

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบบ่อยจนเปรียบเสมือน "โรคหัวใจทางด้านจิตใจ" และถูกมองข้าม เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาด้วยอาการทางกาย เพราะไม่ทราบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจนั้น เป็นอาการของโรคซึมเศร้า (มานิช หล่อตระกูล, 2549) พบได้ทุกเพศทุกวัย ทุกอายุ และอาชีพ ทุกเชื้อชาติ ประมาณกันว่าคนทั่วไป 1 ใน 10 -20 คน (หรือร้อยละ 20) มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า (ดวงใจ กสานติกุล, 2549) องค์การอนามัยโลกร่วมกับธนาคารโลก ได้คาดการณ์ไว้ว่าโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลก ซึ่งในปี 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่เป็นนานถึงเรื้อรัง และเป็นซ้ำได้บ่อย (กรมสุขภาพจิต, 2548) ส่งผลกระทบต่อการเรียน การทำงาน ครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ คนที่เป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ การใช้สุราหรือยาเสพติด มีเหตุให้ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคทางกายสูง และการที่มีอาการเรื้อรัง ทำให้คุณภาพการทำงานด้อยลง (impair performance) และสูญเสียผลิตภาพ (productivity) (สรยุทธ วาสิกนันท์, 2547) โรคซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ก่อให้เกิดความสูญเสียหลายด้าน ทั้งด้านครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม เป็นจำนวนอย่างน้อย 5,500 ล้านบาทต่อปี ซึ่งคำนวณจากจำนวนปีที่สูญเสียสุขภาพ หรือ Disability-Adjusted Life Year, DALYs จากการศึกษาข้อมูลในปี พ.ศ. 2542 พบว่าการสูญเสียปีสุขภาพ (DALYs) ของโรคซึมเศร้า เท่ากับ 147,988 DALYs ซึ่งถือว่าสูงที่สุดในกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2549)

ในประเทศไทย จากสถิติของผู้มารับบริการในหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 13.3 ต่อแสนประชากร นั่นคือมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ประมาณ 1.2 ล้านคน ในจำนวนนี้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง 871,700 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง 321,300 คน อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน สำหรับผู้ชายพบมากที่สุดในช่วงอายุ 55-59 ปี และในผู้หญิงพบมากที่สุดในช่วงอายุ 45-54 ปี โดยผู้หญิงมีอัตราเป็นโรคซึมเศร้า มากเป็น 2 เท่าของผู้ชาย และกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น ยังพบว่ามีทางเลือกใช้วิธีรุนแรงทำร้ายตนเองมากกว่าคนทั่วไป 2 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2548) ความคิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตายนั้น พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Committed suicide) สูง โดยในปี พ.ศ. 2541 – 2548 เท่ากับ 7.9, 8.5, 8.2, 7.7, 7.5, 7.1, 6.9 และ 6.34 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2549) เมื่อศึกษาย้อนหลังในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าเป็น primary depressive disorders (มานิช หล่อตระกูล,

2549) และมากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ไม่ได้รับการรักษา ที่ถูกต้อง ทั้งๆที่โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่รักษาได้ ประมาณร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วย สามารถรักษาได้ด้วยยาต้านเศร้าร่วมกับจิตบำบัด แม้ว่าจะต้องใช้ระยะเวลาหลายสัปดาห์ (Patrick J. McGrath, Jonathan W. Stewart et al, 2006, ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

