

ผลของการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะ
ซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้า อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์

The Effects of Group Mental Strengthening on Self-Esteem to Reduce
Depression in Depressed Patients in Thong Saen Khan District,
Uttaradit Province

เฉลิมพล พงษ์พิชิต¹ สุจิตรา จอมดวง²

¹Chalernpol Pongpichit and ²Sujitra Chomduang

¹นายแพทย์ชำนาญการ ²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลทองแสนขัน

(Received: April, 5 2026; Accepted: April 25, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการในคลินิกโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้า 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะซึมเศร้าแบบวัดพลังจิตและแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบผลภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้ามีพลังจิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองมีความต่างของคะแนนเฉลี่ยพลังจิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและความต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิต, ภาวะซึมเศร้า, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ผู้ป่วยซึมเศร้า

Abstract

This research aims to study the effects of group mental strength building on self-esteem to reduce depression in depressed patients. The sample consisted of 40 depressed patients who came for services at the Depression Clinic of Thong Saen Khan Hospital, Uttaradit Province. They were divided into an experimental group and a control group, 20 people each. The experimental group received a 6-week group mental strength-building program to enhance self-esteem and reduce depression in depressed patients, once a week for 45-60 minutes each session. The control group received standard care. The research instruments included data collection tools such as personal information forms, depression assessment forms, mental strength assessment forms, and self-esteem measurement forms. The experimental tool was the group mental strength building program for improving self-esteem and reducing depression in depressed patients, which had a reliability coefficient of 0.82. Data analysis used descriptive statistics including percentages, means, and standard deviations, and inferential statistics including paired t-test and Independent t-test.

The research found that after receiving the group mental strength building program, the experimental group showed higher self-esteem and mental strength to reduce depression compared to before the program, and their depression levels significantly decreased at the 0.05 level. The experimental group had higher average scores of mental strength and self-esteem than the control group, and lower average depression scores than the control group, with a statistically significant difference at the 0.01 level.

Keywords: mental strength building program, depression, self-esteem, depressive patients.

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบบ่อย และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล เกิดผลเสียต่อครอบครัวและชุมชน เป็นภาระทางตรงและทางอ้อมจากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น เกิดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมจากภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้น ประชากรโลกประมาณร้อยละ 3.80 ประสบกับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะเพศหญิง ภาวะซึมเศร้าอาจเป็นโรคเรื้อรังเพราะหากบุคคลประสบกับเหตุการณ์ความหดหู่เพียงครั้งเดียวทำให้มีความเสี่ยงถึงร้อยละ 50.00 ที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ในอนาคต ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 60.00 และฆ่าตัวตายสำเร็จกว่าร้อยละ 18.00 ถึงแม้ว่าจะมีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้ โดยการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยซึมเศร้าน้อยกว่าร้อยละ 50.00 (WHO, 2023) โดยพบว่า ปี พ.ศ. 2564 โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพแก่ประชากรโลกเป็นอันดับ 2 หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะทำให้มีภาวะซึมเศร้าต่อเนื่องจนเป็นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพส่งผลให้เกิดภาวะไร้ความสามารถของบุคคลในการดำรงชีวิตและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (กรมสุขภาพจิต, 2565) ภาวะซึมเศร้าเกิดจากอารมณ์หดหู่ สูญเสียความสุขหรือความสนใจในกิจกรรมเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลกระทบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อนและชุมชนและทุกด้านของชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ หรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญอื่น ๆ เช่น การหย่าร้าง การสูญเสียงาน การสูญเสียชีวิตของคนที่คุณรัก อุบัติเหตุร้ายแรง การเกษียณอายุ เป็นต้น ซึ่งไม่ใช่อารมณ์เศร้าที่สามารถ

เกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราวของคนทั่วไป (WHO, 2023; กรมสุขภาพจิต, 2565) ทั้งนี้ มีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมทางอารมณ์เสีย สมดุล การถ่ายทอดทางพันธุกรรมทำให้คนในครอบครัวมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า 2.8 เท่า การเป็นคนที่มีความคิดมองโลกในแง่ลบ การมีโรคทางกายหลายโรคหรือการใช้ยาบางชนิด เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2565) อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 0.28 และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.35 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 7.37 ในปี พ.ศ. 2563 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) โดยเพศชายมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่า ช่วงอายุ 55 - 74 ปี พบภาวะซึมเศร้ามากกว่าช่วงวัยอื่น (WHO, 2023)

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี 2 วิธี คือการรักษาทางยาและการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดทางจิตสังคมสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ ตามแนวคิดทางปัญญาของอารอน ทิเบค มีความเชื่อว่าพฤติกรรม อารมณ์และสรีระเกิดจากการรับรู้หรือการตีความสถานการณ์ของแต่ละบุคคลโดยลักษณะความคิดที่มีผลทำให้เกิดอารมณ์ พฤติกรรมและสรีระที่เป็นปัญหาเรียกว่าความคิดอัตโนมัติ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การพิสูจน์โดยหาหลักฐานมาสนับสนุน และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะได้ผลดีจะต้องทำตั้งแต่ 12 ครั้งขึ้นไป จากการศึกษาของมานิต ศรีสุรภานนท์ และคณะ (2552) ในประเทศไทยพบว่าผู้รับการบำบัดจะหยุดมาเข้ารับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมก่อนถึงสัปดาห์ที่ 12 (8 ใน 14 ราย) คิดเป็นร้อยละ 57.166 ซึ่งสูงกว่าที่พบในประเทศอิตาลี ที่พบว่ามีการหยุดรับการบำบัดโดยการ

ปรับความคิดและพฤติกรรมก่อนถึงสัปดาห์ที่ 12 (3 ใน 19 ราย) คิดเป็นร้อยละ 18.57 แสดงว่าในบริบทของสังคมไทย ต้องการจำนวนครั้งของการบำบัดไม่มากนักเกินไป การใช้การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อจำนวน 6-10 ครั้ง ความถี่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือมากกว่าแล้วแต่ความรุนแรงของอาการ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 50-60 นาที ช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ ผลการให้การปรึกษาโดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อสำหรับผู้ติดยาที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 6 ครั้ง พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อดังกล่าวทำให้ลดต้นทุนในการบำบัดลง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ช่วยให้เพิ่มแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการบำบัด (สมบัติ สกุลพรรณ, สุพิศ กุลชัย และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2559) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าพบว่าความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะซึมเศร้า และการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้แนวคิดของ Grotberg (1995) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (พัชรวิไล ควรเนตร, 2561) อย่างไรก็ตาม การดำเนินกลุ่มส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการซึ่งอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม การมีน้ำหนึ่งใจเดียวกันก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดซึ่งมีพลังได้มากกว่าการบำบัดรายบุคคล (Yalom, 1995) เนื่องจาก กลุ่มบำบัดช่วยผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อเสนอแนะของสมาชิกในกลุ่ม มีโอกาสได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน ได้เรียนรู้ทักษะทางสังคม สังเกตบุคคลอื่นในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

และสามารถนำมาเป็นแบบอย่างของตนเองได้ การเข้ากลุ่มบำบัดยังเป็นการเสริมสร้างความหวัง ลดความรู้สึกวิตกกังวล ช่วยให้ปรับตัวต่อความเครียดและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกแยกตัวและความรู้สึกที่เป็นตราบาป เกิดความมั่นใจในตนเอง ช่วยให้มองเห็นคุณค่าในตัวเอง (Veselinova, 2013) ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยลดลงได้ (ปริญนัท สลະสวัสดิ์ และคณะ, 2559)

