



ผลของการใช้ภาษารักเพื่อดูแลใจตนเองต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยจิตเวช

The Effect of Using Love Language for Taking Care of Oneself on Depression among Psychiatric Patients

อุจน์จิตร คุณารักษ์* สายฝน เอกวารงกูร**

Unjit Khunarak,* Saifon Aekwarangkoon**

* สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

* Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Bangkok

** สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จนครศรีธรรมราช

** School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat Province

* Corresponding Author: unjit2041@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการใช้ภาษารักเพื่อดูแลใจตนเองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 72 คน ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง อายุ 15 - 59 ปี ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการจับคู่และสุ่มอย่างง่ายกลุ่มละ 36 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมภาษารักเพื่อดูแลใจตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย ภาษารักเพื่อดูแลใจตนเอง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q และ HRSD วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าด้วยการทดสอบที ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 61.11 อายุ 21 - 30 ปี ร้อยละ 38.89 (M = 32.53, SD = 12.63) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 75.00 จบระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 50.00 อาชีพรับจ้าง/เกษตรกร ร้อยละ 27.78 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,585 บาท (SD = 20,985.89, Min = 0, Max = 100,000, Median = 9,000) ระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 36.11 รับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก ร้อยละ 52.78 แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 41.67 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน ภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าภายหลังการทดลอง (9Q : M = 4.22, SD = 3.86, HRSD : M = 10.08, SD = 5.54) ลดลงกว่าก่อนการทดลอง (9Q : M = 12.97, SD = 3.90, HRSD : M = 16.56, SD = 5.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้า (9Q : M = 4.22, SD = 3.86, HRSD : M = 10.08, SD = 5.54) ลดลงกว่า

Received: March 4, 2020; Revised: April 6, 2020; Accepted: April 8, 2020



กลุ่มควบคุม (9Q : M = 7.03, SD = 5.97, HRSD : M = 12.72, SD = 5.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะ ภาษารักมีประสิทธิภาพต่อการลดภาวะซึมเศร้า พยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้เกิดการดูแลใจตนเองด้วยภาษารักในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ : ภาษารัก ดูแลใจ ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจิตเวช

Abstract

This research was quasi experimental research to study the effects of using love language to take care of oneself on depression in psychiatric patients. Sample included seventy-two psychiatric patients with mild to moderate depression, aged 15 - 59 years, and was admitted to receive treatment in hospital. Samples were divided into an experimental group and a control group, using matching and simple random methods, 36 people each group. The experimental group received a love language, while the control group received routine care. Research instruments consisted of love language to take care of oneself, 9Q and HRSD depression measurement form. Data analysis was performed using frequency, percentage, mean, standard deviation and compared depression with t-test. Result found that 61.11% were female, 38.89%, aged 21 - 30 years (M = 32.53, SD = 12.63), 75% were single, with secondary education/vocational certificate 50%, employment/farmers 27.78%, average monthly income 15,585 baht (SD = 20,985.89, Min = 0, Max = 100,000, Median = 9,000), illness period of less than 6 months 36.11%, admitted in the hospital for the first time 52.78%, diagnosed with equal proportions of depression and schizophrenia 41.67%. The samples in both groups have no different personal information characteristics. The results revealed that after receiving love language, the experimental group had depression level (9Q : M = 4.22, SD = 3.86, HRSD : M = 10.08, SD = 5.54), lower than the level before the experiment (9Q : M = 12.97, SD = 3.90, HRSD : M = 16.56, SD = 5.15) ($p < .05$) and after the experiment, the experimental group had depression (9Q : M = 4.22, SD = 3.86, HRSD : M = 10.08, SD = 5.54) lower than the control group (9Q : M = 7.03, SD = 5.97, HRSD : M = 12.72, SD = 5.38) ($p < .05$). It is suggested that love language are effective for reducing depression. Professional nurses and related persons should support the care of their mental health by using love language in psychiatric patients with depression.