โรคซึมเศร้าเป็นการป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ และความคิด ซึ่งผลของโรคกระทบต่อชีวิตประจำวัน ทำให้การดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงและเกิดความทุกข์ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล บางครั้งอาจจะทำให้ครอบครัวแตกแยก เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในหลายลักษณะโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมร่วมกับอาการทางร่างกายต่างๆ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ อารมณ์เปลี่ยนแปลง ความคิดเปลี่ยนไป มองอะไรก็รู้สึกไม่ดีไปหมด สมาธิความจำลดลง จะหลงลืมง่าย โดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ๆ มีอาการทางร่างกายต่างๆร่วม ที่พบบ่อยคืออ่อนเพลีย ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป มีปัญหาในการทำงาน ความรับผิดชอบต่องานลดลง และอาการโรคจิต มักพบในรายที่เป็นรุนแรง จะพบอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย ซึ่งปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ กรรมพันธุ์ สารเคมีในสมอง และการมีแนวคิดที่ทำให้ตนเองซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2549) โดยมีความเครียดทางจิตสังคมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้ามากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2548) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า ไม่ได้รับการรักษาทางจิตเวช หรือรักษาไม่ต่อเนื่อง เพราะการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้านั้น อาการไม่ได้ดีขึ้นภายในเวลาอันรวดเร็ว ต้องใช้เวลาในการรักษาประมาณ 9 -12 เดือน อีกทั้งยาบางอย่างมีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยทนไม่ได้ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งขาดการรักษาไป ส่งผลให้เป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตใจเบื้องต้น การให้ข้อมูล และคำแนะนำต่างๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะเพิ่มความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วย (John R. Geddes, Stuart M. Caley et al. 2003, มาโนช หล่อตระกูล, 2549)

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นจังหวัดที่รองรับการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 จึงมีความเจริญในหลายด้าน ทั้งด้านอุตสาหกรรม เกษตรกรรม และการคมนาคม จำนวนประชากรมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ.2548 มีจำนวน 762,863 คน เป็นชาย 369,470 คน และหญิง 393,393 คน การปกครองแบ่งเป็น 16 อำเภอ มีสถานประกอบกิจการ รวม 2,950 แห่ง กระจายอยู่ในทุกอำเภอ และมีนิคมอุตสาหกรรมที่มีสถานประกอบการขนาดกลาง (500-999 คน) และสถานประกอบการขนาดใหญ่ (1,000 คนขึ้นไป) อยู่ใน 6 อำเภอ ได้แก่ บางปะอิน อุทัย เสนา ท่าเรือ นครหลวง และวังน้อย มีจำนวนลูกจ้าง รวม 267,213 คน ซึ่งส่วนใหญ่มาจากต่างจังหวัด ลักษณะของครอบครัวในอำเภอพระนครศรีอยุธยาและอำเภอที่มีนิคมอุตสาหกรรม ส่วนมากเป็นครอบครัวเดี่ยว ส่วนอำเภออื่นๆมีลักษณะการอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวขยาย (สำนักงานสวัสดิการ

และคุ้มครองแรงงานจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2549) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม อันสืบเนื่องมาจากการพัฒนา ด้านอุตสาหกรรม และการขยายตัวของชุมชน ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ท้อแท้ สิ้นหวัง อันนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนวรรณ พยุงผล (2545) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า เพศ ลักษณะงาน รายได้ต่อเดือน การสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า องค์ประกอบต่างๆ ดังกล่าวเป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดการป่วยด้วยโรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depressive disorder) โรคซึมเศร้าปานกลางแต่เรื้อรังเกิน 2 ปี (Dysthymia) หรือโรคซึมเศร้าที่จำแนกหรือระบุกลุ่มไม่ได้ (Depressive disorder not otherwise specified) (มาโนช หล่อตระกูล, 2549)