จากเหตุผลดังกล่าว จึงเห็นความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้า โดยนำแนวคิดการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) ร่วมกับรูปแบบการทากิจกรรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้ามาสร้างเป็นโปรแกรมความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความเชื่อมั่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองในภาวะสถานการณ์ต่าง ๆ ดีขึ้น มีทักษะในการเข้าสังคม ค้นพบแหล่งสนับสนุนของตนเอง เรียนรู้การแก้ปัญหาและเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้า
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศวาระหว่างผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้า และผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยใช้รูปแบบการออกแบบการวิจัยแบบ สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest-Posttest Design) ระยะเวลา 6 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอายุ 20-59 ปี ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2569 จำนวน 623 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยนำผลการวิจัยผลของโปรแกรมการส่งเสริมแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งหลังการทดลอง ภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 13.85 และ 6.7 ส่วนของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 20 และ 7.5 (อุษณีย์ บุญบรรจบ, 2561) กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$ err prob) เท่ากับ 0.8 จากการคำนวณได้ค่าอิทธิพล (Effect sized) เท่ากับ 0.88 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วรับการรักษาที่โรงพยาบาลทองแสนขันที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง (คะแนนประเมิน 7-18 คะแนน) อายุ 20-59 ปี การสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยและยินยอม

เข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรมหรือมีภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีอาการทางจิตร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้าตามแนวคิดของ Grotberg (1995) และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) โดยกำหนดโครงสร้างของกิจกรรม ซึ่งแต่ละกิจกรรมจะเน้นที่การสร้าง ความเข้มแข็งทางจิต การฝึกการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ความคิดทางลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและแก้ไข เปลี่ยนเป็นความคิดทางบวก รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุน ทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การสร้างความหวังและกำลังใจให้กับตนเองและมีเป้าหมายในอนาคต เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติในการดำเนินชีวิตในทางบวก เกิดความภูมิใจตนเอง เข้าใจว่าปัญหาและอุปสรรคที่ต้องเจอเป็นเรื่องปกติ สามารถหาแหล่งสนับสนุนได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือที่พึ่งพาและอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข รวมทั้งนำกระบวนการกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดความเข้าใจว่าทุกคนต่างก็มีปัญหาในชีวิต ทำให้มีกำลังใจที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่ลำบาก เรียนรู้ประสบการณ์จากสมาชิกในกลุ่มและสามารถนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันของตนเอง ได้มีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้รับการยอมรับ ไม่อึดอัดหรือโดดเดี่ยวและมีความมั่นใจสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้า จัดกิจกรรมเป็นราย

กลุ่ม 6 ครั้ง นานครั้งละ 45 - 60 นาที ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่นำมาเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ผลของการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้า แบ่ง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน โรคร่วมที่พบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข คำถาม 9 ข้อ โดยสำรวจตนเองในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า (Likert scale) 4 ระดับ คำตอบในแต่ละข้อมีคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน ได้แก่ ไม่มีอาการเลย (0 คะแนน) ไม่มีอาการเลย มีอาการบางวัน 1-7 วัน (1 คะแนน) มีอาการบ่อยมากกว่า 7 วัน (2 คะแนน) มีอาการทุกวัน (4 คะแนน) การแปลผลโดยการรวมคะแนนมีค่าระหว่าง 0 - 27 คะแนน โดยจำแนกเป็นระดับความรุนแรง คือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการน้อยมาก (0-6 คะแนน) มีอาการของโรคซึมเศร้าน้อย (7-12 คะแนน) มีอาการของโรคซึมเศร้าปานกลาง (13-18 คะแนน) มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (19-27 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) ของสำนักวิชาการสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2563) ใช้สอบถามความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 10 ข้อ ด้านกำลังใจ 5 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหา จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน

1 - 4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่จริง จริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง และจริง มาก ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (20-54 คะแนน) ในเกณฑ์ปกติ (55-69 คะแนน) และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (70-80 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) แปลและพัฒนาโดยสุรางรัตน์ คงศรี ผ่านการทดสอบความเที่ยง (reliability) โดยพรพิมล พรแก้ว ทดสอบกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการที่พระประแดง ใช้สูตร Kuder-Richardson formula 21 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.836 ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ข้อความเชิงบวก 8 ข้อ ได้แก่ 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20 ข้อความเชิงลบ 17 ข้อ ได้แก่ 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25 การตรวจให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก ให้ 1 ในข้อที่ตอบว่า “ใช่” และ ให้ 0 ในข้อที่ตอบว่า “ไม่ใช่” ข้อความเชิงลบ ให้คะแนนสลับกัน การคิดคะแนนให้รวมคะแนนแล้ว คูณ 4 เท่ากับ 100 แปลผลคะแนนดังนี้ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (0-24 คะแนน) ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างต่ำ (25-49 คะแนน) ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างสูง (50-74 คะแนน) ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง (75-100 คะแนน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 initial phase (ระยะเริ่มกลุ่ม) ระยะการสร้างสัมพันธ์ภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ แนะนำวิธีการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

โดยเริ่มจากความคิดที่มีต่อตนเองมี 1 กิจกรรมประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็นมีสาระสำคัญ กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I am : Autonomy และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะเริ่มกลุ่ม โดยเนื้อหาของกิจกรรมเป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและไว้วางใจผู้อื่น ค้นหาความคิดทางลบที่มีต่อตนเอง และสามารถวิเคราะห์และเปลี่ยนเป็นความคิดที่จริงอย่างเหมาะสม รับรู้ถึงข้อดีของตนเอง มองเห็นคุณค่าภายในตนเองและมองโลกในแง่ดี

ขั้นที่ 2 working phase (ระยะทำงานร่วมกัน) ระยะพัฒนาทักษะในการคิดทางบวก การรู้และเข้าใจในแหล่งสนับสนุน มีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การสร้างความหวังและเป้าหมายในชีวิต ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 2 ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็น กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I am : Identity และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะทำงานร่วมกัน เนื้อหาของกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองมากขึ้น เข้าใจว่าแต่ละคนมีทั้งข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกัน ภูมิใจในข้อดีและยอมรับในข้อเสียของตน รวมทั้งการฝึกมองข้อดีของผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมด้วย

กิจกรรมที่ 3 ความคิดในสิ่งที่ฉันมี กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I have : Trust และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะทำงานร่วมกัน เนื้อหาของกิจกรรมเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบแหล่งสนับสนุนของตน เข้าใจในการแสดงถึงออกห้วงใยและความหวังดีจากแหล่งสนับสนุน เป็นการรับรู้ถึงสิ่งๆ ที่

ผู้อื่นมอบให้ในรูปแบบต่าง ๆ เข้าใจกฎเกณฑ์ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น พร้อมทั้งสามารถสร้างความหวังและกำลังใจต่อตนเองได้

กิจกรรมที่ 4 ความจริงในสิ่งที่ฉันมี กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I have : Trust และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะทำงานร่วมกัน เนื้อหาของกิจกรรมเป็นการสร้างความเข้าใจในแหล่งสนับสนุนของตนมากขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาของการอยู่ร่วมกัน ค้นพบแหล่งสนับสนุนจากบุคคลที่อยู่รอบข้าง และมีโอกาสได้ทำหน้าที่ในการเป็นแหล่งสนับสนุนของผู้อื่นเช่นกัน

กิจกรรมที่ 5 ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้ กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I can : Initiative และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะทำงานร่วมกัน เนื้อหาของกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยฝึกในการทำงานร่วมกัน รับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพผู้อื่น สามารถวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น และค้นพบแนวทางแก้ไข เข้าใจในโรคซึมเศร้าและการปฏิบัติตน รวมถึงมีการตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

