HS-16

การศึกษานำร่องผลของโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะต่อสุขภาวะทางจิตของบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้า

A Pilot Study of the Effects of Recovery Program on Psychological Well-Being among Persons with Depressive Disorder

สุดาพร จันทร์ช่วย[1] วีณา คันฉ้อง[2] และวินีกาญจน์ คงสุวรรณ [3]

Sudaporn Janchuy[1], Weena Chanchong[2] and Vineekarn Kongsuwan[3]

[1]นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[2] อาจารย์ ดร. สังกัดสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สังกัดสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อีเมล: annsudaporn2532@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 12 ราย ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกซึมเศร้าโรงพยาบาลกระบี่ ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกซึมเศร้าโรงพยาบาลกระบี่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ทีมีภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง (แบบประเมิน 9Q < 18 คะแนน (กรมสุขภาพจิต, 2559)) มีการเลือกเฉพาะเจาะจง โดยมีกิจกรรมทั้งสิ้น 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60 นาที ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 2 สัปดาห์และถัดมาอีก 1 สัปดาห์ 1 ครั้ง ซึ่งดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน ดำเนินการผ่าน Live Video Call สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะทางจิตและคะแนนการคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระยะก่อนทดลอง (SD=10.71) และ (SD=5.90) ตามลำดับ ระยะหลังทดลอง (SD=11.94) และ (SD=6.41) ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า โปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะสามารถเพิ่มสุขภาวะทางจิตของบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าได้จริง ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการนำโปรแกรมไปศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมเพิ่มเติมในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

คำหลัก: โปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สุขภาวะทางจิต

Abstract

This study was a quasi-experimental research. (quasi-experimental research) The sample group was 12 people by specific selection measured before and after the experiment receiving services from the outpatient department Depression Clinic, Krabi Hospital. The target population were 20 – 59 years old, both males and

females. hey received services from the outpatient department Depression Clinic, Krabi Hospital and were diagnosed by a doctor as depression. Team with depression Levels were mild to moderate (assessment 9Q < 18 points (Department of Mental Health, 2016)). There were total of 5 activities, approximately 60 minutes each time. The activity was conducted twice a week for 2 weeks and 1 weeks followed once, which was conducted in groups of 6-7 through Live Video call. Statistics used in Data analysis were mean, percentage, standard deviation, t-test and Wilcoxon Signed Rank Test statistics.

The results showed that the mean scores of mental well-being and recovery were of patients with depression in the pre-experimental period (SD=10.71) and (SD=5.90), respectively. The post-experimental period (SD=11.94) and (SD=6.41), respectively, were significantly higher than the pre-experimental period. Rehabilitation could indeed improve the mental well-being of depressed individuals. It was suggested that the program should be used to study the efficiency and effectiveness of the program in a larger sample size.

Keywords: recovery program, Depression Patients, mental health

บทนำ

การคืนสู่สุขภาวะ (Recovery) มุ่งเน้นที่ความหวังในอนาคต ให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมีอิสระในการตัดสินใจเลือกมีส่วนร่วมและวางแผนการรักษาด้วยตนเอง ส่งเสริมความเข้มแข็ง และเป้าหมายคือการใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2559) เช่นเดียวกันกับแอนเดรสันและคณะ (Andresen, Oades & Caputi, 2011) ที่กล่าวว่าการคืนสู่สุขภาวะเป็นกระบวนการการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคลของ 4 องค์ประกอบหลัก คือ ความหวัง (Hope) ความรับผิดชอบ (Responsibility) ตัวตนและอัตลักษณ์ (Self and Identity) และความหมายและเป้าหมายในชีวิต (Meaning and Purpose in Life) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ต้องเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง และการสนับสนุนให้ถึงการคืนสู่สุขภาวะมาจากบุคลากรซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสุขภาวะทางจิตของริฟฟ์ (Ryff, 2014) กล่าวว่าสุขภาวะทางจิตวาเป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจที่มีลักษณะตาง ๆ ที่เกี่ยวข่องกับการตระหนักรู้ในตนเอง การมีจุดมุ่งหมาย การเจริญเติบโตและการรู้จักตนเองอย่างแท้จริง อีกทั้งเปนคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจที่มีลักษณะตาง ๆ ที่เกี่ยวของกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล (กฤษวรรณ หน้องมา, 2554; Ryff & Keyes, 1995) ดังนั้นแนวคิดสุขภาวะทางจิตจึงเปนสิ่งที่สะท่อนให่เห็นถึงการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพของบุคคล อีกทั้งยังแสดงถึงการมีความสุข มีคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นหมายสูงสุดของการมีชีวิตของมนุษย์ ดังนั้นการคืนสู่สุขภาวะที่แท้จริงจากโรคซึมเศร้าไม่ใช่เพียงทำให้อาการสงบ หรือปราศจากอาการเท่านั้น จำเป็นต้องมีตัวบ่งชี้การคืนสู่สุขภาวะที่มุ่งเน้นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจด้วย

