศึกษางานวิจัยแบบติดตามผลวัดซ้ำ (Repeated Measure Design) หลังเสร็จสิ้นการบำบัดไปแล้วทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการวิจัย เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดและทัศนคติที่บิดเบือนต่อตนเอง หากสูญเสียความพึงพอใจในตนเองเมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวัน จะส่งผลต่อการขาดแรงจูงใจ ขาดแรงปรารถนาต่อการทำสิ่งต่างๆในชีวิตได้

3.3 ควรมีการประยุกต์รูปแบบการบำบัดเพื่อกำหนดตนเองแบบผสมผสานในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายบุคคล เพื่อศึกษาประสิทธิผลของงานวิจัย



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. (2557). กลุ่มบำบัดกับพยาบาลจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 28. (มกราคม-เมษายน):1-15.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2556). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่2. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายขาดได้*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ธัญชนก พรหมภักดี และพิเชษฐ์ อุดมรัตน์.(2551). การดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์: ศึกษาในผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า 10 ปี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 5*. (มกราคม-มีนาคม): 84-96.
- ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้า: การสำรวจระดับชาติ ปี 2551. ในรายงานการประชุมวิชาการบูรณาการงานสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 2, พฤศจิกายน 2554 ณ กรมสุขภาพจิต จังหวัดปทุมธานี.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากุล. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่5. กรุงเทพมหานคร: ยู แอนไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปวีณา นพโสธร. (2556). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชชราวัลย์ กนกจรรยา. (2550). *ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและ พฤติกรรม การเสพติดสุราในผู้เสพติดสุรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิชัย แสงชาญชัย และคณะ.(2553). *คู่มือสำหรับผู้อบรม การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา*. แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุรแบบบูรณาการ (ผรส.). เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2549). จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล: ทางเลือกใหม่ของการรักษาโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. (กุมภาพันธ์ 2551): 117-131.

- พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, นันทิกา ทวิชาชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ (2551). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย: การศึกษาโดยมี กลุ่มควบคุมแบบจับคู่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. (มกราคม 2555): 69-80.
- พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี, และประกอบ ชันทอง. (2552). ผลของกลุ่มบำบัดแบบ พฤติกรรมปัญญานิยมต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับ ยาต้านไวรัส. *รามาริบัติ พยาบาลสาร*. 15(2). 206-220.
- ไพรัช พลฤกษ์ชาติคุณากร. (2533). *จิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ Using DSM-5*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. (2547). ปัจจัยเสี่ยงโรคซึมเศร้า (Risk Factors for Depressive Disorder). ในอัจฉรา จรัสสิงห์. *การศึกษาทบทวนองค์ความรู้ปัจจัยเสี่ยงโรคทางจิตเวช: โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท*. หน้า 23-42. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางการแพทย์ทางจิตเวช: หลักการและระเบียบวิธีวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วนิดา พันธุ์สุรินทร์. (2556). *ผลของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิด พฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2555). *ความชุกของเรื่องซึมเศร้าในไทย: ผลจากการสำรวจ ระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทย การศึกษาระดับชาติ*.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). *รายงานการสาธารณสุขไทย 2551-2553*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2551). *รายงานการสำรวจระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า ปี 2551*.

- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2541). *บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 ไทย-อังกฤษ(ICD-10)*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สาวิตรี วิษณุโยธิน และนชพร อธิธิวิศกุล. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*. 16(1): 5-22
- สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ.(2536). *คู่มือจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2550). *จิตเวชพื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ. (2553). ความแตกต่างทางเพศภาวะ ปัจจัยประชากรทางสังคมที่เสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*:61-74.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder)*. พิมพ์ครั้งที่1. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- สุดา ร่องเมือง, กนกพร เรื่องเพิ่มพูล, พิชรินทร์ นินทจันทร์. (2556). ผลของกลุ่มส่งเสริมการปรับตัวทางสังคมโดยใช้เทคนิคละครจิตบำบัดในนักศึกษาพยาบาล. *รามาริบัติพยาบาลสาร*. 19 (1). 114-127.
- สุภาวดี ธีมมะรักขิต. (2550). *การใช้กระบวนการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลศรีธัญญา*.วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2543). *แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่3. พิษณุโลก: รัตน์สุวรรณ3. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2544). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: รัตน์สุวรรณการพิมพ์.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2550). สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า. ใน *ธรรมนูญกองสุข (บรรณาธิการ). โรคซึมเศร้า องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ (น.31-54)*. อุบลราชธานี: ศิริธรรม ออฟเซ็ท.
- สายฝน เอกวารงกูร. (2553). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท ส.เอเซียเพลส.
- ศรีธรรม ธนะภูมิ. (2535). *พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ*. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2545). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2548). การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย*. 19. (2): 1-12.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. กรุงเทพฯ: วี.จี.พรีนติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

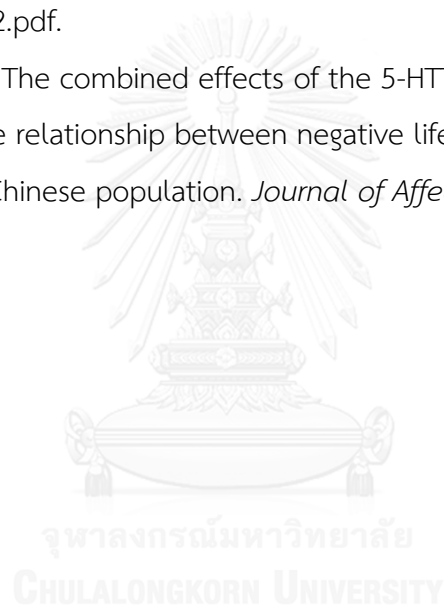
- Aharonovich, E., Amrhein, P.C., Bisaga, A., Nunes, E.V., & Hasin, D.S.(2008). Cognition, commitment language, and behavioral change among cocaine-dependent patients. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 557-562.
- Arkowitz, H., Westra, H.A., Miller, W.R., & Rollnick, S. (2008) *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problem*. New York: Guilford Press.
- Arkowitz, H., & Westra, H.A. (2004). Integrating Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy in the treatment of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 18(4):337-350.
- American Psychiatric Association [APA], (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM-IV-TR. (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association [APA], (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM-IV-TR. (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association [APA], (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Australian Bureau of Statistics (ABS). (2009). *Australian social trends 2009: Mental health*.
- Baker, A., Lee, N.K., Claire, M., Lewin, T.J., Grant, T., Pohman, S., Saunders, J.B., Lambkin, F.K., Constable, P., Jenner, L. & Carr, V.J. (2005). Brief cognitive behavioral interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, 100(3), 367-378.

- Barch, Yodkovik, Sypher-Lock, & Hanewinkel, M. (2008). Intrinsic motivation in schizophrenia: Relationships to cognitive function, depression, anxiety, and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(4), 776-787.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-110.
- Beck, A.T. (1979). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. (2nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basic and beyond*. (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Beker, J.(1974). *Depression: Theory and research*. Washington DC: V.H.Winston& Sons Inc.
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2008). Attachment theory A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behavior Research and Therapy*, 46, 1275-1282.
- Blazer DG.(2000). " Mood disorder: epidemiology." In Sadock, B.J., Sadock, V.A.eds. In: *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wikins, (2000), 1290-308.
- Britton, P. C., Patrick, H., Wenzel, A., & Williams, G. C. (2011). Integrating motivational interviewing and Self-Determination Theory with Cognitive Behavioral Therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 16-27.
- Chang, E. C., D' Zurilla, T. J., & Sanna, L.J. (2004). *Social problem solving: theory, research, and training*. Washington, DC: American psychological association.
- Castillo, D. T., Lacefield, K., Baca, J., Blankenship, A., & Qualls, C. (2013). Effectiveness of group-delivered cognitive therapy and treatment length in women veterans with PTSD. *Behavioral Sciences*, 4, 31-41.