Keywords : love language, mind caring, depression, psychiatric patients

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญของทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย¹ องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าประชากรมากกว่า 300 ล้านคนเป็นโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงอาจจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงถึง 12 ล้านคน² จากการศึกษาสถานการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคอื่นๆ โดยพบร่วมกับโรควิตกกังวลชนิดทั่วไป (GAD) ร้อยละ 30 พบร่วมกับโรคโฟเบีย (Phobia) ร้อยละ 20 พบร่วมกับโรคเครียดหลังประสบเหตุรุนแรงในชีวิต (PTSD) ร้อยละ 10 พบร่วมกับการก่อกวนการเข้าสังคม ร้อยละ 30 พบร่วมกับโรคย้ำคิดย้ำทำ (OCD) ร้อยละ 10 และพบร่วมกับโรคแพนิค (Panic) ร้อยละ 65 นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นร่วมกับโรคจิตเภท และมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการตายจากการฆ่าตัวตาย³ เมื่อพิจารณาภาวะโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทยเฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า การสูญเสียสุขภาพ (DALYs) ของโรคซึมเศร้ามีค่าสูงสุด และเป็นค่าจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแม้จะไม่มีอาการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรแต่ก็ต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวเป็นระยะเวลา นานกว่าโรคทางจิตอื่นๆ การศึกษาที่ได้ส่งผลให้ต้องมีการดำเนินการด้านระดับชาติเพื่อเฝ้าระวัง ติดตาม โรคซึมเศร้า ปัญหาการฆ่าตัวตายที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า และการจัดการภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยจิตเวช

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นปัญหาที่ต้องการความร่วมมือแก้ไขอย่างจริงจัง และเร่งด่วน ผลการศึกษาสถานการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในสถาบันสมเด็จพระยา พบว่า ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัญหาสุขภาพที่ก่อให้เกิดความรุนแรงซับซ้อน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องจากสถิติการมารับบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ในปีงบประมาณ 2559 - 2561 มีจำนวน 14,467, 15,525 และ 19,173 ราย และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 158, 185 และ 255 ราย⁴ ตามลำดับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เกิดจากการมีความสัมพันธ์ในลักษณะขัดแย้งหรือขาดความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับบุคคลสำคัญในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดความรักในตนเอง⁵ ร่วมกับการต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อความสามารถด้านการดูแลช่วยเหลือตนเองที่ลดลงจากการเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช จึงเกิดอาการน้อยใจ โดดเดี่ยว มองตนเอง สิ่งแวดล้อมอนาคตในด้านลบ ไร้คุณค่า เกิดภาวะซึมเศร้า และทำร้ายตนเองในที่สุด¹

ภาษารัก (Love language) เป็นทางออกของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความรักและเข้าใจตนเอง สามารถเชื่อมโยง ยอมรับ รัก และมองเห็นคุณค่าในตนเอง นำไปสู่ความสามารถในการลดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด^{5,6} โดยกรอบแนวคิดของ Chapman⁵ อธิบายว่า กระบวนการเชื่อมโยงภาษารักด้วยตนเองช่วยให้บุคคลเกิดพลังด้านบวกจากการได้สัมผัสทรัพยากรเชิงบวกภายในตนเอง กระบวนการดังกล่าวส่งผลสำคัญต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตที่งอกงาม เติบโต และแข็งแกร่ง สามารถลดปัญหาสุขภาพจิตและฟื้นฟูภาวะซึมเศร้าของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภาษารักของบุคคลสามารถแสดงออกผ่าน 5 วิธี ได้แก่ 1) คำพูดหรือ