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางอารมณ์ ที่มีลักษณะอาการ พบได้ทั้งด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน ส่งผลกระทบต่อชีวิต บุคคลในครอบครัว การทำงาน การดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ รวมถึงการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2544) และเป็นปัญหาในระดับประเทศ (กรมสุขภาพจิต, 2549) โดยในการศึกษาของมาโนช หล่อตระกูลและอุไร บูรณพิเชษฐ (2542) พบว่าอาการรู้สึกผิดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยโรควิตกกังวล และบุคคลปกติ โดยมีความสัมพันธ์ในทางเดียวกันระหว่างอาการรู้สึกผิดกับภาวะซึมเศร้า และนอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการและพฤติกรรม การดูแลตนเองในด้านลบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ กสานติกุล (2542) ที่ได้ศึกษาอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ 1) เบื่ออาหาร 2) นอนไม่หลับหรือต้องไ้ยาช่วยให้หลับ 3) อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย 4) คิดมาก กังวล 5) รู้สึกไม่สบายใจ 6) รู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูดคุย 7) ใจลอย ไม่มีสมาธิ 8) อยากอยู่เฉยๆ ไม่อยากทำอะไร 9) รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ 10) ชีวิตอนาคตไม่น่าอยู่ 11) ร้องไห้ หรืออยากร้องไห้ 12) ตัดสินใจไม่ได้ แม้ในเรื่องเล็กๆน้อยๆ 13) ชีวิตไม่มีความสุข 14) รู้สึกเศร้าซึมเมื่อตื่นนอนตอนเช้า 15) รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า 16) ดำหนิหรือกล่าวโทษตนเอง 17) เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่าง แม้ในสิ่งที่เคยชอบ 18) คิดอยากตาย 19) คนอื่นทักว่าดูเครียด ซึมหรือหมองคล้ำ และ 20) เคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยโรควิตกกังวล และบุคคลปกติ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความถี่ของอาการและพฤติกรรมทั้ง 20 ข้อดังกล่าว มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และจากการศึกษาของวีระ ชูรุจิพร (2542) ได้ทำการสุ่มเก็บข้อมูลประชากรทั่วไปทั่วประเทศ 7,432 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 33.8 เพศหญิง ร้อยละ 66.2 อายุเฉลี่ย 38.3 ปี โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบวัด BDI (Beck Depression Inventory) และแบบวัดวิธีการจัดการกับปัญหาของ Jalowice พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้า

ที่มีความรุนแรงในระดับควรพบแพทย์ ถึงร้อยละ 38.1 สำหรับวิธีการจัดการปัญหา พบว่าวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยการระบายอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา การมองโลกในแง่ร้าย การบรรเทาอารมณ์และการพึ่งตนเอง มีความสัมพันธ์โดยตรงกับอาการซึมเศร้า แต่การเผชิญปัญหาจะมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับภาวะซึมเศร้า ส่วนการมองโลกในแง่ดี กับการอาศัยแหล่งช่วยเหลือไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของนุสรา วรภัทรพร (2547) ที่ศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายการจัดการอาการโรคซึมเศร้าว่าเป็นการแก้ไขปัญหา การบรรเทา หรือหลีกเลี่ยงอาการ ประสบการณ์จัดการอาการโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1) การจัดการอาการโดยผู้อื่น โดยการไปพบแพทย์/ไปโรงพยาบาล เพื่อการรับประทานยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรับการปรึกษา 2) การจัดการอาการด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ การไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การระบายอารมณ์ให้กับคนใกล้ชิดและการควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติ และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น ก็เป็นบุคคลหนึ่งซึ่งมีความต้องการด้านสัมพันธ์ภาพ สำหรับบุคคลที่มีวุฒิภาวะ จะสามารถผสมผสานความต้องการและประสบการณ์อย่างมีแบบแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้ แต่มีบางภาวะที่กระบวนการผสมผสานนี้ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากถูกขัดขวาง หรือบุคคลมีความต้องการสูงขึ้นจากเดิมที่เคยเป็นอยู่ ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ คับข้องใจ เครียด และวิตกกังวล บุคคลจึงพยายามหาหนทางให้ตัวเองสมหวัง และในหนทางนี้จำเป็นต้องมีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นๆ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งทฤษฎีการพยาบาล จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นบุคคลหนึ่ง ที่มีความต้องการจะดูแลตนเอง ด้วยการกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อช่วยให้ตนเองมีอาการซึมเศร้ามลดลง หรือทุเลาจากอาการต่างๆ ได้ ในขณะที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีทักษะและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีการหนีและการปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมา ในด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักไม่พยายามที่จะใช้เครือข่ายทางสังคมให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ส่วนด้านจิตวิญญาณซึ่งเป็นเรื่องของสติปัญญาที่จะรู้ และเข้าใจชีวิตหรือโลกตามที่เป็นจริง จินตนา ยูนิพันธ์ (2534ก) เชื่อว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณ คือการที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนยึดถือ สามารถช่วยขัดเกลาจิตใจ ให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข

ดังนั้น การพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงเป็นลักษณะของการปฏิบัติพยาบาลที่ควรดำเนินการ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างถูกต้อง และเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าทุเลา ผู้ป่วยจะกลับมาเป็นผู้ที่มีจิตใจแจ่มใส พร้อมจะทำกิจวัตรต่างๆดังเดิม สามารถลดอัตราการกลับเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำ และการเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง รวมถึงลดการเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์หลักในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต เพื่อการบรรลุสู่เป้าหมาย ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการสร้างสุขภาพคนไทยแข็งแรง

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 500 เตียง รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและจังหวัดใกล้เคียง มีภาระกิจดูแลในระดับตติยภูมิ โดยครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยบริการอื่น ๆ ในการรับและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง ทั้งจากโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ได้แก่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำหรับผู้ป่วยจิตเวชจะอยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานจิตเวช ประกอบด้วยงานจิตเวชผู้ใหญ่ และงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยงานจิตเวชผู้ใหญ่จะรับบริการผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผ่านมา กรณีที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงมาก โรงพยาบาลจะให้คำปรึกษาและจิตแพทย์ตรวจรักษา ให้ยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน แล้วนัดมาทุก 1 - 2 สัปดาห์ หรือนัดช่วงสั้นๆ ในช่วงที่อาการผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น จนกระทั่งอาการทางจิตดีขึ้น จึงนัดทุก 1 - 3 เดือน กรณีที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ไม่สามารถดูแลและควบคุมตนเองได้ จิตแพทย์ จะพิจารณารับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน หรือส่งต่อโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช

จากสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก งานจิตเวชผู้ใหญ่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในปีงบประมาณ 2547-2549 พบว่าสูงขึ้นคือ 96, 133 และ 162 คน ตามลำดับ ในขณะที่มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายมารับบริการเฉลี่ย 12 - 16 คนต่อเดือน ในจำนวนนี้ ร้อยละ 80 เป็นเพศหญิงและทำงานในนิคมอุตสาหกรรม ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีปัญหาในด้านการปรับตัว (Adjustment disorder) มีส่วนน้อย คือร้อยละ 1-2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่พบในการปฏิบัติงาน คือ อัตราการไม่มาตามนัด และเกิดอาการกลับเป็นซ้ำเพิ่มสูงขึ้น เป็นร้อยละ 20, 23 และ 32 ตามลำดับ เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เพราะทนไม่ไหวกับผลข้างเคียงของยา หรือคิดว่าหายแล้ว จึงไม่ยอมรับประทานยาต่อเนื่อง บางรายญาติและเพื่อนให้ข้อมูลผิดๆ ว่าการรับประทานยาจะทำให้ติดยาหรืออาการเป็นมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยหยุดการรักษา ซึ่งการรักษาในปัจจุบันคือการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนพยาบาลจะร่วมค้นหาสาเหตุของ

การเกิดภาวะซึมเศร้า ให้การ ดูแลด้านร่างกาย จิตใจ ส่งเสริม ปรับความคิด อารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วย เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มองตนเองด้านบวก จนสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งแนวทางการ ปฏิบัติเหล่านี้มีการปฏิบัติ แต่ไม่ครอบคลุมต่อเนื่อง และยังไม่ีรูปแบบที่ชัดเจน การจะประสบ ความสำเร็จในการรักษาพยาบาล ต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้ง ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความบอบช้ำของจิตใจ และไม่แสดงออกอย่างชัดเจนถึง ความต้องการของตน ดังนั้น การใช้สัมพันธภาพบำบัดแบบรายบุคคล โดยพยาบาลใช้บทบาท ต่างๆได้แก่ เป็นคนแปลกหน้า (Stranger) เป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) เป็นครู (Teacher) เป็น แหล่งสนับสนุน (Resourcer) ร่วมกับการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, อัมไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2544) จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีชีวิตที่ปกติสุขได้

พยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และยังมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต ในอันที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร่าด้วยวิธีการบำบัดทางการพยาบาล ซึ่งเป็นกิจกรรม ที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, อุงุ่น พยุงธรรมและคณะ, 2548) ผู้ศึกษาจึงได้นำการใช้สัมพันธภาพบำบัด ซึ่งมี 4 ระยะเวลา ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 การสร้างความไว้วางใจและให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ครั้งที่ 2 การสำรวจและ ค้นหาปัญหาพร้อมทั้งการปรับเปลี่ยนความคิดและการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ครั้งที่ 3 การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ครั้งที่ 4 การติดตาม เยี่ยมบ้านและการส่งเสริมความผูกพันทางจิตวิญญาณ และครั้งที่ 5 การสรุปและประเมินผล โดย พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบ และ เป็นขั้นตอน ในลักษณะการสร้างสัมพันธภาพ ให้การปรึกษา แนะนำ สอน ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ พัฒนาศักยภาพของตนเอง สามารถกำหนดเป้าหมาย กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ จิต โดยใช้ทรัพยากรภายใน และภายนอกของตนที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการตอบสนอง ความต้องการของตน ก่อให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข และสามารถใช้เป็นแนวทางใน การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร่าอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและ หลังการใช้สัมพันธภาพบำบัด

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนาคู่มือการใช้สัมพันธภาพบำบัด ซึ่งอาศัยแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Hildegard E. Peplau (1952) โดยเน้นการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534ก) ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มาผสมผสานเป็นคู่มือการใช้สัมพันธภาพบำบัดในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ และการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ ตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในลักษณะการใช้สัมพันธภาพบำบัด ปฏิบัติกิจกรรมทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยพบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 40 - 60 นาที รวม 5 ครั้ง รวมเวลา 5 สัปดาห์ กิจกรรมเน้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม และแลกเปลี่ยนความคิด ทำให้เกิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จากการศึกษาของธนพร วิชชเวศคามินทร์ (2547) พบว่า สัมพันธภาพบำบัดช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้น และจากกรณีศึกษาของประคอง นาโพชนันท์ (2547) พบว่า การนำสัมพันธภาพบำบัดแบบรายบุคคลมาเป็นเครื่องมือ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย เกิดผลสำเร็จช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

สัมพันธภาพบำบัด ในแต่ละระยะมีทั้งความคาบเกี่ยว (Overlapping) และความเกี่ยวพันกัน (Interlocking) ประกอบด้วย การดำเนินการใน 4 ระยะ จำนวน 5 ครั้ง ซึ่งพยาบาลมีบทบาทหลายบทบาท ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น

ครั้งที่ 1 การสร้างความไว้วางใจและให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว ซึ่งพยาบาลมีบทบาทเป็นคนแปลกหน้า (Stranger) โดย แนะนำตนเอง พูดคุยเรื่องทั่วไป สร้างความคุ้นเคย ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการสนทนา กำหนดข้อตกลง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาล เกิดความไว้วางใจ ทำให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์ใจ ถ่ายทอดความรู้สึกที่แท้จริง และบอกปัญหาที่อยู่ให้พยาบาลรับรู้ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือได้ถูกต้อง รวมทั้งการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิด มีแรงจูงใจ และให้ความร่วมมือในการใช้สัมพันธภาพบำบัดครั้งต่อไป เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539 ,มาโนช หล่อตระกูล, 2549, อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2544)

ระยะที่ 2 และ 3 ระยะระบุปัญหาและแก้ปัญหา

ครั้งที่ 2 การสำรวจและค้นหาปัญหา โดย พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ช่วยให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเองในด้านพฤติกรรม ความคิดของตนเองว่า กำลังทำอะไร และมีความรู้สึกอย่างไร ให้ผู้ป่วยพูดถึงปัญหาใดปัญหาหนึ่งเป็นเรื่องๆไป มีการปรับเปลี่ยนความคิด และการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ยอมรับทั้งจุดเด่น จุดด้อยของตนเองได้ เป็นการให้ผู้ป่วยได้เข้าใจตนเอง รวมทั้งมองเห็นข้อดีข้อเสียของตน ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง เกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้มีความเข้มแข็ง มีพลังในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข ,ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539)