- Colman, I., Naicker, K., Zeng, Y., Atallahjan, A., Senthilselvan, A.(2011). Predictors of long-term prognosis of depression. *Canadian Medical Association*, 17, 1969-1976.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum
- Deci, E., & Ryan, R. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185.
- Dobson, K.S.(2000). *Chronic Processes in depression: Differential Self and Other Influences in Onset, Maintenance, and Relapse/Recurrence*. American Psychological Association.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. L., et al. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS Medicine*, 10(11).
- Gilbert, P. (1992). *Depression: The evolution of powerlessness*. New York, USA: The Guilford Press.
- Jylha, P., Melartin, T., & Isometsa, E. (2009). Relationships of neuroticism and extraversion with axis I and II comorbidity among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Journal of Affective Disorder*, 114, 110-121.
- Judd, L.L., et al. (2000). Dose incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness?. *American Journal Psychiatry*, 157, 1501-1504.
- Keller, M.B., & Boland, R. J. (1988). Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biological Psychiatry*, 44, 348-360.
- Laura, M.T., and Sundeen.(2005). *Principle and practice of psychiatric nursing*. (7th ed.). St.Louis: Mosby.
- Lewin, L.(2003). The Client with a Depression Disorder.In: Deborah, Antai-Otong CD, editor. *Psychiatric Nursing: Biological & Behavior Concepts*. United State: Thomson Learning.

- Markland, D., Ryan, R., Tobin, V., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(6), 811-831.
- Meyer, B., & Garcia-Roberts, L. (2007). Congruence between reasons for depression and motivation for specific interventions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80*, 525-542.
- Miller, W.R. and Rollnick. (2002). *Motivation interviewing*. New York: Guilford Press.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2005). In: Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed.* U.S.A.: Lippincott Williams and Wikins.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2007) "Mood disorders" In: Kaplan & Sadock's *synopsis of Psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry, 10th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wikins, 2007, 527-78.
- Seligman, M. (1991). *Helplessness: On depression, development and death (second ed.)*. New York, USA: W.H. Freeman and Company.
- Sheet, E.S., Craighead, W.E., (2014). Comparing chronic interpersonal and noninterpersonal stress domains as predictors of depression recurrence in emerging adults. *Behaviour Research and Therapy, 63*, 36-42.
- Simon, G.E., Vonkorff, M., Barlow. W. (1995). Health Care Costs of Primary Care Patients With Recognized Depression. *ARCG GEN PSYCHAITRY, 52*, 850-856.
- Skarsater, I., Baigi, A., and Hanglund L. (2006). Function status and quality of life in patient with first- episode major depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13*, 205-213.
- Steven, H.H. & Craske, M.G. (2002). *Hand Book of Brief Cognitive Behavioral Therapy*. England: John Wiely & Sons Ltd.
- Stoudemire A, Frank R HNaa. (1986). The economic burden of depression. *Gen Hosp Psychiatry, 8*, 387.
- Ustun, T. B., Ayuso-Mateos, J.K., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C.J. (2004). Global burden of depressive disorder in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry, 184*, 386-92.

- Westra, H. (2004). Managing resistance in cognitive behavioural therapy: The application of motivational interviewing in mixed anxiety and depression. *Cognitive Behavior Therapy*, 33(4), 161-175.
- Yulung, B., Ozan, E., Gonul, A.S., & Kilic, E. (2009). Brain-derived neurotrophic factor, stress and depression: A minireview. *Brain Research Bulletin*, 78, 267-269.
- World Health Organization. (2009). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *Depression*. Retrieved June 13, 2016 . from http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf.
- Zang, K. et al. (2009). The combined effects of the 5-HTTLPR and 5-HTR1A genes modulates the relationship between negative life event and major depressive disorder in a Chinese population. *Journal of Affective Disorder*, 144, 224-231.

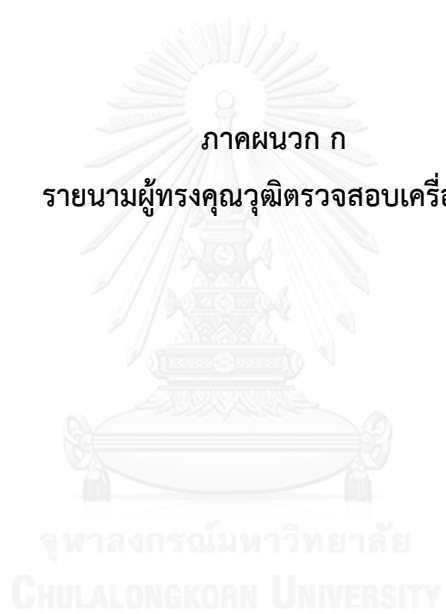




ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. อาจารย์นายแพทย์ เวทิส ประทุมศรี	จิตแพทย์เชี่ยวชาญโรงพยาบาล พระพุทธโสธร จ.ฉะเชิงเทรา
2. ดร. ดวงใจ วัฒนสินธุ์	อาจารย์พยาบาลหัวหน้าภาควิชาการ พยาบาลสุภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา
3. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง	อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาล สุภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาล กองทัพเรือ
4. นางนงนุช คะพิมพ์ภิบาลบุตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลแปลงยาว
5. นางอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์



ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

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

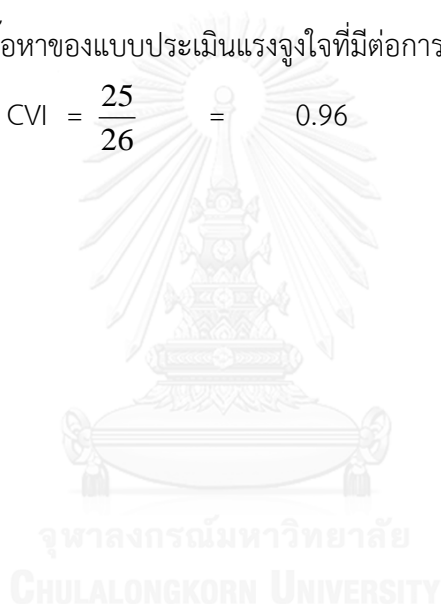
$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

$$CVI = \frac{7}{7} = 1.0$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินแรงจูงใจที่มีต่อการรักษา

$$CVI = \frac{25}{26} = 0.96$$





ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาอ่านและเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย✓ ลงใน () ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. อายุ () 20-30 ปี () 31-40 ปี () 41-50 ปี () 51 ปีขึ้นไป
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพการสมรส
() โสด () คู่
() หย่า () หม้าย
4. ระดับการศึกษา
() ต่ำกว่าประถมศึกษา () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษาตอนต้น/ ปวช. () มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวส.
() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
5. การประกอบอาชีพ
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () ค้าขาย
() รับจ้าง () เกษตรกรรม
() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () อื่นๆ (ระบุ)
6. รายได้เฉลี่ยในแต่ละเดือน.....บาท
() เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....เดือน.....ปี
8. เคยเข้ารับการรักษาด้วยการนอนพัก (Admit) ที่โรงพยาบาลมาก่อนด้วยโรคซึมเศร้า
() ไม่เคย () เคย ด้วยอาการ.....