ขั้นตอนที่ 3 terminal phase (ระยะยุติกลุ่ม) ระยะทบทวนและประเมินทักษะการสร้างความเข้มแข็งทางใจและยุติกลุ่ม ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 6 ความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้ กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I can : Initiative และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะทำงานร่วมกัน เนื้อหาของกิจกรรมจะเป็นการสรุปความคิดทางบวกที่มีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมในระหว่างการทำงานกลุ่ม ความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหา การมีกำลังใจและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต การมีแหล่งสนับสนุนและวิธีการอยู่

ร่วมกัน รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการยอมรับเมื่อสัมพันธภาพนั้นต้องยุติลง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจและผู้ป่วยซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติ Paired sample t – test ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจระหว่างกลุ่มคือระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจและผู้ป่วยซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Independent sample t – test) ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ รหัสโครงการ UPHO REC No. 065/2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงข้อมูลและให้ความยินยอมโดยสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อการรักษา ข้อมูลทั้งหมดได้รับการเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยซึมเศร้า อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

การวิจัยนี้ศึกษาผู้ป่วยซึมเศร้า อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

1.1 กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุ 51 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ อายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 35.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพรับจ้างและว่างงาน เท่ากัน คือ ร้อยละ 35.0 รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 55.0 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคติดต่อ ร้อยละ 45.0 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.0 และตับอักเสบปี ร้อยละ 15.0 ตามลำดับ

1.2 กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.0 อายุ 51 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 35.0 รองลงมา คือ อายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 30.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ ว่างงาน ร้อยละ 35.0 รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 60.0 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคติดต่อ ร้อยละ 55.0 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 25.0 และตับอักเสบปี ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้า อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

2.1 กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการซึมเศรียรระดับน้อย (7-12



คะแนน) ร้อยละ 75.0 รองลงมา คือ มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) ร้อยละ 25.0 ภายหลังได้รับโปรแกรม ฯ มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน) ร้อยละ 95.0 รองลงมา คือ มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) ร้อยละ 5.0 ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.990, p < .05$) (ตารางที่ 1)

2.2 กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน) ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) ร้อยละ 10.0 หลังการทดลอง มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน) ร้อยละ 75.0 รองลงมา คือ มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) ร้อยละ 20.0 ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองผู้ป่วยซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ (ตารางที่ 1)

3. พลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยซึมเศร้า อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

3.1 กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองพลังสุขภาพจิตผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ ระดับปกติ ร้อยละ 20.0 หลังการทดลอง พลังสุขภาพจิตผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 75.0 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 25.0 ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตผู้ป่วยซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.200, p < .05$) (ตารางที่ 1)

3.2 กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 85.0 รองลงมา คือ ระดับปกติ ร้อยละ 15.0 ภายหลังการทดลอง พลังสุขภาพจิตผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ

80.0 รองลงมา คือ ระดับปกติ ร้อยละ 20.0 ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ (ตารางที่ 1)

4. การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้า อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

4.1 กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ ปานกลางค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 20.0 หลังการทดลอง พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.0 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 35.0 ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.585, p < .05$) (ตารางที่ 1)

4.2 กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.0 รองลงมา คือ ปานกลางค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 25.0 หลังการทดลอง พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.0 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 15.0 ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	p-value
	M	SD.	M	SD		
กลุ่มทดลอง						
- ภาวะซึมเศร้า	10.70	2.45	8.90	2.90	6.990	<.000
- พลังสุขภาพจิต	45.75	7.71	56.90	3.40	8.200	<.000
- การเห็นคุณค่าในตนเอง	60.60	10.29	70.60	8.33	7.585	<.000
กลุ่มควบคุม						
- ภาวะซึมเศร้า	10.65	1.30	11.15	2.75	1.022	.160
- พลังสุขภาพจิต	45.50	7.62	46.40	5.53	1.463	.080
- การเห็นคุณค่าในตนเอง	56.20	8.15	57.60	6.14	1.377	.092

5. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้า อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ (ตารางที่ 2)