การบอกรัก (Word of affirmation) 2) การเอาใจใส่ดูแล การบริการด้วยใจ (Acts of service) 3) การสัมผัสทางกาย (Physical touch) 4) การให้ของขวัญของฝาก สิ่งที่มีความหมาย (Receiving gifts) และ 5) การมีเวลาคุณภาพให้แก่กัน (Quality time) สอดคล้องกับผลการศึกษา⁷ ที่พบว่า ภาษารักช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ในคุณค่าของตนเอง รักตัวเองเป็น เห็นใจ เข้าใจ และให้อภัยตนเองได้ กระบวนการใช้ภาษารักมีอิทธิพลต่อการช่วยลดภาวะซึมเศร้าของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการดังกล่าวถือเป็นมาตรการสำคัญและมีความคุ้มค่าในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸ เช่นเดียวกับผลการศึกษา ที่พบว่า การดูแลใจของตนเองด้วยความรักเป็นพลังความรู้สึกที่บริสุทธิ์ส่งผลสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า กระบวนการดูแลช่วยเหลือดังกล่าวควรมีแนวทางการปฏิบัติที่ผู้ป่วยจิตเวชสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายต่อสถานการณ์จริง โดยอาศัยความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตั้งแต่การประเมินภาวะซึมเศร้า การดูแลช่วยเหลือด้วยภาษารัก และการติดตามผล เพื่อลดภาวะทุพพิกขณ์จากการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป⁹ นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของบุคคลและสมาชิกในครอบครัวด้วยการใช้ภาษารัก พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ คุณภาพชีวิตทั้งของบุคคลและครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างชัดเจน¹⁰

ผลการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการใช้ภาษารักในการดูแลใจตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบ การดำเนินการส่วนใหญ่เป็นลักษณะของการช่วยเหลือเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองด้วยกระบวนการอาศัยความรักและความเอื้ออาทร

จากผู้อื่นซึ่งอาจทำได้ยาก การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาผลของการใช้ภาษารักเพื่อดูแลใจตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อมุ่งหวังให้เกิดความรักและมองเห็นคุณค่าของตนเองด้วยตนเอง จนเกิดเป็นความมั่งคั่งและอบอุ่นด้านจิตใจที่นำไปสู่การบำบัดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองตามแนวคิดของ Chapman⁵ ร่วมกับกลุ่มบำบัดตามแนวคิดของ Yalom¹¹ ซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวถือเป็นมาตรการด้านการป้องกันและลดความเสี่ยง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความสุข ลดภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ภาษารักเพื่อดูแลใจตนเองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวช โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

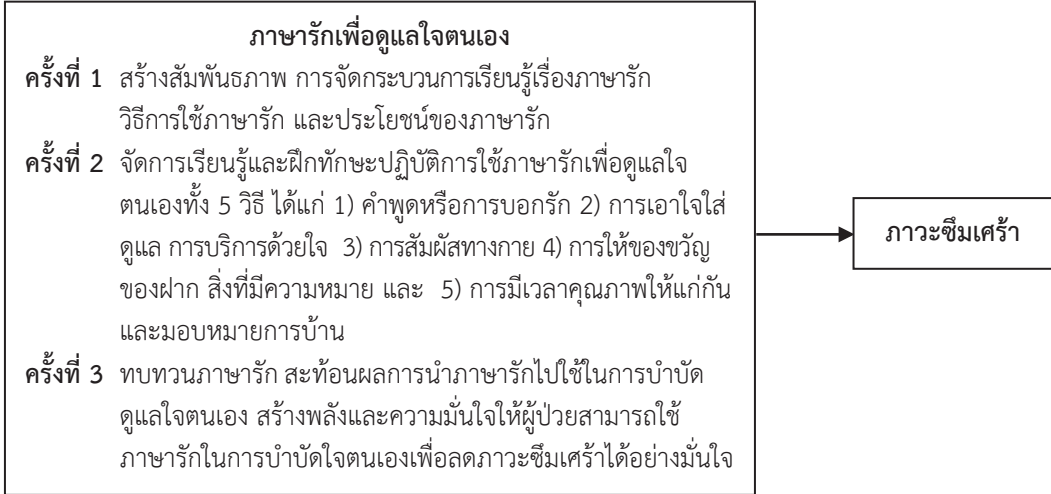
1. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับภาษารักเพื่อดูแลใจตนเอง
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ การใช้ภาษารัก (Love language)⁵ ร่วมกับกลุ่มบำบัดของ Yalom¹¹ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า ภาษารัก ประกอบด้วย 5 วิธี คือ 1) คำพูดหรือการบอกรัก 2) การเอาใจใส่ ดูแล การบริการด้วยใจ 3) การสัมผัสทางกาย 4) การให้ของขวัญ ของฝาก สิ่งที่มีความหมาย และ 5) การมีเวลาคุณภาพให้แก่กันและมอบหมายการบ้าน ซึ่งการนำภาษารักด้วยการบำบัดกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถบำบัดจิตใจด้วยตนเอง