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ก่อให้เกิดการสูญเสียด้านสุขภาพซึ่งส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีประชากรมากกว่า 280 ล้านคนเป็นโรคซึมเศร้าและก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากร (Disability Adjusted Life Years[DALYs]) เป็นอันดับ 1 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มโรคทางจิตเวช (World Health Organization[WHO],2023; สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2558) พบประชากรทั่วโลกประมาณ 5% ของวัยผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า(World Health Organization[WHO], 2023) และในประเทศไทยพบ

จำนวนผู้เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2566 เท่ากับ 1,111,938 คน, 1,207,864 คน และ 1,267,389 คน ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ามีผู้เป็นโรคซึมเศร้าจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ (กรมสุขภาพจิต, 2566) และจากสถิติผู้รับบริการโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกระบี่ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีงบประมาณ 2564 – 2566 ก็พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปีเช่นกัน โดยมีสถิติของผู้รับบริการย้อนหลัง 3 ปี เป็นจำนวน 4,321 ; 5,328 ; 6,365 คน ตามลำดับ (งานสถิติสำนักสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางในการบำบัดรักษาและการดูแลโรคซึมเศร้าพบว่ามีหลากหลายรูปแบบ ซึ่งเน้นในการรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ การรักษาทางการแพทย์ประกอบด้วยการให้ยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า การให้ยาต้านโรคจิต ส่วนการรักษาทางจิตใจได้แก่ จิตบำบัด การให้การปรึกษาแก้ไขปัญหาสังคมจิตใจ (ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2557; พิชัย อิฏฐสกุล, และศิริไชย หงส์สงวนศรี, 2558; พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553; Steffens et al., 2014) โรงพยาบาลระดับจังหวัดจะมีจิตแพทย์ในการดูแล วินิจฉัยโรคและมีนักจิตวิทยาในการทำจิตบำบัด รวมทั้งมีการค้นหา การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะแรกเริ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าพร้อมทั้งให้การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการให้สุขศึกษาเพื่อป้องการกลับซ้ำ ซึ่งเป็นการบริการที่เน้นการหายจากโรค หรือเรียกว่า การคืนสู่สุขภาวะทางคลินิก (Clinical Recovery) เพื่อ “กลับคืนสู่ปกติ” ซึ่งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดทางการแพทย์ (The Medical Model) เป็นการเน้นเรื่องของอาการที่แสดงออกมาที่สามารถตรวจพบได้ เช่น ภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย จึงหมายถึง ความปกติกับความไม่เป็นปกติ เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถใช้ประเมินความผิดปกติหลายชนิดได้ แต่อาจก่อให้เกิดปัญหาในการประเมินภาวะบางประการ เช่น การเจ็บป่วยทางจิต (Wolinsky,1988) ซึ่งปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะส่วนบุคคล (Personal Recovery) ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาดูแลตนเองและใช้ชีวิตอย่างมีความหมายถึงแม้มีข้อจำกัดด้านการเจ็บป่วยก็ตาม (Anthony, 1993)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะต่อสุขภาวะทางจิตในบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยจะประยุกต์ใช้แนวคิดการคืนสู่สุขภาวะของแอนเดรสันและคณะ (Andresen et al, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะของโรคซึมเศร้า (Peden, 1993; Unsworth, 1999; Seeherunwonget al., 2002; Schreiber, 1996) เน้นการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตและเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ผู้ป่วยเลือกและให้ความสำคัญ รับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ มีความพอใจในความสามารถของตนเอง มีการพัฒนาตนเอง มีเป้าหมายในการดูแลตนเอง สามารถดูแลพึ่งพาตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงในตนเองและนำไปสู่การคืนสู่สุขภาวะ จนสามารถกลับมาทำหน้าที่ ทั้งการทำงานและการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยลดการพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาและความไม่สะดวกในการเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสุขภาวะทางจิตของริฟฟ (1989) โดยเป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ตอตัวเองในด้านบวกมีองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิต 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การยอมรับตนเอง (Self- Acceptance) 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive Relations With Others) 3) ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) 4) ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ (Environmental Mastery) 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in Life) และ 6) การมีความงอกงามในตน (Personal Growth) ซึ่งตรงกับระยะเติบโต (Growth) โดยเป็นผลลัพธ์ของการคืนสู่สุขภาวะของแอนเดรสันและคณะ (Andresen et al, 2011)

วัตถุประสงค์

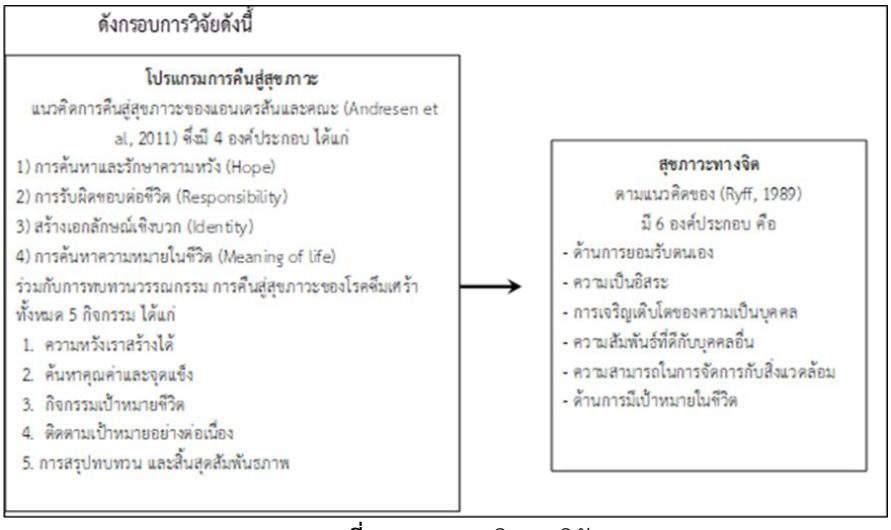
1. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะต่อสุขภาวะทางจิตในบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าในชุมชน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการคืนสู่สุขภาวะของแอนเดรสันและคณะ (Andresen, Oades & Caputi, 2011) ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ข้อ ได้แก่ ความหวัง (Hope) ความรับผิดชอบ (Responsibility) ตัวตนและ อัตลักษณ์ (Self and Identity) และความหมายและเป้าหมายในชีวิต (Meaning and Purpose in Life) และออกแบบเป็นกิจกรรมทั้งสิ้น จัดกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60 นาที ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 2 สัปดาห์และถัดมาอีก 2 สัปดาห์ 1 ครั้ง ซึ่งดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน ดำเนินการผ่าน Live Vedio Call แต่ละกิจกรรมจะมีการผสมผสานหลักการทั้ง 4 องค์ประกอบ และเพื่อพัฒนาการของบุคคลของสุขภาวะทางจิตไว้ 6 มิติ 1) การยอมรับในตนเอง (Self-acceptance) 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (Positive Relations with Other) 3) ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) 4) ความสามารถในการจัดการสภาพแวดล้อม (Environmental Mastery) 5) การมีเป้าหมายในชีวิต (Purpose in Life) 6) การมีความงอกงามในตน (Personal Growth)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน - พฤษภาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกซึมเศร้าโรงพยาบาลกระบี่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: (MDD) หรือ Depressive episode: F32.0 - F32.9) ที่มีภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง (แบบประเมิน 9Q < 18 คะแนน (กรมสุขภาพจิต, 2559)) มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกซึมเศร้าโรงพยาบาลกระบี่ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมก่อนการทดลอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 12 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) 1) อายุอยู่ในช่วง 20 – 59 ปี 2) มีภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง (แบบประเมิน 9Q < 18 คะแนน) 3) ได้รับการประเมิน Stages of Recovery โดยใช้แบบประเมิน SIST-R อยู่ในระยะตระหนักรู้ของการคืนสู่สุขภาวะ (Wolstencroft et al., 2010) และ 4) มีเครื่องมือในการสื่อสารผ่านทางสื่ออินเตอร์เน็ต เช่น smart phone, มีอินเตอร์เน็ตในบ้าน, คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ, iPad, Application Line เป็นต้น และคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) 1) แพทย์ผู้ทำการรักษาเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยโรค 2) มีอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยโดยใช้แบบประเมิน 9Q > 18 คะแนน) 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรมตามกำหนด 4) มีประวัติการใช้สารเสพติดร่วม และ 5) มีประวัติโรคทางจิตร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต มีจำนวนคำถามทั้ง หมด 9 ข้อ คำถาม เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ เป็นทุกวัน ให้ 3 คะแนน เป็นบ่อย > 7 วัน ให้ 2 คะแนน เป็นบางวัน 1-7 วัน ให้ 1 คะแนน ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน การแปลผลการประเมินดังนี้ คะแนน 7-12 มีภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อย (Mild) คะแนน 13-18 มีภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Moderate) คะแนน >19 มีภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง (Severe)

2) แบบประเมิน Stages of Recovery (SIST-R) ของ Wolstencroft et al. (2010) ซึ่งเป็นลักษณะบทสัมภาษณ์สั้นๆ เพื่อประเมินขั้นตอนการฟื้นตัว เป็นลักษณะคำถามปลายปิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส อาชีพการทำงานในปัจจุบัน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า บุคคลที่คอยให้การช่วยเหลือดูแล

2) แบบประเมินสุขภาวะทางจิต ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของริฟฟและเคเยส Ryff and Keyes (1995) ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานที่นิยมนำมาใช้ตรวจสอบระดับสุขภาวะทางจิตปรับปรุงและพัฒนาโดย กฤษวรรณ หนองมา (2554) มีข้อคำถาม

รวม 33 ขอ แบงออกเปน 6 ดาน ไดแก ดานการยอมรับตนเอง จำนวน 7 ขอ ความเป็นอิสระ จำนวน 3 ขอ การเจริญเติบโตของความเปนบุคคล จำนวน 6 ขอ ความสัมพันธที่ดีกับบุคคลอื่นจำนวน 7 ขอ ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดลอม จำนวน 4 ขอ และดานการมีเปาหมายในชีวิต จำนวน 6 ขอ

3) แบบประเมินการคืนสู่สุขภาวะ (Recovery Assessment Scale: RAS) ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของคอริแกนและคณะ Corrigan et al. (2004) จากทั้งหมด 24 ข้อ ผู้วิจัยคัดเลือกมา 8 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือด้านความหวัง ด้านความรับผิดชอบตอตนเอง ด้านอัตลักษณ และด้านการแสวงหาความหมายในชีวิต และกำหนดให้เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการคืนสู่สุขภาวะของแอนเดรสันและคณะ Andresen, Oades & Caputi (2011) ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ข้อ ได้แก่ ความหวัง (Hope) ความรับผิดชอบ (responsibility) ตัวตนและอัตลักษณ์ (Self and Identity) และความหมายและเป้าหมายในชีวิต (Meaning and Purpose in Life) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะของโรคซึมเศร้า (Peden, 1993; Unsworth, 1999; Seeherunwonget al., 2002; Schreiber, 1996) เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะ เพื่อสามารถมีการคืนสู่สุขภาวะได้แม้ว่าจะมีอาการกำเริบ ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรม โดยเริ่มจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและรูปแบบการฟื้นคืนสุขภาวะ และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมในเรื่องผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะ เพื่อสามารถมีการคืนสู่สุขภาวะได้แม้ว่าจะมีอาการกำเริบ ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรม โดยเริ่มจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและรูปแบบการฟื้นคืนสุขภาวะ และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมในเรื่องผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Peden, 1993; Unsworth, 1999; Seeherunwonget al., 2002; Schreiber, 1996)

หลังจากนั้นได้กำหนดโครงสร้างกิจกรรมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมและปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม เป็นการดำเนินกิจกรรมรายกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60 นาที ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 2 สัปดาห์และถัดมาอีก 1 สัปดาห์ 1 ครั้ง ซึ่งดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน ดำเนินการผ่าน Line Video Call ซึ่ง มีกิจกรรมตามขั้นตอนหลักของกระบวนการคืนสู่สุขภาวะ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ความหวังเราสร้างได้

เป็นกิจกรรมที่มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมเปิดโอกาสให้มีการซักถาม และอภิปราย ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ รูปแบบของกิจกรรม และมีการให้ความรู้เรื่องการคืนสู่สุขภาวะ พร้อมให้ผู้ป่วยได้ฟังประสบการณ์ในการดูแลตนเองจนสามารถคืนสู่สุขภาวะจากบุคคลตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์ในการคืนสู่สุขภาวะ และให้สำรวจตนเอง เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของหนทางเพื่อการคืนสู่สุขภาวะ เกิดความหวังว่าการคืนสู่สุขภาวะนั้นเป็นไปได้

ครั้งที่ 2 ค้นหาคุณค่าและจุดแข็ง

เป็นกิจกรรมให้สมาชิกได้ฝึกวิเคราะห์จุดแข็งส่วนบุคคลและคุณค่าที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ผู้วิจัยอธิบายความหมายของคุณค่าและจุดแข็งพร้อมยกตัวอย่างและบอกประโยชน์ของสุขภาวะที่ดีจากการมีคุณค่าที่ดีในตนเอง โดยส่งเสริม

ความคิดในเชิงบวก เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมองตนเองแยกออกจากความเจ็บป่วย และให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายให้กำลังใจสมาชิกในกลุ่มร่วมกัน

ครั้งที่ 3 เป้าหมายชีวิต

เป็นกิจกรรมให้สมาชิกได้สำรวจตนเอง ใช้ทักษะและจุดแข็งเพื่อสร้างภาพลักษณ์ใหม่ สามารถค้นพบตัวตนเชิงบวก และคุณค่าเกี่ยวข้องกับการแสดงตัวตนที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ของบุคคลและการมุ่งมั่นไปสู่เป้าหมายที่สอดคล้องกับค่านิยมส่วนบุคคลและจุดแข็งส่วนบุคคล มีทิศทางในการดำเนินชีวิตและแนวปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

ครั้งที่ 4 ติดตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

เป็นกิจกรรมให้สมาชิกได้มีการวางแผนการดำเนินการ ฝึกติดตามพฤติกรรมที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่ต้องการ มีการวางแผนที่ให้เสร็จสมบูรณ์ การมุ่งมั่นในเป้าหมายซึ่งจุดแข็งค่านิยมเป้าหมายและการดำเนินการได้รับการทบทวนและปรับเปลี่ยนเพื่อให้ผู้ป่วยได้เจอเป้าหมายที่มีคุณค่าต่อเองมากขึ้น

ครั้งที่ 5 สรุปทบทวน และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนกิจกรรมทั้งหมดที่ทำแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์และความคิดที่มีต่อกิจกรรมนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้สึก มีการระบายความรู้สึกของตนเองและนำมาสร้างเป็นกำลังใจ และมีการติดตามความคืบหน้าไปสู่เป้าหมาย พูดคุยเกี่ยวกับสมุดบันทึก การมีข้อเสนอแนะอาจนำไปสู่การดำเนินการแก้ไข โดยเริ่มปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อไปสู่การคืนสู่สุขภาวะที่ดีต่อไป และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพเครื่องมือเพื่อให้แบบสอบถามมีคุณภาพ โดยทดสอบทั้งความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของแบบสอบถาม ดังนี้

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะต่อสุขภาวะทางจิตในบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าในชุมชนและแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะซึมเศร้าและการคืนสู่สุขภาวะ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์การทำงานดูแลการคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยซึมเศร้า 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) ของโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะทางจิตในบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้า เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามที่ใช้ใน ลักษณะของบางกิจกรรมให้สอดคล้องกับเนื้อหา และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในบางกิจกรรม เพื่อให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

แบบประเมินสุขภาวะทางจิต ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของริฟฟและเคเยส Ryff and Keyes (1995) ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานที่นิยมนำมาใช้ตรวจสอบระดับสุขภาวะทางจิตปรับปรุงและพัฒนาโดย กฤษวรรณ หนองมา (2554) มีข้อคำถามรวม 33 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1)ด้านการยอมรับตนเอง 2)ความเป็นอิสระ 3) การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล 4) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น 5) ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม 6 ด้านการมีเป้าหมายในชีวิต ผู้วิจัยได้นำไปทดลอง

ใช้กับผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.82 โดยมีการคิดคะแนนแบบกลับคะแนน (เช่น หากผู้ตอบแบบสอบถามประเมินคะแนนในข้อนี้เป็น 5 จะคิดคะแนนเป็น 1 คะแนน หากผู้ตอบแบบสอบถามประเมินคะแนนในข้อนี้เป็น 4 จะคิดคะแนนเป็น 2 คะแนน เป็นต้น) ในข้อที่ 1,3,5,11,13,14,15,20,21,23,24,29,32 และข้อที่ 33 และกำหนดให้เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบความเป็นไปได้ (Feasibility)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะต่อสุขภาวะทางจิตในบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้า นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อประเมินการความเหมาะสมของ โปรแกรม ระยะเวลา รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาวางแผนในการแก้ไขปัญหาเมื่อดำเนินการทดลองจริง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงาน ทำให้ช่วงเวลาทำกลุ่มไม่ค่อยตรงกัน จึงทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยจึงปรับเวลาในการทำกลุ่มเป็นช่วงค่ำ ๆ หลังเลิกงาน และย้ำเวลานัดก่อนเข้ากลุ่มเสมอ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัยจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เพื่อตรวจสอบจริยธรรมวิจัย และได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยรหัส PSU IRB 2022-St-Nur- 031 เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองพร้อมสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายถึงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือ ทั้งนี้ได้ชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง เน้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลจากการวิจัยได้รับการปกปิดเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งหากมีข้อสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของ การวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองตามขั้นตอน ตั้งแต่เดือน เมษายน-พฤษภาคม 2566 โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยทำการรวบรวมรวบรวมข้อมูลทั่วไป ภาวะซึมเศร้า และสุขภาวะทางจิตก่อนการดำเนินการวิจัย 2) ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง ใช้โปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะ โดยดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มใน Application Line จำนวน 5 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 ความหวังเราสร้างได้ ใช้เวลา 60 นาที กิจกรรมที่ 2 ค้นหาคุณค่าและจุดแข็ง โดยใช้คู่มือการคืนสู่สุขภาวะ ใช้เวลา 60 นาที กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมเป้าหมายชีวิต โดยใช้คู่มือการคืนสู่สุขภาวะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้เวลา 60 นาทีกิจกรรมที่ 4 ติดตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้ป่วยได้นำไปปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ใช้เวลา 1 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 5 การสรุปทบทวน และ

สิ้นสุดสัมพันธภาพ ใช้เวลา 60 นาที รวมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ และ 3) ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาวะทางจิตหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 4 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผ่านทาง Google Form

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติโดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

3.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติโดยใช้สถิติโดยใช้สถิติที Wilcoxon Signed Rank Test เนื่องจากข้อมูลการกระจายแบบไม่โค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยซึมเศร้ามีอายุระหว่าง 18-30 ปี มีอายุเฉลี่ย 25 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60 จบระดับมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ยที่ 1.6 ปี การรักษาส่วนใหญ่ได้รับโดยการรับประทานยาอย่างเดียว ร้อยละ 100 มีผู้ช่วยเหลือดูแลเป็นบิดา-มารดาร้อยละ 70

2. คะแนนสุขภาวะทางจิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสุขภาวะทางจิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=12)

สุขภาวะทางจิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	M	SD	M	SD
ด้านการยอมรับตนเอง	24.61	6.00	26.69	5.33
ด้านการเป็นอิสระ	11.53	3.97	12.92	3.52
ด้านการเจริญเติบโต	21.23	3.87	22.84	3.73
ด้านการมีสัมพันธภาพ	22.07	4.42	23.69	3.09
ด้านความสามารถ	15.84	2.15	16.00	93.94
ด้านการมีเป้าหมาย	20.30	4.03	22.30	3.47
คะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวม	93.51	10.71	124.44	11.94

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน คะแนนสุขภาวะทางจิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะรายด้าน พบว่า สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทุกด้าน และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวมพบว่า หลังเข้าร่วม โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. คะแนนการคืนสู่สุขภาวะหลังเข้าร่วมโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการคืนสู่สุขภาวะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการการคืนสู่สุขภาวะ (n=12)

การคืนสู่สุขภาวะ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	M	SD	M	SD
ด้านความหวัง	7.77	1.16	7.92	1.18
ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง	7.38	1.66	8.07	1.12
ด้านอัตลักษณ์	7.53	2.18	7.84	2.07
ด้านการแสวงหาความหมายในชีวิต	7.53	1.56	7.84	2.51
คะแนนการคืนสู่สุขภาวะโดยรวม	**30.23**	**5.90**	**31.69**	**6.41**

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการคืนสู่สุขภาวะรายด้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทุกด้าน และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนการคืนสู่สุขภาวะโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วม โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการคืนสู่สุขภาวะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม การคืนสู่สุขภาวะโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม การคืนสู่สุขภาวะโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test (n=12)

สุขภาวะทางจิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Z	P
	Mdn	IQR	Mdn	IQR		
ด้านการยอมรับตนเอง	26.00	19.00	18.00	23.00	-1.22	0.05
ด้านการเป็นอิสระ	12.00	14.00	24.00	11.00	-1.42	0.05
ด้านการเจริญเติบโต	22.00	13.00	13.00	11.00	-1.61	0.05
ด้านการมีสัมพันธภาพ	22.00	17.00	27.00	11.00	-2.79	0.05
ด้านความสามารถ	16.00	8.00	22.00	9.00	-0.31	0.05
ด้านการมีเป้าหมาย	21.00	13.00	22.00	14.00	-1.08	0.05
คะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวม	**122.00**	**39**	**127.00**	**44.00**	**-1.43**	**0.05**

ผลการศึกษา พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตรายด้านของผู้ป่วยซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม จำนวน 12 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คือ ด้านการมีสัมพันธภาพ ด้านการเป็นอิสระ

ด้านความสามารถ ด้านการมีเป้าหมาย ด้านการยอมรับตนเอง และด้านการเจริญเติบโต สูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เท่ากับ Z = -2.79, Z = -1.42, Z = -0.31, Z =-1.08, Z=-1.22, Z=-1.61 ตามลำดับ และคะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Z = --1.43, p = .005)

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนการคืนสู่สุขภาวะ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test (n=12)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนการคืนสู่สุขภาวะ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test (n=12)

คะแนนการคืนสู่สุขภาวะ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Z	P
	Mdn	IQR	Mdn	IQR		
ด้านความหวัง	8.00	4.00	8.00	4.00	-1.00	0.05
ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง	7.00	6.00	8.00	4.00	-2.04	0.05
ด้านอัตลักษณ์	8.00	6.00	8.00	6.00	-1.41	0.05
ด้านการแสวงหาความหมายในชีวิต	8.00	6.00	9.00	6.00	-1.41	0.05
คะแนนการคืนสู่สุขภาวะโดยรวม	**32.00**	**18.00**	**33.00**	**13.00**	**-2.20**	**0.05**

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนการคืนสู่สุขภาวะโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -2.20, p = .005) และเมื่อพิจารณารายด้านของผู้ป่วยซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม จำนวน 12 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คือ ด้านความหวัง ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง ด้านอัตลักษณ์ และด้านการแสวงหาความหมายในชีวิต สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เท่ากับ Z = -1.00, Z = -2.04, Z= -1.41, Z= -1.41 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะ เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 รายมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตและค่าเฉลี่ยคะแนนการคืนสู่สุขภาวะหลังเข้าร่วมโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะ ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการคืนสู่สุขภาวะของแอนเดรสันและคณะ Andresen, Oades & Caputi (2011) ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ข้อ ได้แก่ ความหวัง (Hope) ความรับผิดชอบ (Responsibility) ตัวตนและอัตลักษณ์ (self and identity) และความหมายและเป้าหมายในชีวิต (Meaning and Purpose in Life) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะของโรคซึมเศร้า (Peden, 1993; Unsworth, 1999; Seeherunwonget al., 2002; Schreiber, 1996) ซึ่งออกแบบเป็น 5 กิจกรรม สามารถช่วยเพิ่มสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 6 ด้าน ได้แก่1) การยอมรับในตนเอง (Self-acceptance) 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (Positive relations with other) 3) ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) 4) ความสามารถในการจัดการสภาพแวดล้อม (Environmental

mastery) 5) การมีเป้าหมายในชีวิต (Purpose in life) 6) การมีความงอกงามในตน (Personal growth) เนื่องจากรูปแบบของกิจกรรมทั้ง 5 ครั้ง มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในชุมชน เนื่องจากโปรแกรมนี้เป็นแบบออนไลน์จึงสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้ง่ายไม่เสียเวลาในการเดินทางมาเข้ากลุ่ม ไม่ยากหรือง่ายจนเกินไป เป็นกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้แบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์และความคิดที่มีต่อตนเองให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้สึก มีการระบายความรู้สึกของตนเองและนำมาสร้างเป็นกำลังใจ และมีการติดตามความคืบหน้าไปสู่เป้าหมาย กิจกรรมนี้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และค้นหาวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการรับผิดชอบต่อสุขภาพที่ดีและชีวิตโดยรวม โดยเริ่มปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อไปสู่การคืนสู่สุขภาวะที่ดีต่อไป จำนวนกลุ่มละ 6-7 คน มีความเหมาะสม ตามหลักการของการจัดกิจกรรมกิจกรรมกลุ่มบำบัด (Maram, 1978) ระยะเวลา 60 นาที ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 2 สัปดาห์และถัดมาอีก 1 สัปดาห์ 1ครั้ง เป็นระยะเวลาที่เหมาะสมเนื่องจากผู้ป่วยจะได้เข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่อง (Maram, 1978;Yalom,1975) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดรัณ พงศธรสกุล (2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ การศึกษาของ ฐานียา สุทะปาและคณะ(2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นหายต่อการฟื้นหายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 36 ราย พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นหายมีค่าผลต่างของการฟื้นหายหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ บุญเสริม(2562) ที่ศึกษาผลของการสร้างเสริมการฟื้นหายต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 66 ราย พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีค่าผลต่างของการฟื้นหายหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=.05 อีกทั้งยังพบว่ามีพัฒนารูปแบบของการให้บริการแต่ยังไม่มีรูปแบบของวิจัยการคืนสู่สุขภาวะสู่สุขภาวะทางจิตที่ดี (Collaborative Recovery Model From Mental Health Recovery to Wellbeing) ของ Oades et al.(2017) โดยใช้ทฤษฎีของแอนเดรสันและคณะ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการคืนสู่สุขภาวะ 5 ระยะ และมี 4 องค์ประกอบ ซึ่งรูปแบบของ Collaborative Recovery Model เน้นการคืนสู่สุขภาวะเป็นกระบวนการส่วนบุคคล และได้รับการสนับสนุนโดยรูปแบบของการคืนสู่สุขภาวะทางจิตใจ ซึ่งทำให้ผู้รับบริการมีแนวทางที่มีคุณค่าทั้งในด้านการทำงานและชีวิตโดยทั่วไปและมีสุขภาวะส่วนบุคคลที่ดี (personal wellbeing) ซึ่งยังไม่พบว่ามีการบูรณาการแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะโดยมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงตนเองทั้ง 4 องค์ประกอบ โดยใช้ทฤษฎีของแอนเดรสันและคณะ ต่อสุขภาวะทางจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมถึงการใช้เครื่องมือวัด สุขภาวะทางจิตที่สะท้อนผลลัพธ์รายบุคคลที่เป็น การเข้าถึงและตอบสนองความต้องการได้อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตามโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอื่นๆ และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ดี ยิ่งขึ้นและรวมทั้งติดตามผลต่อเนื่องเป็นระยะเช่น 3 เดือน 6 เดือน

2. ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนรวมถึง

โรงพยาบาลจิตเวช ได้รับการส่งเสริมการคืนสู่สุขภาวะ ตามรูปแบบโปรแกรมการคืนสู่สุขภาวะที่ได้พัฒนาขึ้น จากการวิจัยนี้ โดยเชื่อมโยงการดูแลสู่การบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปีงบประมาณ 2566. สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2566, ค้นจาก https://thaidepression.com/www/report/main_report/

กฤษวรรณ หนองมา. (2554). ความสัมพันธระหวางสุขภาวะทางจิต คุณภาพชีวิตในการทำงานและการรับรู ความสำเร็จในอาชีพ : กรณีศึกษาบริษัทขามชาติแหงหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชา สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองคการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

คณะทำงานจัดทำแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. (2553). แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติภูมิ Clinical Practice Guideline of Major Depressive Disorder for General Practitioner : CPG-MDD-GP กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2566,ค้นจาก https://www.thaidepression.com/www/news54/CPG-MDD-GP.pdf

ฐานิยา กลิ่นโสภณ, เปรมทิพย์ ทวีรติธรรม, ประวิตร เจนวรรธนะกุล. (2560). การแปลภาษาตามแนวทางการปรับข้ามวัฒนธรรมและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม Positive and Negative Affect Schedule (ฉบับภาษาไทย) สำหรับผู้สูบบุหรี่. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 61(3), 333 – 342.

ธรณินทร์ กองสุข, หวาน ศรีเรือนทอง, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, วาสนา เหล่าคงธรรม, จิตนา ลี้จงเพิ่มพูน, สุปราณี พิมพ์ตรา,....พลับพลึง หาสุข.(2557) แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2566,ค้นจาก https://www.thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf

พิชัย อิฏฐสกุล, และศิริไชย หงส์สงวนศรี. (2558). โรคซึมเศร้า. ใน มาโนช หล่อตระกูล, และ ปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า167-189). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). โรคซึมเศร้า. ใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และพีรพนธ์ ลือบุญ ธวัชชัย, การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. (หน้า1-27). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.

Andresen, R., Oades, L. G., & Caputi, P. (2011). Psychological recovery: Beyond mental illness. (Online). Retrieved 5 May 2023 from: http://dx.doi.org/10.1002/9781119975182

Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal 1993 ,16 (4), 11-23. [Online]. Retrieved 5 May 2023 from: http://doi:org/10.1037/h0095655

Cook, J. A., Copeland, M. E., Floyd, C. B., Jonikas, J. A., Hamilton, M. M., Razzano, L., ... &

Boyd, S. (2012). A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery. Psychiatric Services, 63(6), 541-547. (Online)Retrieved 5 May 2023 from: http:// doi: 10.1176/appi.ps.201100125

Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization. (2023) Depressive disorder (depression) [Online]. Retrieved 5 May 2023 from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression.

Peden, A.R. (1993). Recovering in depressed women: Research with Peplau's Theory. Nursing Quarterly6 (3),140-146. [Online]. Retrieved 5 May 2023 from: http:// doi:10.1177/089431849300600307

Ryff, C.D. and Keyes, C.L.M. (1995) The structure of psychological well-being revisited .Journal of Personality and Social Psychology, 69 (4), 719–727. (Online). Retrieved 5 May 2023 from: http:// doi:10.1037/0022-3514.69.4.719

Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. Psychotherapy and psychosomatics, 83(1), 10-28. (Online). Retrieved 5 May 2023 from: http:// doi:10.1159/000353263.

Schreiber, R. (1996). (Re) Defining my self: women's process of recovery from depression. Qualitative Health Research, 6(4), 469-491. (Online). Retrieved 5 May 2023 from: http:// doi:10.1177/104973239600600402