ครั้งที่ 3 การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัว และการฝึกทักษะการผ่อนคลาย โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) และเป็นครู (Teacher) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามความต้องการ หรือความสนใจของผู้ป่วยแต่ละคน เกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยทั่วไป ได้แก่ การ รับประทานอาหาร การพักผ่อน และการออกกำลังกาย การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ การสื่อสารที่ดี และมีประสิทธิภาพ ความรู้ดังกล่าวจะเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยแต่ละคน ให้สามารถนำไปปฏิบัติตามที่ตนเองตัดสินใจ เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลได้พิจารณาไตร่ตรอง และตัดสินใจที่จะปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเป็นความรู้ที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542 , ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539) และการฝึกทักษะการผ่อนคลาย โดยการที่พยาบาลสอน และสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน เป็นการบำบัดทางการพยาบาลอย่างหนึ่งที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้โดยลำพัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การเผาผลาญลดลง อัตราการหายใจลดลง และทำให้สุขภาพอยู่ในสภาพที่ดีขึ้น จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ข) เชื่อว่าบุคคลที่ฝึกการผ่อนคลาย จะสามารถปรับตัวและเผชิญกับความกดดันในชีวิตประจำวันได้ ทั้งนี้เพราะในภาวะที่ผ่อนคลาย การกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic จะลดลงด้วย จึงช่วยลดอันตรายที่จะเกิดจากการที่ร่างกายอยู่ในภาวะเครียดยาวนานช่วยให้จิตใจสงบ สบาย ซึ่งส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพกายและจิตที่ดี สามารถควบคุมและดูแลตนเองได้

ครั้งที่ 4 การติดตามเยี่ยมบ้านและการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดย พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานอนามัย เพื่อเตรียมการยุติสัมพันธภาพและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องร่วมกับ

การพูดคุยกับผู้ป่วย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางด้านความเชื่อ ค่านิยม ในสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพ นับถือ ศรัทธา ช่วยให้ผู้สบายใจขึ้น จินตนา ยูนิพันธ์ (2534ก) เชื่อว่าบุคคลที่มีจิตวิญญาณดีจะส่งผล ให้ผู้ป่วยมีความหวัง เกิดความสงบ มีพลังใจเข้มแข็ง ทำให้แก้ไขปัญหาคือชีวิตและอุปสรรคได้ด้วย เหตุผลและปัญญา ส่งผลให้มีการปรับตัว มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

ระยะที่ 4 ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ

ครั้งที่ 5 การสรุปและประเมินผล พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) และ แหล่งสนับสนุน (Resourcer) เป็นการสรุปและประเมินความก้าวหน้า ของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ให้แนวทางและวิธีป้องกันการเจ็บป่วย รวมถึงการใช้แหล่งบริการในชุมชนให้เป็นประโยชน์ และดำเนินการยุติสัมพันธภาพบำบัด

จากเหตุผลดังกล่าว จึงสรุปสมมุติฐานว่า การใช้สัมพันธภาพบำบัด ซึ่งดำเนินการแบบ รายบุคคลนี้ จะสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ละคน มีความคิดต่อตนเองทางบวก มีความหวัง แรงจูงใจ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตถูกต้อง เหมาะสม เป็นผลดีต่อการรักษาโรคซึมเศร้า ลดอัตราการป่วยซ้ำหรือขาดการรักษา ผู้ป่วยสามารถดำเนิน ชีวิตได้ตามศักยภาพ และมีชีวิตที่ปกติสุข

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการใช้สัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพ จิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ แผนกผู้ป่วยนอก งานจิตเวชผู้ใหญ่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาใน แผนกผู้ป่วยนอก งานจิตเวชผู้ใหญ่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ สัมพันธภาพบำบัด