5.1 ก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่

5.2 หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้ากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	p-value
	M	SD.	M	SD		
กลุ่มทดลอง						
- ภาวะซึมเศร้า	10.70	2.45	10.65	1.30	0.80	.936
- พลังสุขภาพจิต	45.75	7.71	45.50	7.62	.103	.918
- การเห็นคุณค่าในตนเอง	60.40	10.29	56.20	8.15	1.430	.161
กลุ่มควบคุม						
- ภาวะซึมเศร้า	8.90	2.90	11.15	2.75	2.514	.016
- พลังสุขภาพจิต	56.90	3.40	46.40	5.53	6.780	<.000
- การเห็นคุณค่าในตนเอง	70.60	8.33	57.60	6.14	5.164	<.000

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้ามลดลง พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่พบว่าการที่ผู้ป่วยซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีสภาวะทางจิตดีขึ้น อธิบายได้ด้วยโครงสร้างและกระบวนการของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) และแนวคิดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองของยาลอม (Yalom, 1995) ที่แบ่งกิจกรรมเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะเริ่มกลุ่ม (Initial phase) ระยะทำงานร่วมกัน (Working phase) และระยะยุติกลุ่ม (Terminal phase) ตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 -60 นาที ทั้งนี้ในกิจกรรมขั้นที่ 1 (กิจกรรมที่ 1 ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซึมเศร้าค้นหาความคิดทางลบที่มีต่อตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนให้เป็นความคิดทางบวกที่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันสอดคล้องกับแนวคิดของอารอน บี เบค (Beck, A.T., 1995) ที่กล่าวว่าอารมณ์และพฤติกรรมทางลบของผู้ป่วยซึมเศร้าเกิดจากการตีความสถานการณ์ที่ผิดพลาดหรือมีความคิดอัตโนมัติทางลบ (Negative automatic thoughts) ทั้งนี้ การค้นหาความคิดทางลบจะเป็นเหตุผลในการปรับเปลี่ยนช่วยลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยซึมเศร้า นอกจากนี้ ในขั้นตอนที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน ซึ่งโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้บูรณาการองค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจ อาทิ ความจริงใน

สิ่งที่ฉันเป็น (I am: Identity) ความคิดและความจริงในสิ่งที่ฉันมี (I have: Trust) และความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้ (I can: Initiative) ช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร่ายอมรับตนเอง มองตนเองตามความเป็นจริง ค้นพบข้อดีของตน รู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตนเอง มองผู้อื่นในทางที่ดีขึ้น มีความไว้วางใจ เชื่อว่าโลกไม่ได้เลวร้ายไปเสียหมด มีคนที่ยังรักและคอย เป็นที่พึ่งพา เชื่อว่าตนเองสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ชีวิตของตนและส่วนรวมได้ พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาและหาหนทางแก้ไข เข้าใจว่าปัญหาและอุปสรรคเป็นเหมือนบททดสอบที่ทุกคนต้องพบเจอและต้องผ่านไปได้ รวมถึงมีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เคารพกฎกติกาของสังคม ยอมรับถึงความแตกต่างของบุคคลและรับฟังเหตุผลของผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีความหวังและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้าสำรวจข้อดีและข้อเสียของตนเอง ได้รับรู้ถึงสิ่งดีๆ และความหวังจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมรอบข้าง นอกจากนี้ การแสดงความคิดเห็นร่วมกัน การรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าที่มาจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากได้ระบายความคิดของตนเอง ซึ่งการเข้ากลุ่มบำบัดเป็นการเสริมสร้างความหวัง ลดอารมณ์ซึมเศร้า ลดความรู้สึกลดกำลังใจ ช่วยให้ผู้ปรับตัวต่อความเครียดและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกละแวกตัวและความรู้สึกเป็นดราม่า เกิดความมั่นใจในตนเอง ช่วยให้ผู้มองเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปในทางที่ดีขึ้น และช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Parker, Page, & Hooke, 2013)

สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การประเมินพฤติกรรมความเครียด ให้คำปรึกษาเบื้องต้น ให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายมากขึ้น ลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าวระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ เนื่องจากความเข้มแข็งทางจิตเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามองเห็นคุณค่าในตนเอง (Di Marco et al., 2017) และสามารถปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือวิกฤตในชีวิตให้ฟื้นตัวและกลับสู่สภาพปกติ รวมถึงสามารถเรียนรู้จากการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์และวิกฤตนั้น ๆ (Grotberg, 1995) แสดงให้เห็นว่าการสร้างความเข้มแข็งทางจิตเป็นแนวทางที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Rossi et al., 2017)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ดี ยิ่งขึ้นและรวมทั้งติดตามผลต่อเนื่องเป็นระยะ เช่น 3 เดือน 6

เดือน หรือตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยซึมเศร้าแต่ละราย

1.2 ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนรวมถึงโรงพยาบาลจิตเวช ได้รับการส่งเสริมการคืนสู่สุขภาวะ ตามรูปแบบโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่ได้พัฒนาขึ้น โดยเชื่อมโยงการดูแลสู่การบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและติดตามผลต่อเนื่องในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อศึกษาแนวโน้มความคงทนของระดับพลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองเข้มแข็งทางจิตของผู้ป่วยซึมเศร้า

2.2 ควรดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เช่น กระบวนการในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิต เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยซึมเศร้า



เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2565). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560-2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- พัชรวิไล วรรณ. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32(2), 39-51.
- ปริญญ์ สดะสวัสดิ์, อุ่นจิตร คุณารักษ์, และปรีชญา ฤทธิ์พันธ์มิ่ง. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 10(2), 50-59.
- มานิต ศรีสุรภานนท์, ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร, พันธน์ภักดีรัตนไพบุลย์, และอัจฉรา จรัสสิงห์. (2552). การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder ด้วย cognitive behavioral therapy: การพัฒนาบุคลากรและการประเมินการให้บริการในผู้ป่วยชาวไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 54(4), 367-374.
- สมบัติ สกฤพรณ์, สุพิศ กุลชัย และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(3), 109-120.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). เครื่องชี้ภาวะสังคม พ.ศ. 2560-2564 กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. หจก. แสงจันทร์การพิมพ์. สืบค้น 5 พฤษภาคม 2564, จาก [http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/ebook/Social Indication 2021/index. Html.](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/ebook/Social%20Indication%202021/index.html)
- อุษณีย์ บุญบรรจบ. (2561) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต., 30(2), 110-123.
- Beck, A.T. (1995). Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: The Guilford Press.
- Di Marco, S., Feggi, A., Cammarata, E., Girardi, L., Bert, F., Scaioli, G., . . . Zeppegno, P. (2017). Schizophrenia and major depression: Resilience, coping styles, personality traits, self-esteem and quality of life. European Psychiatry, 41, S192 S193.
- Grotberg, E. H. (1995). A guide to promoting resilience in children: Strengthening the Human spirit (8th ed.). The Bernard Van Leer Foundation.
- Parker, T. J., Page, A. C., & Hooke, G. R. (2013). The influence of individual, group, and relative self-esteem on outcome for patients undergoing group cognitive behavioural therapy treatment. British journal of clinical psychology, 52(4), 450 463.
- Rossi, A., Galderisi, S., Rocca, P., Bertolino, A., Rucci, P., Gibertoni, D., . . . Aguglia, E. (2017). Personal resources and depression in schizophrenia: The role of self esteem, resilience and internalized stigma. Psychiatry research, 256, 359-364. 149(1-3), 166-174.

Veselinova, C. (2013). HSC 3008: Implement therapeutic group activities. *Nursing & Residential Care*, 15(5), 284-287.

World Health Organization. (2023). Depressive disorder (depression). Retrieved May 1, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books