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความ และทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในหมายเลข(0,1,2,3)ที่ตรงกับความรู้สึกท่าน
ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. 0 ฉันไม่รู้สึกรเศร้า
 - 1 ฉันรู้สึกเศร้าอยู่บ่อยครั้ง
 - 2 ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
 - 3 ฉันรู้สึกเศร้านานมาก ไม่มีความสุข และไม่สามารถทนได้อีกต่อไป
 2. 0 ฉันไม่รู้สึกรท้อแท้ต่ออนาคต
 - 1 ฉันมีความรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 - 2 ฉันไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
 - 3 ฉันรู้สึกไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถทำมันดีขึ้นได้
 3. 0 ฉันไม่รู้สึกรว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว
 - 1 ฉันรู้สึกจะทำอะไรล้มเหลวมากกว่าบุคคลอื่น
 - 2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันจำได้คือความล้มเหลวทั้งหมด
 - 3 ฉันเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด
 4. 0 ฉันมีความพอใจในทุกสิ่งทุกอย่าง
 - 1 ฉันไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่างที่ฉันทำดังเช่นเคย
 - 2 ฉันไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป
 - 3 ฉันไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง
-
-
-
20. 0 ฉันไม่รู้สึกรวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ
 - 1 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก
 - 2 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเรื่องอื่นๆ
 - 3 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
 21. ความสนใจทางเพศ
 - 0 ฉันมีความสนใจทางเพศปกติ
 - 1 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคยเป็น
 - 2 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก
 - 3 ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศเลย

ส่วนที่ 2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา (Treatment Motivation Questionnaire)

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน โดยจะมีตัวเลขให้เลือก ซึ่งมีมาตราวัด 7 ระดับ ดังนี้

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| 7 หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด | 6 หมายถึง เป็นจริงปานกลาง |
| 5 หมายถึง เป็นจริงเล็กน้อย | 4 หมายถึง ไม่แน่ใจ |
| 3 หมายถึง ไม่เป็นจริงเล็กน้อย | 2 หมายถึง ไม่เป็นจริงปานกลาง |
| 1 หมายถึง ไม่เป็นจริงเลย | |

รายการประเมิน	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	ไม่ เป็น จริง เลย	ไม่ เป็น จริง ปาน กลาง	ไม่ เป็น จริง เล็ก น้อย	ไม่ แน่ ใจ	เป็น จริง เล็ก น้อย	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง มาก ที่สุด
ก. ฉันเข้ารับการรักษาที่นี่เพราะ:							
1. ฉันต้องการหายจากโรคที่เป็นอยู่จริงๆ							
2. ฉันรู้สึกไม่ดีถ้าฉันไม่มารับการรักษา							
3. ฉันมารับการรักษาเนื่องจากปัญหาทางกฎหมาย							
4. ฉันรู้สึกผิดมากเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง							
5. โดยส่วนตัวแล้วการแก้ปัญหาเป็นสิ่งสำคัญต่อฉัน							
ข. ฉันยังคงรับการรักษาเพราะ:							
6. ถ้าฉันไม่มารับการรักษาฉันจะพบกับปัญหายุ่งยาก							
7. ถ้าฉันไม่มารับการรักษา ฉันจะรู้สึกแย่มาก							

รายการประเมิน	(1) ไม่ เป็น จริง เลย	(2) ไม่ เป็น จริง ปาน กลาง	(3) ไม่ เป็น จริง เล็กน้อย	(4) ไม่ แน่ ใจ	(5) เป็น จริง เล็กน้อย	(6) เป็น จริง ปาน กลาง	(7) เป็น จริง มาก ที่ สุด
8. ถ้าฉันไม่มารับการรักษา ฉันจะรู้สึกเหมือน เป็นความล้มเหลว							
9. ฉันรู้สึกว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการช่วยเหลือ ตนเอง							
10. ฉันไม่มีทางเลือกนอกจากที่จะมารับการ รักษาที่นี่							
11. ฉันคิดว่าการเข้ารับการรักษาย่าง ครบถ้วนหรือจนจบกระบวนการรักษาเป็นสิ่งที่ ดีที่สุด							
ค. คุณคิดเห็นอย่างไรกับเหตุการณ์ต่อไปนี้ ที่ตรงกับความเป็นจริงคุณมากที่สุด:							
12. ฉันถูกกดดันให้มารับการรักษา							
13. ฉันไม่มั่นใจว่าการรักษาด้วยวิธีนี้จะเหมาะ กับฉัน							
14. ฉันมั่นใจว่าการรักษาด้วยวิธีนี้จะเหมาะ กับฉัน							
.....							
.....							
.....							
24. ฉันไม่มั่นใจว่าการรักษานี้จะได้ผล							
25. ฉันรู้สึกสบายๆในการแลกเปลี่ยนความ คิดเห็นกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมในกลุ่ม							
26. ฉันต้องการความช่วยเหลือและการ สนับสนุนจากผู้อื่นในการแก้ปัญหาของฉัน							

แนวทางการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
(สำหรับพยาบาล)



โดย

นางสาวรัศมีสุนันท์

อิษฏานนท์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อค้นหาปัญหา สัมผัสความลังเล และประเมินแรงจูงใจ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สถานที่ ห้องกิจกรรมกลุ่ม โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

ระยะเวลา 60-90 นาที

รูปแบบ จัดกลุ่มให้สมาชิกนั่งตามอักษยล้อมวงเป็นรูปตัว U โดยผู้นำกลุ่มจะนั่งอยู่ด้านหน้า ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจะนั่งสลับกับสมาชิกอยู่ในกลุ่ม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 1 แล้วสมาชิกในกลุ่มสามารถ

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันรวมถึงผู้ให้การบำบัดได้อย่างเหมาะสม
2. ค้นหาสาเหตุของภาวะซึมเศร้ารวมถึงสาเหตุของความลังเลใจที่นำไปสู่การไม่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 1 แล้วสมาชิกในกลุ่มสามารถ

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่มรวมถึงผู้ให้การบำบัด มีการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง เกิดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในกลุ่ม
2. บอกความหมาย สาเหตุ อาการและการรักษาโรคซึมเศร้าได้ถูกต้อง และสามารถประเมินแรงจูงใจ รวมถึงเหตุผลของตนเองที่มีต่อการรักษาได้
3. บอกปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาที่ประสบ รวมทั้งสามารถบอกความคาดหวังของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม อันนำไปสู่การมีแรงจูงใจเพื่อการมีชีวิตที่ดีขึ้น

สาระสำคัญ

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าจะมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ แยกตัว และไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเนื่องจากมองโลกในแง่ลบ ซึ่งถ้าหากมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นอาจจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมที่คุกคามตนเอง เช่น การทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาปัจจัยด้านสัมพันธภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเครียดจากปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เรื้อรังจะเป็นตัวสนับสนุนที่สำคัญต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำในโรคซึมเศร้า (Sheet & Craighead, 2014) และในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นจะมีการเปลี่ยนผ่านบทบาทและการพร้อมด้านสัมพันธภาพ (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, นันทิกา ทวิชาชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, 2551) การบำบัดขั้นตอนนี้เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อเตรียมพร้อมสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น การใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยการรับฟังปัญหา การยอมรับ การเข้าใจในเหตุผลและความรู้สึกของผู้ป่วยก่อให้เกิดสัมพันธภาพ (Relatedness) ระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้ป่วย การ

กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอิสระในการคิด การพูดและรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะตัดสินใจในการกระทำด้วยตนเองได้ (Autonomy) (Britton et al., 2011) ด้วยการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการสร้างสัมพันธภาพ การแสดงความคิดเห็นนอกเหนือใจและให้เกียรติผู้ป่วย(Empathy) ของผู้บำบัดซึ่งจะก่อให้เกิดความไว้วางใจ และผู้ป่วยจะให้ข้อมูล ซึ่งการให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวของตนเองอย่างอิสระ (autonomy) จะทำให้ผู้ป่วยจะเริ่มสำรวจเหตุผลของการเกิดภาวะซึมเศร้าของตนเอง ผู้บำบัดสามารถนำข้อมูลที่ได้นั้นมาวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นตัวช่วยในการค้นหาความลึกลับใจ และสิ่งสำคัญในชีวิตผู้ป่วย ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองในการดำเนินชีวิต

อุปกรณ์/สื่อการเรียนรู้

1. พิวเจอร์บอร์ดแสดงถึงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของกลุ่ม รวมถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่มวิจัย
2. พิวเจอร์บอร์ดแสดงเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
3. ป้ายชื่อสมาชิก
4. ดินสอ/ปากกา
5. ดินสอสี
6. ใบงานที่ 1 " เรียนรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า"
7. ใบงานที่ 2 "ความลึกลับของฉัน"

เกณฑ์การประเมินผล

1. สังเกตพฤติกรรมมีส่วนร่วมของสมาชิก ความสนใจ การเล่าประสบการณ์ของตนเอง รวมถึงการโต้ตอบแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม
2. สมาชิกในกลุ่มแสดงสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน พูดคุยทักทายต่อกันและร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี
3. สมาชิกสามารถอธิบายสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของตนเองได้
4. สมาชิกสามารถอธิบายสาเหตุของความลึกลับใจที่มีต่อการรักษาของตนเองได้

แบบแผนกิจกรรมที่1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อค้นหาปัญหา สำนวความลังเล และประเมิ
แรงจูงใจ

เวลา	วัตถุประสงค์	สื่อการทำ กิจกรรม	เนื้อหากิจกรรม	การประเมินผล
3 นาที	เป็นการกล่าวเปิด กลุ่ม เพื่อสร้าง ความคุ้นเคยให้กับ สมาชิก และ แสดงออกถึงการให้ เกียรติผู้ป่วย (Empathy) และให้ สมาชิกภายในกลุ่มได้ ทำความรู้จักกัน		1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยกล่าวแนะนำตนเอง ทักทายผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยสีหน้าแจ่มใส ยิ้มแย้ม เปิดเผย แสดงท่าทีให้การ ยอมรับ เชื่อมัน สร้าง ความคุ้นเคย พร้อมกับ กล่าวแนะนำตนเอง บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม และสมาชิก โดยผู้วิจัย กล่าวแนะนำตนเอง "สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ..... วันนี้ ดิฉันรู้สึกยินดีเป็น อย่างยิ่งที่ได้มาเป็นผู้นำ กลุ่มการบำบัดด้วยการ กำหนดตนเองแบบ ผสมผสาน และขอต้อนรับ สมาชิกทุกท่านเข้าร่วม กิจกรรมในครั้งนี้"	1. สมาชิกในกลุ่มมี การทักทายตอบรับ ยิ้มแย้ม

เวลา	วัตถุประสงค์	สื่อการทำกิจกรรม	เนื้อหากิจกรรม	การประเมินผล
7 นาที	เป็นการเรียนรู้เพื่อก่อให้เกิดการรู้จักวิธีการสร้างสัมพันธภาพเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัย (Relatedness) อีกทั้งก่อให้เกิดความมีอิสระในตนเองต่อการแสดงความคิดเห็น การพูด และการออกแบบป้ายชื่อ (Autonomy)	1. ป้ายชื่อสมาชิก 2. ดินสอ/ปากกา 3. ดินสอสี 4. เชือก 5. คล้องคอ 6. กรรไกร	2. จากนั้นให้สมาชิกภายในกลุ่มได้กล่าวแนะนำตนเองติดป้ายชื่อที่เตรียมไว้ ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกได้กล่าวแนะนำตนเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม โดยกล่าวว่า "ดิฉันผู้นำกลุ่มได้แนะนำตนเองไปแล้ว ต่อจากนี้จะขออนุญาตให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตนเองกับเพื่อนๆ ได้รู้จักกัน ตอนนี้เราคือสมาชิกกลุ่มบำบัดกลุ่มเดียวกัน" ต่อจากนั้นให้ผู้ช่วยกลุ่มนำป้ายชื่อที่เตรียมไว้แจกสมาชิกแต่ละคน และกล่าวต่อไปว่า "ต่อจากนี้สมาชิกแต่ละท่านจะมีป้ายชื่อประจำตัว โดยให้สมาชิกเขียนชื่อตนเอง และสามารถตกแต่งป้ายชื่อของตนเองได้ตามชอบใจ"	1. สมาชิกทุกคนกล่าวแนะนำตนเอง 2. สมาชิกกลุ่มออกแบบป้ายชื่อด้วยตนเองอย่างตั้งใจ

เวลา	วัตถุประสงค์	สื่อการทำกิจกรรม	เนื้อหากิจกรรม	การประเมินผล
5 นาที	เพื่อชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่มวัตถุประสงค์ รวมถึงข้อตกลงและระยะเวลาของกิจกรรมดำเนินการบำบัดลดความคับข้องใจของผู้ป่วย	1. พิวเจอร์บอร์ดแข็ง ข้อตกลงของการเข้ากลุ่ม	<p>3. ผู้วิจัยชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม อธิบายวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัด ขั้นตอนการเข้ากลุ่ม รวมถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมการบำบัด อีกทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ โดยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมก่อนว่า</p> <p>"วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่มการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานครั้งนี้ จุดประสงค์เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มทุกท่านมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงอีกทั้งยังสามารถดูแลตนเองและเข้ารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง"</p> <p>การกำหนดข้อตกลงของกลุ่มผู้วิจัยกล่าวว่า "เมื่อทุกท่านได้เป็นสมาชิกของกลุ่ม ดิฉันขออนุญาตแจ้งข้อตกลงของกลุ่มให้แก่สมาชิกทุกท่านทราบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มของเราจะมีการเข้าร่วมกันทั้งหมดจำนวน 5 ครั้ง 5 สัปดาห์ติดต่อกัน ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 1 2. กลุ่มของเราจะใช้ระยะเวลาดำเนินการกลุ่มแต่ละครั้ง ประมาณ 60-90 นาที 3. การเก็บความลับ ไม่นำเรื่องส่วนตัวของเพื่อนสมาชิกด้วยตนไปเปิดเผยนอกกลุ่ม 4. การแสดงออกในกลุ่ม ขอให้ทุกคนช่วยกันแสดงความคิด ความรู้สึก ร่วมกัน ทั่วถึงกัน ใครต้องการพูดขอให้ส่งสัญญาณ เช่นยกมือขึ้น 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สมาชิกเข้าใจในกฎระเบียบ วัตถุประสงค์ รวมถึงข้อตกลงและระยะเวลาของการดำเนินการบำบัด 2. สมาชิกยินยอมในข้อตกลงก่อนเข้าร่วมการบำบัด

เวลา	วัตถุประสงค์	สื่อการทำกิจกรรม	เนื้อหากิจกรรม	การประเมินผล
10 นาที	<p>เพื่อให้สมาชิกได้พูดและแสดงความคิดเห็น ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าตามความคิดของตนเองได้อย่างมีอิสระ (Autonomy)</p>		<p>5. การเข้าร่วมขอให้เข้าครบทุกครั้ง การพบกันครบทุกคนจะช่วยให้การรักษาแบบกลุ่มได้ผลดี ถ้าดีดुरुระจำเป็นจริงๆ ขอให้แจ้งกับผู้นำกลุ่มล่วงหน้า หรือเร็วที่สุด</p> <p>6. ปิดโทรศัพท์มือถือ ไม่ใช้โทรศัพท์ระหว่างที่อยู่ในกลุ่ม</p> <p>ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ โดยกล่าว " สมาชิกท่านใดมีข้อสงสัยสามารถยกมือสอบถามได้ แต่ถ้าไม่มีข้อสงสัย ดิฉันขอเริ่มกิจกรรมต่อไป"</p> <p>4. ผู้วิจัยสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ ดังนี้</p> <p>4.1. ผู้วิจัยสอบถามสาเหตุของโรคซึมเศร้าโดยกล่าวว่า "สมาชิกในกลุ่มทราบกันหรือไม่คะ ว่าโรคซึมเศร้า คืออะไร มีสาเหตุเกิดจากอะไร" เป็นการใช้นิเทศการตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดและได้ยืมความคิดของตนเองและใช้เทคนิคการสะท้อน (Reflection) ในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมาหลังจากที่สมาชิกตอบคำถามแล้วเพื่อสะท้อนความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย</p> <p>4.2. ผู้วิจัยสอบถามอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า โดยกล่าว "อาการและอาการแสดงของโรค</p>	<p>1. สมาชิกช่วยกันตอบคำถามตามความคิดเห็นของตนเอง</p> <p>2. สมาชิกให้ความสนใจและสนใจต่อการตอบคำถาม</p>

เวลา	วัตถุประสงค์	สื่อการทำกิจกรรม	เนื้อหากิจกรรม	การประเมินผล
			<p>ชิมเคร้า มือะไรบ้าง" เป็นการใช้เทคนิคการตั้งคำถาม ปลายเปิด (Open-ended questions) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดและได้ยินความคิดของตนเองและใช้เทคนิคการสะท้อน (Reflection) ในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมาหลังจากที่สมาชิกตอบคำถามแล้วเพื่อสะท้อนความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย</p> <p>4.3. ผู้วิจัยสอบถามการรักษาของโรคชิมเคร้า โดยกล่าวว่า "การรักษาของโรคชิมเคร้า ที่สมาชิกกลุ่มรักษาอยู่ตอนนี้ มือะไรกันบ้าง" ใช้เทคนิคการตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดและได้ยินความคิดของตนเองและใช้เทคนิคการสะท้อน (Reflection) ในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมาหลังจากที่สมาชิกตอบคำถามแล้วเพื่อสะท้อนความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย</p> <p>4.4. ผู้วิจัยกล่าวสรุปความรู้ของสมาชิกกลุ่มที่มีต่อโรคชิมเคร้า ไม่ว่าจะ เป็นสาเหตุ อาการและอาการแสดง ตลอดจนการรักษา โดยกล่าวว่า</p> <p>"จากการที่สมาชิกได้ร่วมกันตอบคำถามเกี่ยวกับโรคชิมเคร้านั้น จะเห็นว่า สมาชิกกลุ่มได้ให้ความหมายและสาเหตุของโรคที่แตกต่างกัน เช่นรวมถึงการรักษาที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะ เป็น..... " การกล่าวสรุปเนื้อหา (Summarization) เสมือนเป็นการเสริมแรง</p>	

เวลา	วัตถุประสงค์	สื่อการทำกิจกรรม	เนื้อหากิจกรรม	การประเมินผล
			<p>ต่อจากนั้นกล่าวเพิ่มเติมเตรียมเริ่มเข้าสู่กิจกรรมความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า โดยกล่าวว่า</p> <p>"ถ้าเช่นนั้นเรามาเริ่มกิจกรรมต่อไป เป็นกิจกรรมความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เพื่อจะช่วยให้สมาชิกเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการและการรักษาโรคซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องมากขึ้น"</p>	

เวลา	วัตถุประสงค์	สื่อการทำกิจกรรม	เนื้อหากิจกรรม	การประเมินผล
30 นาที	ผู้วิจัยได้อธิบายความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเพื่อให้สมาชิกเข้าใจไปในแนวทางที่ถูกต้อง	1. ใบงานที่ 1 " เรียนรู้อยู่กับ โรค ซึมเศร้า" 2. ดินสอ/ปากกา 3. พิวเจอร์บอร์ดแสดงเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า พร้อมทั้งให้ผู้ช่วยกลุ่มแจก ใบงานที่ 1 " เรียนรู้อยู่กับโรคซึมเศร้า" และให้สมาชิกแบ่งกลุ่มละ 3-4 คนร่วมกันปรึกษาและตอบคำถามในใบงาน (10-15 นาที) และต่อจากนั้นให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า (10-15 นาที) ความหมายของโรคซึมเศร้า: โรคซึมเศร้า คือ การตอบสนองของบุคคลทางจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในการเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ ความโศกเศร้า เสียใจรู้สึกไร้ค่า หดหวัง มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต อันก่อให้เกิดการแสดงออกของความแปรปรวนทางอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจร่างกายและพฤติกรรม อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า: 1.ด้านอารมณ์ โดยจะมีอารมณ์เศร้า หรือหงุดหงิด ฉุนเฉียว กระวนกระวายใจ น้อยใจง่าย มีความรู้สึกเบื่อ	1. สมาชิกช่วยกันตอบคำถามในใบงานที่ 1 2. สมาชิกเข้าใจในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าไปในแนวทางเดียวกัน

เวลา	วัตถุประสงค์	สื่อการทำ กิจกรรม	เนื้อหากิจกรรม	การประเมินผล
			<p>หน้าย หมดควมสนใจ รวมทั้งสูญเสยคุณค่าในตนเอง อารมณไม่คงที่บางเวลาเศร้า มาก บางเวลาเศร้าน้อย</p> <p>2. ด้านความคิด โดยจะมี ความคิดช้าลง ความสามารถ ในการจัดการกับสถานการณ์ และการตัดสินใจลดลง มี ความคิดแง่ลบต่อตนเอง บุคค ล ร อ บ ช้ า ง แล ะ สิ่งแวดล้อมนำไปสู่ความคิด พฤติกรรมฆ่าตัวตายได้</p> <p>3. ด้านพฤติกรรม โดยจะมี พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพ กับบุคคลอื่นที่ลดลง มีการ แยกตัว การเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคมลดลง เปื่อหน่วยที่ จะทำกิจวัตรประจำวัน</p> <p>4. ด้านร่างกาย โดยอาการ ทางกายส่วนใหญ่ ได้แก่ ปวด ศีรษะ ปวดท้อง ท้องผูก คลื่นไส้ อ่อนเพลีย เปื่อ อาหารการบำบัดรักษาผู้ป่วย โรคซึมเศร้า</p> <p>1. การบำบัดด้วยยา 2. ก ารรักษาด้วยไฟฟ้า 3. การบำบัดทางจิตสังคม</p>	

เวลา	วัตถุประสงค์	สื่อการทำกิจกรรม	เนื้อหากิจกรรม	การประเมินผล
15 นาที	เพื่อค้นหาปัญหาของการรักษาที่สมาชิกกลุ่มประสบอยู่ รวมถึงความคาดหวังเหตุผล และแรงจูงใจของสมาชิกทุกคนในกลุ่มที่มีต่อการรักษา เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ประเมินแรงจูงใจในการรักษาตนเอง	1. ใบงานที่ 2 "ความลังเลของฉันทินสอ/ปากกา 2. ดินสอ/ปากกา 3. พิวเจอร์บอร์ดแสดงเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคซิมเศร่า	6. ผู้วิจัยทำการสอบถามปัญหาของการรักษาที่ประสบอยู่ของสมาชิกกลุ่ม โดยกล่าวว่า "หลังจากที่เรารู้ความหมายสาเหตุและการรักษาของโรคซิมเศร่าแล้ว ฉันทินอยากทราบว่าสมาชิกท่านใดมีปัญหาเกี่ยวกับการรักษาที่ตนเองประสบอยู่บ้าง" ใช้เทคนิคการตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดและได้ยืนยันความคิดของตนเอง ต่อจากนั้นสอบถามวิธีจัดการกับปัญหาเหล่านั้น โดยกล่าว	1. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงปัญหาของการรักษาที่ประสบได้ 2. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกความคาดหวัง เหตุผล และแรงจูงใจของตนเองที่มีต่อการรักษาได้

เวลา	วัตถุประสงค์	สื่อการทำกิจกรรม	เนื้อหากิจกรรม	การประเมินผล
			<p>"หลังจากที่สมาชิกกลุ่มได้แจ้งปัญหาของการรักษาที่ประสบอยู่แล้ว ประกอบด้วย.....</p> <p>ดิฉันอยากทราบว่าสมาชิกมีการจัดการกับปัญหานั้นอย่างไร แล้วการคาดหวังของสมาชิกที่มีต่อการรักษาคืออะไรบ้าง" (5 นาที)</p> <p>ใช้เทคนิคการสรุปเนื้อหา (Summarization) ร่วมกับการกล่าวชื่นชม (Affirmation) เมื่อผู้ช่วยกล่าวถึงวิธีจัดการปัญหาของตนเอง เพื่อก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และเกิดความเชื่อมั่น สมรรถนะในตนเอง (Competence) ผู้วิจัยกระตุ้นหาแรงจูงใจที่มีต่อการรักษา โดยการกล่าวว่า</p> <p>"เหตุผลของและแรงจูงใจต่อการรักษาของสมาชิก คืออะไร"</p> <p>พร้อมทั้งให้ผู้ช่วยแจกใบงานที่ 2 "ความลับของฉัน" เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ประเมินแรงจูงใจในการรักษาตนเอง (10 นาที)</p>	

เวลา	วัตถุประสงค์	สื่อการทำกิจกรรม	เนื้อหากิจกรรม	การประเมินผล
10 นาที	เพื่อสรุปความรู้ความเข้าใจและผลประโยชน์ที่ได้รับจากเสร็จกิจกรรมที่ 1		7. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันกล่าวสรุปความรู้ความเข้าใจและผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนรู้ โดยกล่าวว่า "หลังจากเสร็จกิจกรรมที่1 แล้วสมาชิกได้รับความรู้หรือประโยชน์อะไรบ้าง" การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) เพื่อกระตุ้นให้ผู้พูดและได้ยินความคิดของตนเองหลังจากนั้น ผู้วิจัยสรุปเสริมในส่วนที่ขาด (Summarization)	1. สมาชิกสามารถอธิบายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า 2. สมาชิกสามารถบอกปัญหาของการรักษาที่ประสบได้ 3. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกความคาดหวัง เหตุผล และแรงจูงใจของตนเองที่มีต่อการรักษาได้
5 นาที	พร้อมต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ต่อไป		8. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย โดยแจ้งวันเวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป สัปดาห์หน้า	

ใบงานที่ 1 " เรียนรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า"

คำชี้แจง ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มละ 3-4 คนร่วมกันปรึกษาและตอบคำถามดังต่อไปนี้ ใช้เวลา
ประมาณ 10-15 นาที

1. โรคซึมเศร้า คือ อะไร

.....

.....

.....

2. สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า มีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

3. อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า มีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

4. การรักษาของโรคซึมเศร้า มีอะไรบ้าง จงอธิบาย

.....

.....

.....

.....

5. การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

.....

.....

.....

.....

ใบงานที่ 2 " ความล้มเหลวของฉัน "

คำชี้แจง ให้สมาชิกอ่านข้อคำถามดังต่อไปนี้ และตอบคำถามด้วยความเป็นจริงมากที่สุด

ฉันรู้ว่าสาเหตุที่ทำให้ฉันป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เพราะ.....

.....

.....

.....

.....

.....



ฉันมาเข้ารับการรักษาที่นี่เพราะว่า.....

.....

.....

.....

.....

เมื่อฉันได้เข้ารับการรักษาฉันหวังว่า.....

.....

.....

.....

.....

ฉันให้คะแนน ความตั้งใจของฉันที่จะเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง...

○ ○ ○ ○ ○ ○

สำหรับผู้ช่วยในการทำวิจัย
การประเมิน ใบงานที่ 1 "เรียนรู้อยู่กับโรคซึมเศร้า"

(ข้อละ 2 คะแนน จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน เกณฑ์การผ่าน 80% คือ 8 คะแนน)

1. โรคซึมเศร้า คือ อะไร

โรคทางจิตเวช โดยการตอบสนองของบุคคลทางจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย ที่แตกต่างไปจากเดิม โดยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการที่เด่นชัด ได้แก่ ความโศกเศร้า เสียใจ รู้สึกไร้ค่า หดหวัง มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต ร่วมกับมีอาการอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น ความรู้สึกเบื่อ หดความสนใจในสิ่งต่างๆ

ถ้าคำตอบที่ได้คล้ายกับเฉลย 80-100% ถือว่าได้ 2 คะแนน

ถ้าคำตอบที่ได้คล้ายกับเฉลย 60-79% ถือว่าได้ 1.5 คะแนน

ถ้าคำตอบที่ได้คล้ายกับเฉลย 50-69% ถือว่าได้ 1 คะแนน

ถ้าคำตอบที่ได้คล้ายกับเฉลย 30-49% ถือว่าได้ 0.5 คะแนน

ถ้าคำตอบที่ได้คล้ายไม่คล้ายกับเฉลย ถือว่าได้ 0 คะแนน

2. สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า มีอะไรบ้าง

ความผิดปกติของสารสื่อประสาท โดยสารสื่อประสาทไม่คงที่

ความผิดปกติของพันธุกรรม พบว่าถ้ามีบุคคลในครอบครัวป่วยจะมีโอกาสมากกว่าคนทั่วไป

2-3 เท่า

เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การเป็นหนี้ การตกงาน การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หย่าร้าง การป่วยด้วยโรคร้ายแรง

บุคลิกภาพส่วนบุคคล เช่น เป็นคนเก็บกด ชอบแยกตัว มองโลกในแง่ร้าย

ถ้าคำตอบที่ได้ตอบครบ 4 ข้อ ถือว่าได้ 2 คะแนน

ถ้าคำตอบที่ได้ตอบครบ 3 ข้อ ถือว่าได้ 1.5 คะแนน

ถ้าคำตอบที่ได้ตอบครบ 2 ข้อ ถือว่าได้ 1 คะแนน

ถ้าคำตอบที่ได้ตอบครบ 1 ข้อ ถือว่าได้ 0.5 คะแนน

ถ้าไม่สามารถตอบคำถามได้ ถือว่าได้ 0 คะแนน

3. อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า มีอะไรบ้าง

ด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว เบื่อหน่าย ไม่สนุกในกิจกรรมที่เคยทำ รู้สึกผิด โทษตนเอง รู้สึกไม่มีค่า ไม่สนใจตนเอง ขาดความมั่นใจ

ด้านความคิด เช่น คิดซ้ำ ไม่มีสมาธิ สับสน อายกตายน คิดมาก วิดกกังวล คิดลบต่อตนเอง และบุคคลอื่น สิ้นหวัง ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต

ด้านพฤติกรรม เช่น กระวนกระวายใจ เชื่องช้า เฉื่อยชา สีหน้าเฉยเมย หน้านิ่วคิ้วขมวด
แยกตัว ไม่สนใจตนเอง ไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน ทำร้ายตนเอง