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วย โรคซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้สัมพันธภาพบำบัด หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการใช้กระบวนการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ได้แก่ การให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันค้นปัญหา ระบุนปัญหา กำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดีและร่วมแก้ปัญหาไปสู่การปรับตัว

เพื่อการดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจ ตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยใช้ศักยภาพของตนเอง ซึ่งให้การดูแลช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ โดยนำความรู้ในเรื่องทฤษฎีและการปฏิบัติทางการแพทย์ เทคนิคการติดต่อสื่อสาร ด้วยการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบวิชาชีพ กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก งานจิตเวชผู้ใหญ่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ให้สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพื่อการมีชีวิตปกติสุข แนวทางในการดูแลประกอบด้วย การใช้สัมพันธภาพบำบัด ซึ่งดำเนินการแบบรายบุคคล โดยใช้ทักษะในการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย ช่วยเหลือระดับระบอบจิตใจ ให้ข้อมูลความรู้ สอน แนะนำ ให้คำปรึกษา เสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้แบบแผนความคิดของบุคคล การสร้างความหวังและกำลังใจ พัฒนาทักษะทางสังคม การเผชิญปัญหา รวมทั้งการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้ศึกษาใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

1. การสร้างความไว้วางใจและให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 40-60 นาที โดยพยาบาลพูดคุย แนะนำตนเอง กำหนดข้อตกลง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการสนทนาและพูดคุยเรื่องทั่วไป สร้างความคุ้นเคย เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาล เกิดความไว้วางใจ และบอกปัญหาให้พยาบาลรับรู้ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือได้ถูกต้อง

2. การสำรวจและค้นหาปัญหา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิด และการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 40-60 นาที โดยให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก ความคิด รับรู้พฤติกรรมของตนเอง ยอมรับจุดเด่น จุดด้อยของตนเอง ระบุสิ่งที่ภาคภูมิใจ สิ่งสำคัญในชีวิตที่อยากกระทำ เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยได้ระบาย และรับรู้ความรู้สึกของตนเอง

3. การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและฝึกทักษะในการผ่อนคลาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกัน 1 ครั้ง ครั้งละ 40-60 นาที โดยพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองทั่วไป การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม การใช้เวลาว่างที่มีประโยชน์ รวมทั้งการสอนและสาธิตการฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน

4. การติดตามเยี่ยมบ้านและการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 40-60 นาที ซึ่งเป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย เพื่อเตรียมการยุติสัมพันธภาพและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ร่วมกับการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือและศรัทธา

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ด้วยการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน

5. การสรุปและประเมินผล หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 40-60 นาที เป็นการสรุปและประเมินความก้าวหน้าของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต ช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ให้แนวทางและวิธีป้องกันการเจ็บป่วย รวมถึงการใช้แหล่งบริการในชุมชนให้เป็นประโยชน์ และดำเนินการยุติสัมพันธภาพบำบัด

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลสามารถกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี ตามแนวทางการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข และการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534ก) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการดูแลตนเองของ Hill & Smith และแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem โดยประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534ข) ซึ่งครอบคลุมถึง การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การดำรงรักษาสัมพันธภาพในครอบครัว การใช้เวลาว่างอย่างเหมาะสม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้ DSM-IV criteria (American Psychiatric Association, 1994) ได้แก่ผู้ป่วย Major depressive disorder ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก งานจิตเวชผู้ใหญ่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงมาก ประเมินได้จากแบบวัด ภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างถึงใน ทมาภรณ์ บูรณสมภพ, 2547) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ เช่น รู้สึกเศร้า ไม่อยากพูดคุย ไม่รับประทานอาหาร นอนไม่หลับ คิดมาก ใจลอย ไม่มีสมาธิ อยากรู้สึกเฉยๆ ไม่อยากทำอะไร รู้สึกชีวิตไม่มีความสุข เชื่องซึม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการให้การพยาบาล และดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้สัมพันธภาพบำบัด
2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาต่อ และปรับใช้สัมพันธภาพบำบัด ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายกัน