

Effects of a Supportive Group Psychotherapy Program on Depression and Hope Among Patients with Major Depressive Disorder at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Yupharat Supo¹, Somrudee Chumkaew¹

¹Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Bangkok

Abstract

Introduction: Major depressive disorder (MDD) is a prevalent psychiatric condition characterized by persistent sadness, anhedonia, hopelessness, and functional impairment. In severe cases, it may lead to suicidal ideation or behaviors. With rising global prevalence rates, there is a critical need for effective interventions to reduce depressive symptoms and enhance psychological well-being.

Objectives: This study aimed: (1) to compare within-group mean scores of depression and hope in the experimental and control groups across three time points: baseline, immediately post-intervention, and four weeks post-intervention; and (2) to compare between-group differences in these scores at both post-intervention time points.

Methodology: A quasi-experimental study using a two-group, pretest-posttest design with multiple comparisons was conducted. 50 patients diagnosed with MDD were randomly allocated to either a control group (n=25) or an experimental group (n=25) using simple random sampling. Research instruments included: 1) a structured supportive group psychotherapy program, and 2) data collection tools comprising depression and hope questionnaires with reliability coefficients of 0.71 and 0.80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential tests including Chi-square test, Fisher's exact test, independent samples t-test, and paired samples t-test.

Results: Within the experimental group, mean depression and hope scores showed statistically significant differences ($p < .001$) at both the post-intervention and four-week follow-up assessments compared to baseline. Between-group analysis demonstrated that the experimental group exhibited significantly greater improvements in both depression and hope measures compared to the control group at both post-intervention and four-week follow-up assessments ($p < .001$).

Conclusion: The supportive group psychotherapy program effectively reduced depression and enhanced hope among patients with major depressive disorder, with benefits maintained at four-week follow-up.

Implications: Mental health and psychiatric nurses can implement this evidence-based supportive group psychotherapy program to reduce depressive symptoms and foster hope among patients with MDD across various clinical settings. Future research should examine long-term effects and applicability across diverse patient populations.

Keywords: Hope, Major depressive disorder, Psychotherapy, Supportive group psychotherapy program

Corresponding author: Yupharat Supo **E-mail:** supo_y@hotmail.co.th

Received: 10 March 2025 **Revised:** 25 April 2025 **Accepted:** 29 April 2025

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ต่อภาวะซึมเศร้าและความหวัง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ยุพรัตน์ สุโพธิ์¹, สมฤดี ชุมแก้ว¹

¹สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ของโรคซึมเศร้าซึ่งจะมีอารมณ์เศร้าไม่มีความสุข รู้สึกไร้ค่า หดหู่ ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถทำหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันตามปกติได้ หากซึมเศร้ารุนแรงมักพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้นจึงควรมีแนวปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองทันที และกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ด้วยวิธีการเปรียบเทียบหลายคู่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน สุ่มเข้ากลุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยที่ใช้ คือ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ และแบบสอบถาม ซึ่งมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความหวัง เท่ากับ 0.71 และ 0.80 ตามลำดับ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยเก็บข้อมูลก่อนการจัดโปรแกรม หลังจัดโปรแกรมทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square test, fisher's exact test, Independent t-test และ Paired samples t-test

ผลการวิจัย: พบว่า 1) ภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังในระยะหลังการทดลองทันที และในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และ 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังในระยะหลังการทดลองทันทีและในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์สามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความหวังให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้จัดกิจกรรมบำบัดเพื่อช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าและเสริมสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ในพื้นที่อื่นได้

คำสำคัญ: ความหวัง, โรคซึมเศร้า, จิตบำบัด, โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ยุพรัตน์ สุโพธิ์ อีเมล: supo_y@hotmail.co.th

วันที่รับ: 10 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ: 25 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับ: 29 เมษายน 2568

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ของโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยจะแสดงอาการต่าง ๆ ในด้านร่างกาย คือ นอนหลับยาก อ่อนเพลียเบื่ออาหาร อาการในด้านอารมณ์ คือมีอาการเศร้าหรือไม่มีความสุข ไร้ค่า หดหู่ ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม อาการในด้านพฤติกรรม ไม่สามารถทำหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไม่ดี การเข้าถึงคนลดลง หากซึมเศร้ารุนแรงมักพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) และในด้านของความคิดจะมีความคิดทางลบต่อตนเองต่อสิ่งแวดล้อมและอนาคต การคิดและการตัดสินใจเชิงซ้ำ สมมติไม่ดี และมีความคิดอยากตาย ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการสูญเสียหลายด้านส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่และกิจกรรมต่าง ๆ ตามมาด้วยการฆ่าตัวตาย (ศิริลักษณ์ ปัญญา และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558) จากรายงานผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2023) พบประชากรโลกประมาณร้อยละ 3.8 มีปัญหาภาวะซึมเศร้า และมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 7 แสนคน และในประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีเพิ่มมากขึ้นจาก 1,207,846 คน ในปี พ.ศ. 2565 เป็น 1,201,386 คน และ 1,277,428 คน ในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 ตามลำดับ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2567) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาและจิตบำบัดจะตอบสนองต่อการรักษาและการหายทุเลาของโรคซึมเศร้าได้ดี อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเป็นซ้ำ (relapse) และกลับเป็นครั้งใหม่ (recurrence) ถึงร้อยละ 50.00 - 90.00 (Piet & Hougaard, 2011) ถ้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมีโอกาสกลับเป็นซ้ำหลังจากหายทุเลาภายใน 6 เดือน ร้อยละ 38.00 และส่งผลให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน ถึงร้อยละ 20.40 (Citrome et al., 2019) สำหรับรายงานการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในคนไทยพบประมาณ ร้อยละ 33.67 (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2567) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นของการกลับเป็นซ้ำจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย กลัว ท้อแท้ ไม่มั่นใจในการรักษา หากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญความผิดปกติทางอารมณ์เหล่านี้ได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ คุณภาพชีวิตแยกลง ในที่สุดแล้วความหวังในการต่อสู้กับโรคก็ลดลงไปด้วย ยิ่งผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคซึมเศร้าทนกำลังเผชิญอยู่นั้นอยู่ในระยะรุนแรง หรือโอกาสหายลดน้อยลง ก็เพิ่มความทุกข์ทรมานมากขึ้น เกิดความรู้สึกสูญเสียหมดกำลังใจ หดหู่ในชีวิต และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้ นอกจากนี้ Martin Seligman ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาคลินิกได้อธิบายว่า อาการซึมเศร้าเกิดจากการประสบความล้มเหลวและผิดหวังซ้ำ ๆ ทำให้เกิดการสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (loss of self-esteem) รู้สึกว่าไม่มีความสามารถ (helplessness) รู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) จึงหมดหนทางแก้ไข ทำให้รู้สึกยอมแพ้เพราะหมดหนทาง (Sadock & Sadock, 2007)

การเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลายปัจจัย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว การได้รับความรักและการให้ความรักเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดความหวัง ความเชื่อทางศาสนา เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรืออำนาจต่าง ๆ ที่อยู่เหนือการกระทำจะช่วยให้ความหวังสามารถบรรลุผลได้ การที่บุคคลจะทำเป้าหมายในชีวิตให้สำเร็จได้นั้น บุคคลจะต้องมีความหวังและความมั่นใจว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งที่ทำให้เกิดการบรรลุเป้าหมายได้ และการกำหนดเป้าหมายในชีวิตนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความสำเร็จที่ผ่านมาทั้งของตนเองและบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย จะเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลในการกระตุ้นและเสริมสร้างให้บุคคลเกิดความหวังได้ (Snyder, 1994) การมองโลกในแง่ดี มองโลกทางบวก คิดบวกกับชีวิต เป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมความหวัง หากบุคคลตระหนักถึงวิธีการคิดและพูดกับตนเองที่ตนใช้อยู่ และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม จะก่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น เกิดอารมณ์และพฤติกรรมไปทางที่ดี การส่งเสริมความหวังนั้นสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การให้การปรึกษา การได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มสนับสนุน กลุ่มจิตบำบัด กระบวนการเสริมสร้างความหวัง การพูดกับตนเองทางบวก การสวดมนต์การให้ความรู้เป็นต้น (Mok et al., 2010)

การรักษาโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบัน ได้แก่ การรักษาด้วยยา จิตบำบัด หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน โดยมีความพยายามที่จะพัฒนารูปแบบจิตบำบัดที่มีความเสี่ยงน้อยและได้ผลดีขึ้น เพื่อใช้ในการบำบัดแบบเสริมหรือเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในปัจจุบันการทำจิตบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีมากมายหลากหลายวิธี เช่น การทำพฤติกรรมบำบัดเพื่อบ่มุ่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การให้บริการปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับกับวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นและปรับปรุงชีวิตให้ดีขึ้น การบำบัดด้านการคิดรู้เพื่อให้เน้นการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดและพฤติกรรม จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล การบำบัดแนวจิตวิเคราะห์เพื่อเน้นช่วยให้เข้าใจในแรงปรารถนาภายใน โดยทำการบำบัดวิธีต่าง ๆ นั้นล้วนแต่เน้นการบำบัดที่ต้องเลือกให้เหมาะสมกับบุคคล อีกทั้งยังมีการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นจัดการปัญหาปัจจุบันของผู้ป่วยจะทำให้อาการและภาวะโรคซึมเศร้าดีขึ้น (Dang et al., 2018)

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งในผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองคือ เพื่อลดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น เกิดการเข้าใจตนเอง ยอมรับในความเป็นตนเอง เข้าใจผู้อื่น และยอมรับผู้อื่นได้ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนความคิด เจตคติ และพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2556) และเมื่อกระบวนการกลุ่มสิ้นสุดลงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถหาทางออกในการแก้ปัญหา และหาวิธีการเพิ่มความหวังให้กับตนเองได้ต่อไป มีการศึกษาพบว่า กระบวนการจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มสามารถเพิ่มความหวัง ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการดูแลตัวเองได้มากกว่ากลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์แบบหนึ่งต่อหนึ่ง (มรยาท รุจิวิชัย, 2556) ทั้งนี้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ตามแนวคิดของยาลอม Yalom (1995) กล่าวว่า หัวใจสำคัญของกลุ่มบำบัดคือ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยให้สมาชิกแยกแยะ และเข้าใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเข้ากลุ่มเปรียบเสมือนสังคมจำลอง โดยสมาชิกจะแสดงพฤติกรรมในกลุ่มเหมือนกับสังคมที่เขาอยู่ การดำเนินกลุ่มตามพัฒนาการกลุ่มจะก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด (therapeutic factors) ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากกระบวนการภายในกลุ่ม หรือจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ซึ่งทำงานไปพร้อม ๆ กัน ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยปัจจัยบำบัด มีทั้งหมด 11 ปัจจัย อาทิเช่น การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (altruism) การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การมีความเป็นสากล (universality) การได้เลียนแบบ (imitative behavior) การรู้สึกมีหวัง (instillation of hope) เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถทำให้สมาชิกเกิดกำลังใจ เกิดความหวัง ลดความวิตกกังวล รวมถึงมีการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตในการดำเนินชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมมีการนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองมาใช้ในผู้ป่วยหลายการศึกษา ซึ่งพบในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสามารถสรุปได้พบว่าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองมีประสิทธิภาพในการช่วยเพิ่มความหวังให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือรุนแรงได้ (ภัทรพร กรดแก้ว และคณะ, 2561: ลานทิพย์ พนารินทร์ และคณะ, 2563; ชัยพร พรธนาภพ และคณะ, 2565) สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบมีการศึกษาในต่างประเทศอยู่บ้าง (Freeman & Davis, 2010; Freeman et al, 2008; Areán et al, 2010) แต่การศึกษาในประเทศไทยยังได้น้อย

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และปัจจุบันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีการให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาและการทำจิตบำบัดร่วมด้วย แต่พบว่ายังไม่มีมีการบำบัดเฉพาะโรคในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในประเด็นการเพิ่มความหวังในความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และยังไม่ได้มีการติดตามผลการบำบัดอย่างต่อเนื่อง มีเพียงการประเมินผลการรักษาในภาพรวม เช่น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี ผู้ป่วยสนใจดี ซึ่งจากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการจำแนกตามปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น คือ 201, 166 และ 279

ราย ตามลำดับ (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2566) เนื่องจากสภาพสังคมที่มีความกดดัน มีความเครียดสะสม หรือแม้กระทั่งลักษณะของครอบครัวที่ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น หรือมีความ ผิดหวังสะสมในหลาย ๆ ด้าน ผู้วิจัยจึงได้วางแผนพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยได้ศึกษาโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการพยาบาลสอดคล้องกับ ปัญหาและตรงตามกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เสริมสร้างความหวังให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้มีกำลังใจ ในการต่อสู้กับโรค สามารถดูแลตนเองได้ เกิดความมั่นใจในการเผชิญอุปสรรคที่เกิดขึ้น เชื่อมั่นว่าตนเองต้อง ผ่านอุปสรรคไปได้เกิดความหวังและทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงตามมา ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

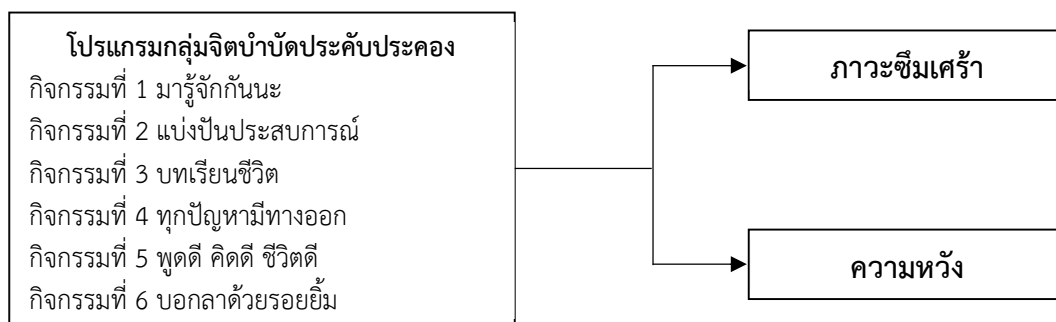
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองทันที และกับ ระยะติดตาม 4 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวัง ในระยะ ก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองทันที และกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ แตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวัง ในระยะ หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง จากการศึกษากลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองต่อ ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาของ ภัทพร กรดแก้ว และคณะ (2561) การศึกษา จิตบำบัดระดับประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของ สำราญ ศุภพิชน์ และคณะ (2564) และจากการศึกษาแนวคิดกลุ่มจิตบำบัดของ Yalom (1995) ที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกใน กลุ่มเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเกิดปัจจัยบำบัดขึ้น โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) มารู้จักกันนะ 2) แบ่งปันประสบการณ์ 3) บทเรียนชีวิต 4) ทุกปัญหามีทางออก 5) พุดดี คิดดี ชีวิตดี และ 6) บอกเล่าด้วยรอยยิ้ม ซึ่งเชื่อว่าทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดความหวังในการดำเนินชีวิตและลดภาวะซึมเศร้า ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group, pretest-posttest design) ด้วยวิธีการเปรียบเทียบหลายคู่ (multiple comparison)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V หรือ ICD-10 รหัส F32.0 ถึง F32.9 และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V และ ICD-10 รหัส F32.0 ถึง F32.9 และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในช่วงระยะเวลา 21 สิงหาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 50 คน

ขนาดตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร two independent mean ของ Bernard (2000) ดังนี้

$$n_1 = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r} \right]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, \Delta = \mu_1 - \mu_2$$

กำหนดค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.26 และ 22.40 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.06 และ 4.99 จากการศึกษาผลของจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยสูงอายุของ อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง (2554) กำหนดระดับนัยสำคัญ (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (beta) เท่ากับ 0.20 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน และเพื่อป้องกันการ drop out ร้อยละ 5 (รัตนศิริ ทาโต, 2567) จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) จากนั้นทำการสุ่มเข้ากลุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 25 คนแรกเข้ากลุ่มทดลอง และอีกจำนวน 25 คน เข้ากลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V และ ICD-10 รหัส F32.0 ถึง F32.9 อายุระหว่าง 20 - 59 ปี
- 2) ผลการประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน จากแบบประเมิน 9Q
- 3) ผลการประเมินคะแนนความหวัง ได้คะแนนระหว่าง 12-35 คะแนน
- 4) สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีความบกพร่องในการพูดสื่อสารและการมองเห็น
- 5) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ผู้ป่วยมีโรคร่วมจิตเวชอื่น ๆ เช่น มีประวัติการใช้สุราหรือสารเสพติดในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้
- 2) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น โรคจิตเวชที่เกิดจากการบาดเจ็บทางสมอง (organic brain syndrome) โรคพาร์กินสัน (parkinson's disease) โรคออสติก โรคหลอดเลือดสมอง หรือมีการเจ็บป่วยทางกายที่ควบคุมไม่ได้
- 3) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนครบตามที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษากลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาของ ภทรพร กรดแก้ว และคณะ (2561) การศึกษาจิตบำบัดระดับประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของ สำราญ ศุภพิชน์ และคณะ (2564) และจากการศึกษาแนวคิดกลุ่มจิตบำบัดของ Yalom (1995) มีกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวม 2 สัปดาห์ติดต่อกัน มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพและจิตเวช พิจารณาความครอบคลุม ความสอดคล้อง ความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความชัดเจนของข้อความ จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริง มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง

สัปดาห์/กิจกรรม	ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 มารู้จักกันนะ	ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น ระยะเวลา 60 นาที	เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกับผู้วิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงของการเข้าร่วมกิจกรรม	ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัว สร้างความคุ้นเคย แจ้งข้อตกลงของการทำกิจกรรม และอธิบายถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ทำความรู้จักกัน พูดคุยถึงข้อดี/ข้อเด่นของตนเอง และซักถามเกี่ยวกับประเด็นที่สงสัย
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 แบ่งปันประสบการณ์	ระยะที่ 2 ระยะระบุปัญหา ระยะเวลา 90 นาที	เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหาของตนเอง ระบายความคับข้องใจที่ทำให้ตนเองรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และรับฟังปัญหาของคนอื่น	ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนบอกเล่าเรื่องราวความคับข้องใจของตนเองออกมาเป็นกราฟชีวิต และให้เพื่อนสมาชิกระบุปัญหาที่เกิดขึ้น
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 3 บทเรียนชีวิต	ระยะที่ 2 ระยะระบุปัญหา ระยะเวลา 90 นาที	เพื่อให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ รวมถึงร่วมกันค้นหาวิธีการเผชิญปัญหา และพิจารณาถึงกระบวนการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง	ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนบอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย แสดงความคิดเห็นและช่วยกันหาวิธีการแก้ไขที่เหมาะสม
สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 ทุกปัญหามีทางออก	ระยะที่ 2 ระยะระบุปัญหา ระยะเวลา 90 นาที	เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และเห็นคุณค่าตนเอง ยอมรับข้อจำกัดของตน และสามารถจัดการกับปัญหาของตนได้ดีขึ้น	ผู้วิจัยอธิบายวิธีที่ใช้ในการแก้ปัญหา และให้คำแนะนำสมาชิกกลุ่มถึงการจัดการและการเผชิญปัญหา รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถามพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เพื่อส่งเสริมให้เกิดปัจจัยบำบัด
สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 5 พูดดี คิดดี ชีวิตดี	ระยะที่ 2 ระยะระบุปัญหา ระยะเวลา 90 นาที	เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงการพูดกับตนเองในทางบวก และฝึกฝนความคิดเห็น พร้อมทั้งทดลองปฏิบัติ	ผู้วิจัยอธิบายถึงการพูดกับตนเองในทางบวก และให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น พร้อมทั้งทดลองปฏิบัติ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สัปดาห์/กิจกรรม	ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 2	ระยะที่ 3 ระยะสรุปผล	เพื่อให้สมาชิกได้ ทบทวน	ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนบอกถึง
กิจกรรมที่ 6	ระยะเวลา 60 นาที	ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้า	ประโยชน์ที่ตนเองได้รับ และแลกเปลี่ยน
บอกกล่าวกันด้วยรอยยิ้ม		ร่วมกิจกรรม สรุปเนื้อหา	แสดงความคิดเห็นร่วมกัน และผู้วิจัย
		ทั้งหมด และยุติกิจกรรม	กล่าวสรุปและยุติกิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัวทางกาย และระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต

ส่วนที่ 2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ตามระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ระดับประเทศโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2561) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.71 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน (1 คะแนน) เป็นบ่อย (2 คะแนน) และ เป็นทุกวัน (3 คะแนน) การแปลผล คือ คะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และ มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความหวัง (Herth Hope Index, HHI) ฉบับภาษาไทย ของ สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) โดยคะแนนความหวังโดยรวมที่วัดได้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 12-23 คะแนน หมายถึง ความหวังระดับต่ำ คะแนน 24-35 คะแนน หมายถึง ความหวังระดับปานกลาง และ คะแนน 36-48 คะแนน หมายถึง ความหวังระดับสูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์มณี วิทยามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร เลขที่ SD.IRB.APPROVAL 020/2566 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัย คำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องชี้แจงเหตุผลและไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปผลของการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หัวหน้าโครงการวิจัยทำการอบรมชี้แจงผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถาบันฯ ซึ่งรายละเอียดประกอบด้วย ความเป็นมา วัตถุประสงค์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยโดยผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ช่วยในการประสานงานและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การจัดกิจกรรมตามโปรแกรม และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ในการขออนุญาตเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมในใบยินยอม ตามการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) โดยความสมัครใจให้ครบจำนวน 50 คน และจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามวิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม

4. ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถาม (pre-test) ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม และแบบประเมินความหวัง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยก่อนการจัดโปรแกรม

5. กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติของสถาบันฯ ร่วมกับกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง จำนวน 6 กิจกรรม โดยจัดเป็นกิจกรรมกลุ่มซึ่งมีจำนวนสมาชิก 8-10 คน ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวม 2 สัปดาห์ติดต่อกัน ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการให้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติของสถาบันฯ

6. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถาม (post-test) ในระยะหลังทดลองทันที (2 สัปดาห์) และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามเดิมโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย

7. รวบรวมแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้อง ทำการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล

8. หลังสิ้นสุดโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้แก่กลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ chi-square test, fisher's exact test และ independent t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความหวัง โดยเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการเปรียบเทียบหลายคู่ (multiple comparison) โดยสถิติ paired sample t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ด้วยสถิติ independent t-test เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ โดยตัวแปรที่ศึกษาเป็นตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) และข้อมูลมีการทดสอบด้วยสถิติ shapiro-wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p\text{-value} > .05$)

4. กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ยอมรับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองจำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0 อายุเฉลี่ย 34.2 ± 9.8 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 มีสถานภาพโสด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.2 ± 3.3 ปี

กลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0 อายุเฉลี่ย 29.0 ± 8.6 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และ ปริญญาตรี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 มีสถานภาพโสด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.1 ± 2.3 ปี

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=25) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			1.000 ^a
ชาย	8 (32.0)	8 (32.0)	
หญิง	17 (68.0)	17 (68.0)	
อายุ			0.055 ^c
M±SD	34.2±9.8	29.0±8.6	
ระดับการศึกษา			0.165 ^b
ประถมศึกษา	1 (4.0)	0.0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (4.0)	3 (12.0)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5 (20.0)	10 (40.0)	
อนุปริญญา/ปวส.	1 (4.0)	2 (8.0)	
ปริญญาตรี	14 (56.0)	10 (40.0)	
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (12.0)	0.0	
สถานภาพสมรส			0.420 ^b
โสด	15 (60.0)	19 (76.0)	
สมรส/คู่	7 (28.0)	3 (12.0)	
หม้าย/หย่า/แยก	3 (12.0)	3 (12.0)	
โรคประจำตัวทางกาย			0.189 ^b
ไม่มี	20 (80.0)	24 (96.0)	
มี	5 (20.0)	1 (4.0)	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย			0.191 ^c
M±SD	3.2±3.3	2.1±2.3	

^a=chi-square test, ^b=fisher's exact test, ^c=independent t-test

2. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความหวังภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองทันที พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองทันที (4.3 ± 2.3) น้อยกว่าก่อนการทดลอง (18.8 ± 2.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (3.7 ± 1.4) น้อยกว่าก่อนการทดลอง (18.8 ± 2.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ส่วนผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองทันทีกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองทันที (4.3 ± 2.3) กับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (3.7 ± 1.4) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองทันที พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองทันที (15.0 ± 2.9) น้อยกว่าก่อนการทดลอง (18.5 ± 2.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะ

ซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (14.5 ± 4.2) น้อยกว่าก่อนการทดลอง (18.5 ± 2.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ส่วนผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองทันทีกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองทันที (15.0 ± 2.9) กับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (14.5 ± 4.2) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังภายในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองทันที พบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะหลังการทดลองทันที (33.0 ± 6.0) มากกว่าก่อนการทดลอง (22.0 ± 1.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (37.7 ± 4.3) มากกว่าก่อนการทดลอง (22.0 ± 1.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ส่วนผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะหลังการทดลองทันทีกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองทันที (33.0 ± 6.0) กับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (35.7 ± 4.0) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังภายในกลุ่มควบคุม พบว่า การเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง (23.3 ± 3.4) กับระยะหลังการทดลองทันที (23.8 ± 2.3) การเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง (23.3 ± 3.4) กับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (24.5 ± 3.5) และการเปรียบเทียบในระยะหลังการทดลองทันที (23.8 ± 2.3) กับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (24.5 ± 3.5) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม โดยวิธีการเปรียบเทียบหลายคู่ ด้วยสถิติ paired sample t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=25)			กลุ่มควบคุม (n=25)		
	M $\pm$ SD	t	p-value	M $\pm$ SD	t	p-value
ภาวะซึมเศร้า						
ก่อนการทดลอง	18.8 $\pm$ 2.2	24.485	<.001**	18.5 $\pm$ 2.0	3.850	.001*
หลังการทดลองทันที	4.3 $\pm$ 2.3			15.0 $\pm$ 2.9		
ก่อนการทดลอง	18.8 $\pm$ 2.2	27.574	<.001**	18.5 $\pm$ 2.0	3.698	.001*
ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	3.7 $\pm$ 1.4			14.5 $\pm$ 4.2		
หลังการทดลองทันที	4.3 $\pm$ 2.3	1.532	.139	15.0 $\pm$ 2.9	0.671	.509
ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	3.7 $\pm$ 1.4			14.5 $\pm$ 4.2		
ความหวัง						
ก่อนการทดลอง	22.0 $\pm$ 1.8	-8.894	<.001**	23.3 $\pm$ 3.4	-0.518	.609
หลังการทดลองทันที	33.0 $\pm$ 6.0			23.8 $\pm$ 2.3		
ก่อนการทดลอง	22.0 $\pm$ 1.8	-14.908	<.001**	23.3 $\pm$ 3.4	-1.329	.196
ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	37.7 $\pm$ 4.3			24.5 $\pm$ 3.5		
หลังการทดลองทันที	33.0 $\pm$ 6.0	-1.611	.120	23.8 $\pm$ 2.3	-0.967	.343
ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	37.7 $\pm$ 4.3			24.5 $\pm$ 3.5		

*p-value<.01, **p-value<.001

3. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความหวังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในแต่ละระยะ พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (18.8 ± 2.2) และกลุ่มควบคุม (18.5 ± 2.0) ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) ในขณะที่ระยะหลังการทดลองทันที คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (4.3 ± 2.3) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (15.0 ± 2.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (3.7 ± 1.4) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (14.5 ± 4.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เช่นกัน

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในแต่ละระยะ พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (22.2 ± 1.8) และกลุ่มควบคุม (23.3 ± 3.4) ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) ในขณะที่ระยะหลังการทดลองทันที คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (33.0 ± 6.0) มากกว่ากลุ่มควบคุม (23.8 ± 2.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (35.7 ± 4.0) มากกว่ากลุ่มควบคุม (24.5 ± 3.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เช่นกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ด้วยสถิติ independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลองทันที			ระยะติดตาม 4 สัปดาห์		
	M $\pm$ SD	t	p-value	M $\pm$ SD	t	p-value	M $\pm$ SD	t	p-value
ภาวะซึมเศร้า									
กลุ่มทดลอง (n=25)	18.8 $\pm$ 2.2	0.592	.556	4.3 $\pm$ 2.3	-14.219	<.001**	3.7 $\pm$ 1.4	-12.079	<.001**
กลุ่มควบคุม (n=25)	18.5 $\pm$ 2.0			15.0 $\pm$ 2.9			14.5 $\pm$ 4.2		
ความหวัง									
กลุ่มทดลอง (n=25)	22.2 $\pm$ 1.8	-1.392	.172	33.0 $\pm$ 6.0	7.168	<.001**	35.7 $\pm$ 4.0	10.439	<.001**
กลุ่มควบคุม (n=25)	23.3 $\pm$ 3.4			23.8 $\pm$ 2.3			24.5 $\pm$ 3.5		

**p-value<.001

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวัง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลองกับหลังการทดลองทันที และก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ส่วนการเปรียบเทียบหลังการทดลองทันทีกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมมารู้จักกันนะ กิจกรรมการแบ่งปันประสบการณ์ และกิจกรรมบทเรียนชีวิต เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ได้มีการพูดคุย รู้จักกันและรับรู้ถึงข้อดีของตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดการเข้าใจตนเอง ยอมรับในความเป็นตนเอง เข้าใจผู้อื่น

และยอมรับผู้อื่น ได้แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ สามารถแก้ปัญหาด้วยกระบวนการคิดและมีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม กิจกรรมดังกล่าวทำให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากยิ่งขึ้น ทำให้มีการระบายอารมณ์ปลดปล่อยความรู้สึกเศร้าออกมา ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (ภคจิรา ภูสมศรี, 2563) นอกจากนี้กิจกรรมทุกปัญหามีทางออก และกิจกรรมพูดดี คิดดี ทำดี เป็นกิจกรรมซึ่งช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกดีต่อตนเอง ค้นพบตนเองเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาในชีวิต และมองเห็นเป้าหมายในชีวิต ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความหวัง (อรณลิน สิงขรณ์ และภาวดี เหมทานนท์, 2564) การบำบัดด้วยความหวังช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและความภาคภูมิใจในตนเอง ลดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้ (Cheavens et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุศรา สุขสวัสดิ์ และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองลดลง และมีคะแนนเฉลี่ยความหวังสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Shekarabi-Ahari et al. (2012) ประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยความหวังแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งในกรุงเทพมหานคร พบว่า การบำบัดด้วยความหวังสามารถลดภาวะซึมเศร้า ($p\text{-value} < .05$) และเพิ่มระดับความหวัง ($p\text{-value} < .001$) ของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองทันทีกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากอยู่ในช่วงของการติดตามผลและไม่ได้จัดกระทำกิจกรรมใด ๆ ให้กับกลุ่มทดลอง จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน

ขณะเดียวกันผลการศึกษพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองทันที และในระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .001$) แต่ในส่วนของคะแนนเฉลี่ยความหวังไม่มีความแตกต่างกันทั้งสามระยะ อาจเนื่องมาจากกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของสถาบันฯ ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อบำรุงเน้นการลดภาวะซึมเศร้าเป็นหลักจึงทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่อย่างไรก็ตามผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่ายังน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ในส่วนของความหวังไม่ได้มุ่งเน้น จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความหวังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวัง ในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวัง ในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้รู้จักและเข้าใจตนเอง รวมถึงผู้อื่น ผ่านการพูดคุย แบ่งปันประสบการณ์ และเรียนรู้บทเรียนชีวิต ซึ่งช่วยให้เกิดการยอมรับตนเอง พัฒนาแนวคิดในการแก้ปัญหา และเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ส่งผลให้สามารถระบายอารมณ์และลดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้กิจกรรมยังช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมมีมุมมองเชิงบวกต่อตนเอง ค้นพบเป้าหมายชีวิต และเกิดความหวัง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงและมีความหวังเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ บุศรา สุขสวัสดิ์ และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ko & Hyun (2015) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมจิตบำบัดเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้า ความภาคภูมิใจในตนเอง และความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้า ความภาคภูมิใจในตนเอง และความหวัง หลังการทดลองดีขึ้นและแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยในสามารถนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองดังกล่าวนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมบำบัดเพื่อช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้า เสริมสร้างความหวัง ให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่อื่นต่อไปได้

การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 12 เดือน หลังการได้รับโปรแกรมเพื่อประเมินความคงอยู่ของความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ชัยพร พรรณนาภพ, สงวน ธาณี, หทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง, กุณช์ชลิ เพียรทอง, และธวัชชัย พลศักดิ์. (2565). ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 6(3), 85-99.
- ธณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท, และจินตนา ลีจิงเพิ่มพูน. (2561). ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(4), 321-334.
- บุศรา สุขสวัสดิ์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ และชนัดดา แนนเกษร. (2560). ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(1), 95-106.
- ภักจิรา ภูสมศรี. (2563). โรคซึมเศร้าปัญหาสุขภาพใกล้ตัว. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 14(2), 51-58.
- ภัทรพร กรดแก้ว, นุชนาถ บรรทมพร, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2561). ผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 78-88.
- มรยาท รุจิวิษญ์. (2556). *ผลของกระบวนการสร้างสัมพันธภาพแบบหนึ่งต่อหนึ่งร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อระดับความหวังระดับความวิตกกังวลและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2567). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2567). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- ลานทิพย์ พนารินทร์, ภัทรพร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และเวทิส ประทุมศรี. (2563). ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของยาโลม (Yalom) ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 26(1), 117-134.
- ศิริลักษณ์ ปัญญา และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2558). จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 263-278.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2566). รายงานสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
- สุนทรี วัฒนเบญจโสภณ. (2543). ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำราญ ศุภพิชน์, ชนิตดา แนนเกษร, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2564). ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 32(1), 1-17.
- อรณลิน สิงขรณ์ และภาวดี เหมทานนท์. (2564). การบำบัดด้วยความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: แนวคิดและแนวทางการประยุกต์ใช้. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(1), 146-156.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง. (2554). ผลของจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Areán, P. A., Raue, P., Mackin, R. S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., & Alexopoulos, G. S. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1391-1398.
- Bernard, R. (2000). Fundamentals of biostatistics (5th ed.). Duxbury: Thomson learning, 308.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T. & Snyder, C. R. (2006) Hope therapy in a community sample: a pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61-78.
- Citrome, L., Jain, R., Tung, A., Landsman-Blumberg, P. B., Kramer, K., & Ali, S. (2019). Prevalence, treatment patterns, and stay characteristics associated with hospitalizations for major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 249, 378-384.
- Dang, J. M., Bashmi, L., Meenaghan, S., White, J., Hedrick, R., Djurovic, J., et al. (2018). The efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms and quality of life: a systematic review of randomized controlled trials. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 3(2), 011.
- Freeman, M. P., & Davis, M. F. (2010). Supportive psychotherapy for perinatal depression: preliminary data for adherence and response. *Depress Anxiety*, 27(1), 39-45.
- Freeman, M. P., Davis, M., Sinha, P., Wisner, K. L., Hibbeln, J. R., & Gelenberg, A. J. (2008). Omega-3 fatty acids and supportive psychotherapy for perinatal depression: a randomized placebo-controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 110(1-2), 142-148.

- Ko, Y. S., & Hyun, M. Y. (2015). Effects of a Positive Psychotherapy Program on Depression, Self-esteem, and Hope in Patients with Major Depressive Disorders. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(4), 246–256.
<https://doi.org/10.12934/JKPMHN.2015.24.4.246>
- Mok, E., Lam, W., Chan, L., Lau, K., Ng, J., & Chan, K. (2010). The meaning of hope from the perspective of Chinese advanced cancer patients in Hong Kong. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(6), 298-305.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-1040.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopses of psychiatry: behavioral science/clinical psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shekarabi-Ahari, G., Younesi, J., Borjali, A., & Ansari-Damavandi, S. (2012). The effectiveness of group hope therapy on hope and depression of mothers with children suffering from cancer in tehran. *Iranian journal of cancer prevention*, 5(4), 183–188.
- Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope*. New York: The Free.
- World Health Organization. (2023). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Yalom, J. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.