ด้านร่างกาย เช่น การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนไป ท้องผูก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับหรือหลับมาก
เกินไป อ่อนเพลีย เหนื่อย ไม่ค่อยมีแรง

ถ้าคำตอบที่ได้ตอบครบ 4 ข้อ ถือว่าได้ 2 คะแนน

ถ้าคำตอบที่ได้ตอบครบ 3 ข้อ ถือว่าได้ 1.5 คะแนน

ถ้าคำตอบที่ได้ตอบครบ 2 ข้อ ถือว่าได้ 1 คะแนน

ถ้าคำตอบที่ได้ตอบครบ 1 ข้อ ถือว่าได้ 0.5 คะแนน

ถ้าไม่สามารถตอบคำถามได้ ถือว่าได้ 0 คะแนน

4. การรักษาของโรคซึมเศร้า มีอะไรบ้าง จงอธิบาย

การรักษาด้วยยาต้านเศร้า จะช่วยให้จิตใจสงบ ลดความหงุดหงิด ลดความกระวนกระวายใจ
ใช้เวลา 8 สัปดาห์ขึ้นไปยาจะออกฤทธิ์เต็มที่ ควรรับประทานต่อเนื่องจนกว่าแพทย์จะพิจารณาลด
หรือหยุดยา

การรักษาด้วยการบำบัดและการให้คำปรึกษา จะช่วยให้เรียนรู้ตนเอง ลดความทุกข์ใจ

ถ้าคำตอบที่ได้ตอบครบ 2 ข้อ ถือว่าได้ 2 คะแนน

ถ้าคำตอบที่ได้ตอบครบ 1 ข้อ ถือว่าได้ 1 คะแนน

ถ้าไม่สามารถตอบคำถามได้ ถือว่าได้ 0 คะแนน

5. การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ปรับหรือลดยาเอง

การมาพบแพทย์เป็นประจำทุกครั้งที่นัด และการเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง

การดูแลตนเอง ไม่เครียด ปรับความคิดของตนเองให้เป็นตามความเป็นจริง

การดูแลสุขภาพตนเอง การรับประทานอาหารให้ครบมื้อ การออกกำลังกาย

ถ้าคำตอบที่ได้ตอบครบ 4 ข้อ ถือว่าได้ 2 คะแนน

ถ้าคำตอบที่ได้ตอบครบ 3 ข้อ ถือว่าได้ 1.5 คะแนน

ถ้าคำตอบที่ได้ตอบครบ 2 ข้อ ถือว่าได้ 1 คะแนน

ถ้าคำตอบที่ได้ตอบครบ 1 ข้อ ถือว่าได้ 0.5 คะแนน

ถ้าไม่สามารถตอบคำถามได้ ถือว่าได้ 0 คะแนน

การประเมิน ใบงานที่2 " ความลังเลของฉัน "

การประเมินระดับคะแนนความตั้งใจที่จะเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง

รูปใบหน้า	ระดับคะแนน	การแปลความหมาย
	0	ไม่มีความตั้งใจที่จะเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง ขาดแรงจูงใจที่จะเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง ระดับคะแนนแรงจูงใจคือ 0% (Pre-contemplation)
	2	มีความตั้งใจที่จะเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่องเล็กน้อย มีแรงจูงใจเล็กน้อยที่จะเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง แต่ยังเห็นข้อเสียของเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง มากกว่าข้อดี ระดับคะแนนแรงจูงใจคือ 20% (Contemplation)
	4	เริ่มมีความตั้งใจ มีแรงจูงใจที่จะเข้ารับการรักษาย่าง ต่อเนื่อง เริ่มตระหนักถึงข้อดีข้อเสียในการเข้ารับการ รักษาย่างต่อเนื่อง ระดับคะแนนแรงจูงใจคือ 40% (Contemplation)
	6	เริ่มมีความตั้งใจ มีแรงจูงใจที่จะเข้ารับการรักษาย่าง ต่อเนื่อง เริ่มเห็นข้อดีในการเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง มากกว่าข้อเสีย ระดับคะแนนแรงจูงใจคือ 60% (Preparation)
	8	มีความตั้งใจ มีแรงจูงใจที่จะเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง เริ่มเห็นข้อดีในการเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง (มีการ รักษาย่างต่อเนื่องในช่วง 6 เดือน) ระดับคะแนนแรงจูงใจคือ 80% (Action)
	10	มีความตั้งใจจริง มีแรงจูงใจอย่างมากที่จะเข้ารับการรักษา อย่างต่อเนื่ง เห็นแต่ข้อดีในการเข้ารับการรักษาย่าง ต่อเนื่อง (มีการรักษาย่างต่อเนื่องในมากกว่า 6 เดือน) ระดับคะแนนแรงจูงใจคือ 100% (Maintenance)

คู่มือ



สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีความผิดปกติของการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ทางกาย และแรงจูงใจ บุคคลที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีความคิดและทัศนคติที่บิดเบือนต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ไม่ว่าจะในด้านความสามารถ สติปัญญา รวมถึงความสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจ ขาดแรงปรารถนาต่อการทำสิ่งต่างๆ ในชีวิต มีอารมณ์เศร้า หดหู่ ผิดหวัง รวมถึงมีความคิดอยากทำร้ายหรือฆ่าตัวตาย อาการเหล่านี้เมื่อเกิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน แม้จะมีการรักษาแต่สามารถที่จะกลับมาเป็นซ้ำได้ และส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน บทบาท การทำงานและกิจกรรมทางสังคมต่างๆไป

คู่มือ "เรียนรู้เมื่อเป็นโรคซึมเศร้า" เป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษาและการรับประทานยา การปรับเปลี่ยนความคิด และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

รัศมีสุนันท์ อิชฎานนท์
ผู้จัดทำ

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ชื่อผู้วิจัย นางสาวรัศมีสุนันท์ อิชฎานนท์ ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโทสาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่บ้าน) 222/113 หมู่บ้านอารียา เดอะคัลเลอร์ ถนนกาญจนาภิเษก ตำบลบางพลีใหญ่ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10540

โทรศัพท์ 090-9644888 E-mail Address: jirananit@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน 2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก (ค่าเฉลี่ย 16-29 คะแนน) โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรีรงค์ (2522) มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่เคยได้รับการบำบัดทางจิตด้วยการใช้ทฤษฎีการกำหนดตนเอง การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการปรับกระบวนการความคิดมาก่อน ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการบำบัด เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพและอาการทางจิตกำเริบ หรือมีความคิดฆ่าตัวตายระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ โดยแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 18 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 ราย

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมะกา
รักษ จ.กาญจนบุรี ซึ่งได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่
แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการสิ่งแวดล้อมให้
คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพความสะอาดบ้านและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านของทีมสห
วิชาชีพ

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานโดยใช้ทฤษฎี
การกำหนดตนเองของ Deci & Ryan (2008) ผสานแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Miller &
Rollnick, 2002) และการปรับกระบวนการคิดใหม่ (Beck, 1979) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 5
กิจกรรม จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันนาน 5 สัปดาห์ โดยการบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลา 60-
90 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในชีวิต เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อ
เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น เพื่อค้นหาข้อมูลที่
ต้องการจากการสร้างสัมพันธภาพวิเคราะห์ในการให้การบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง คือ
ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อค้นหาปัญหา สำรวจความลังเล และประเมินแรงจูงใจ
กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยจะเริ่มสำรวจเหตุผลของการเกิดภาวะซึมเศร้าของตนเอง รวมถึงได้วิเคราะห์
ถึงปัญหาที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า *ครั้งที่ 2* การเสริมแรงจูงใจ เตรียมความพร้อมเปลี่ยนแปลงตนเอง
ไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยจะได้สำรวจประเมินความพร้อมของตนเอง ค้นหาเหตุผลเพื่อลด
ความลังเลในการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลตนเอง บอกประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงรวมถึง
ผลลัพธ์ที่ได้

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกระบวนการคิดใหม่ (การตรวจสอบตัวเสริมแรงที่ก่อให้เกิดความคิดที่
เป็นปัญหา และเปลี่ยนมุมมองการรับรู้ปัญหาใหม่) เป็นการให้การบำบัดเพื่อเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ
ด้านลบที่มีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ทำการสนับสนุนและกระตุ้นเหตุผลในการเปลี่ยนความคิดด้วย
การนำสิ่งสำคัญมาเป็นเป้าหมาย ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง คือ *ครั้งที่ 3* การค้นหาความคิดด้านลบ
และด้านบวกที่มีต่อตนเองและสังคม การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบเพื่อเรียนรู้ตัวเอง เป็นการ
ประเมินความคิด ความรู้สึก อารมณ์ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า *ครั้งที่ 4* การค้นหาความ
ตั้งใจที่จะเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเองและผู้อื่น เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมองหาสิ่งสำคัญที่
เป็นพลัง เป็นแรงปรารถนา การสร้างแรงจูงใจ ค้นหาเป้าหมาย ค้นหาสิ่งสำคัญและคุณค่าในชีวิตของ
ผู้ป่วย รวมถึงความหวังที่จะช่วยให้ดำเนินชีวิตไปอย่างมีความหมาย หาเหตุผลที่นำไปสู่การเปลี่ยน
ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างพลังใจภายในที่เข้มแข็งเพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข และการสิ้นสุดสัมพันธภาพ (การสร้างพลังใจหมายถึง พลังที่เป็นแรงผลักดัน แรงจูงใจภายในอันนำไปสู่การเป็นอยู่ที่ดีขึ้น) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ *ครั้งที่ 5* กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวถึงความรู้สึกที่ได้เปลี่ยนแปลงตนเอง การสร้างเป้าหมาย รวมถึงการค้นหาทางเลือกที่หลากหลายเพื่อเป็นแรงผลักดันไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (ซึ่งต้องระบุในโครงการวิจัยด้วย) ทำด้วยวิธีกลุ่มบำบัด ผู้ดำเนินการกลุ่มนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ที่ได้รับการอบรมการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจจากผู้เชี่ยวชาญ

7. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยวิธีใดๆก็ตาม หากพบว่าผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/ แนะนำ ให้ผู้วิจัยระบุว่า จะดำเนินการโดย

7.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนิก จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียน ซึ่งแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มที่กำหนดหรือไม่

7.2 หากพบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นกลุ่มตัวอย่างเซนต์ซื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

7.3 ทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched paired) กลุ่มละ 20 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งกระทบต่อการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ อายุ (Sadock & Sadock, 2003) และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ต้องใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อการคัดกรอง ต้องได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจหน้าที่ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนิก จังหวัดกาญจนบุรี

8. การวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาต้องได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ผู้ดูแล

9. การใช้เวชระเบียน เนื่องจากการวิจัยนี้ต้องมีการกระทำต่อผู้ป่วยและใช้เวชระเบียน ต้องได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจหน้าที่ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนิก และการยินยอมจากผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนิก

10. ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆที่เกี่ยวกับ **อันตราย** หรือ **ความเสี่ยง** ที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน เป็นการบำบัดที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับกระบวนการความคิด เพื่อส่งเสริมการมีอิสระแห่งตนด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม อีกทั้งพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง เพื่อนำไปลดภาวะซึมเศร้าและการกลับมาเป็นซ้ำ

11. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับโดยระบุให้ชัดเจน เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

12. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลที่เพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายัง**สมัครใจ**จะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่อย่างไร ยกเว้นไม่ต้องระบุข้อความนี้เมื่อทำการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งเดียว และไม่สามารถติดต่อผู้เข้าวิจัยได้อีก

13. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

14. ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าพาหนะ ค่าชดเชยการเสียเวลา หรือของที่ระลึกให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

15. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่น่าพอใจขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวรัศมีสุนันท์ อิชฎานนท์ ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโทสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย **สถานที่ติดต่อผู้วิจัย** (ที่บ้าน) 222/113 หมู่บ้านอารียา เดอะคัลเลอร์ ถนนกาญจนาภิเษก ตำบลบางพลีใหญ่ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10540 โทรศัพท์ 090-9644888

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดี ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรีรงค์ (2522) แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา(Treatment Motivation Questionnaire) ตามแนวคิดทฤษฎีการกำหนดตนเองของ Deci & Ryan (1991) พัฒนาเครื่องมือโดย Ryun, Plant, & O' Malley (1995) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสวัสดี เทียงธรรมและภัทราภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ (2546) นำมาประยุกต์โดย วนิตา พันธุ์สุรินทร์ (2556) และเข้าร่วมการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานโดยใช้ทฤษฎีการกำหนดตนเองของ Deci & Ryan (2008) ผสานแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Miller & Rollnick, 2002) และการปรับกระบวนการความคิดใหม่ (Beck, 1979) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันนาน 5 สัปดาห์ โดยการบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในชีวิต** ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง คือ *ครั้งที่ 1* การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อค้นหาปัญหา สำรวจความล้มเหลว และประเมินแรงจูงใจ *ครั้งที่ 2* การเสริมแรงจูงใจ เตรียมความพร้อมเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดียิ่งขึ้น **ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกระบวนการคิดใหม่** ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง คือ *ครั้งที่ 3* การค้นหาความคิดด้านลบและด้านบวกที่มีต่อตนเองและสังคม *ครั้งที่ 4* การค้นหาความตั้งใจที่จะเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติแง่ลบที่มีต่อตนเองและผู้อื่น **ขั้นตอนที่ 3 การสร้างพลังภายในที่**

เข้มแข็งเพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข และการสิ้นสุดสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ *ครั้งที่ 5* กระตุ้นให้ผู้ปกครองกล่าวถึงความรู้สึกที่ได้เปลี่ยนแปลงตนเอง การสร้างเป้าหมาย รวมถึงการค้นหาทางเลือกที่หลากหลายเพื่อเป็นแรงผลักดันไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากงานวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากงานวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมะการักษ์

เลขที่ ๒๑๑๙โรงพยาบาลมะการักษ์
อ.ท่ามะกา กจ ๗๑๑๒๐

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า การวิจัยเรื่อง ผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีนางสาวรัศมีสุนันท์ อิชฎานนท์ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการวิจัย ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมโรงพยาบาลมะการักษ์แล้ว ไม่ส่งผลกระทบต่อด้านสิทธิมนุษยชนและด้านจริยธรรมของผู้ป่วย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ลงชื่อ.....

(นายธีระชัย คงเอี่ยมตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์

วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๕๘

เลขที่การวิจัย : ๑๐/๕๘
วันที่พิจารณาอนุมัติให้การรับรอง : ๒๖ ตุลาคม ๒๕๕๘
วันหมดอายุการรับรอง : ๒๖ ตุลาคม ๒๕๕๙ (๑ ปี)
ผู้บันทึก : นางสาวจิรวดี เหลืองวุฒิชัยธรรม

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวรัศมีสุนันท์ อิชฎิฆานนท์ เกิดเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2530 ที่จังหวัดกาญจนบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ปีการศึกษา 2552 จากนั้นเข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2556

ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหารมย์ ทุนต้นกล้าอาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