จนเกิดเป็นความรัก มองเห็น และรู้สึกมีคุณค่าจาก
ภายในของตนเองโดยไม่ร้องขอจากสิ่งแวดล้อม
ภายนอกจนสามารถมีชีวิตที่เป็นสุขและสามารถ

ลดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองได้ในที่สุด โดยมีกรอบ
แนวคิด ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

=====**วิธีดำเนินการวิจัย**=====

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง
เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Quasi-
experimental research pretest-posttest design)
เพื่อศึกษาผลของการใช้ภาษารักเพื่อดูแลใจตนเอง
ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีระเบียบวิธี
วิจัย ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะ
ซึมเศราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (ประเมินภาวะ
ซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q คะแนนระหว่าง
7 - 18 คะแนน และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า
HRSD ซึ่งประเมินโดยพยาบาลจิตเวชมีคะแนน
ระหว่าง 8 - 17 คะแนน)¹²⁻¹⁴ ที่อยู่ระหว่างการ
รักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเทพฯ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะ
ซึมเศราระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่เข้ารับการ

รักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเทพฯ เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ
จับคู่เพศ และระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดอำนาจ
การทดสอบ (Power analysis)¹⁵ ตามสถิติที่ใช้ใน
การวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่
ระดับนัยสำคัญที่ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ
(Power of test) เท่ากับ .80 ค่าขนาดอิทธิพล
ระดับกลาง (Estimate effect size ขนาด Moderate
value) เท่ากับ .67 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ
64 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่ม
ตัวอย่างขณะทำการศึกษา ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง
ต่อกลุ่ม ร้อยละ 10¹⁰ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงใช้
กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน โดยให้การสุ่มอย่างง่าย
ด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
กลุ่มทดลองได้รับการใช้ภาษารักเพื่อดูแลใจตนเอง
กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ



เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่อาการสงบและมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
2. BPRS มีค่าคะแนนระหว่าง 18 - 36 คะแนน
3. อายุระหว่าง 15 - 59 ปี
4. แพทย์ให้การรักษาแบบผู้ป่วยใน
5. สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
6. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นออทิสติกและมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดระยะเวลาของการศึกษา
3. อยู่ระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยอื่นๆ
4. มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลการวิจัย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามเป็นลักษณะเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีข้อคำถาม 9 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ไม่มีอาการเลยให้ค่าคะแนน = 0

เป็นบางวัน ให้ค่าคะแนน = 1 เป็นบ่อยให้ค่าคะแนน = 2 และเป็นทุกวันให้ค่าคะแนน = 3 มีค่าคะแนนรวมสูงสุด 27 คะแนน การแปลผล คือน้อยกว่า 7 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7 - 12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13 - 18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และมากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีค่าความไว ร้อยละ 85 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 72¹⁶

1.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Hamilton Rating Scale for Depression : HRSD) แปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง¹³ ใช้ในการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยบุคลากรด้านสุขภาพที่ผ่านการอบรม มีค่า Interrater reliability (kappa = 0.87) ค่าความแม่นยำเมื่อเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale (Spearman's correlation coefficient = -0.82, p < .0001) ค่าความสอดคล้องภายใน (Alpha coefficient (a) = 0.74) อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี แบบประเมินนี้ได้แบ่งระดับความรุนแรงตามคะแนนรวม ดังนี้ 0 - 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 8 - 12 เป็น mild depression, 13 - 17 less than major depression, 18 - 29 major depression และมากกว่า 30 คะแนนขึ้นไป เป็น severe depression

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าทั้งสองแบบ เนื่องจากแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเป็นผู้ให้คะแนนแต่ละข้อคำถามตามการรับรู้ของตนเอง (Self report) ส่วนแบบประเมิน HRSD เป็นแบบประเมินโดยผู้ที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญ (Professional report) เพื่อประเมินยืนยันขั้นระดับภาวะซึมเศร้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ภาษารักเพื่อดูแลใจตนเอง พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยตามกรอบ

แนวคิด 5 ภาษารักของ Chapman⁵ ร่วมกับกลุ่มบำบัดของ Yalom¹¹ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยกลุ่มบำบัด 3 ครั้งๆ ละ 60 นาที ติดต่อกันทุกวัน กลุ่มละ 6 - 12 คน รายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย ร่วมกันระบุความคาดหวัง ชี้แจงเป้าหมาย กำหนดข้อตกลงการเรียนรู้ร่วมกัน จัดกระบวนการเรียนรู้เรื่องความสำคัญของการใช้ภาษารักเพื่อดูแลใจตนเอง แนวทางและกลยุทธ์การดูแลใจตนเองด้วยภาษารักเพื่อจัดการภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง พร้อมให้การบ้าน

ครั้งที่ 2 ทบทวนการบ้าน ผลที่เกิดขึ้นชื่นชม แลกเปลี่ยน พร้อมจัดกระบวนการเรียนรู้และฝึกทักษะปฏิบัติการใช้ภาษารักเพื่อดูแลใจตนเองทั้ง 5 วิธี เพื่อย้ำเน้นให้สอดคล้องกับวิธีการดูแลใจตนเอง ได้แก่ 1) คำพูดหรือการบอกรัก (Word of affirmation) 2) การเอาใจใส่ ดูแลการบริการด้วยใจ (Acts of service) 3) การสัมผัสทางกาย (Physical touch) 4) การให้ของขวัญของฝาก สิ่งที่มีความหมาย (Receiving gifts) และ 5) การมีเวลาคุณภาพให้แก่กัน (Quality time) พร้อมมอบหมายการบ้าน

ครั้งที่ 3 ทบทวนภาษารัก สะท้อน (Reflection) ผลการนำภาษารักไปใช้ในการดูแลใจตนเอง สร้างพลังให้ผู้ป่วยสามารถใช้ภาษารักในการดูแลใจตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมั่นใจ จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามและนัดหมายประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอีก 1 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและเครื่องมือภาษารักเพื่อดูแลใจตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

อาจารย์พยาบาลภาควิชาจิตเวชศาสตร์ 2 ท่าน จิตแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับวุฒิบัตรปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องตรงกัน ร้อยละ 80 ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะสำหรับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q และ HRSD ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยดำเนินการหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มเป้าหมายของการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 25 ราย และนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยเครื่องมือทั้ง 2 ส่วนมีความเที่ยงเท่ากับ 0.86 และ 0.71 ตามลำดับ

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า ณ หอผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 2 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยก่อนและหลังการทดลอง โดยชี้แจงและอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ก่อนดำเนินการวิจัยผู้ช่วยวิจัยได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการจากผู้วิจัยเป็นระยะเวลา 1 วัน โดยทุกคนต้องผ่านเกณฑ์การทดสอบเพื่อให้มีมาตรฐานในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและแจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อดำเนินการวิจัย จากนั้นดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและให้ข้อมูลรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย



ทั้งหมด ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอิสระในการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินอาการทางจิต

4. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างด้านเพศ และระดับภาวะซึมเศร้า จากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน

5. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองและเมื่อสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 1

6. กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดกลุ่มเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของภาษารัก และฝึกปฏิบัติการใช้ภาษารักเพื่อดูแลใจตนเอง จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ติดต่อกัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วย และการแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ

7. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

8. สรุป อภิปรายผลการวิจัย และเผยแพร่ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เอกสารรับรอง 017/2561 วันที่อนุมัติ 8 มิถุนายน 2561 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทั้งหมด (Informed consent) ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยรู้สึกไม่สบายใจหรือร้องให้ระหว่งกิจกรรม ผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น โดย

เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกจนกว่าจะผ่อนคลาย ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ แบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อ ที่อยู่ หรือหน่วยงานที่ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติงาน และแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายทันทีที่งานวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ กรณียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเช่นในยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความแตกต่างระหว่างเพศด้วยไคสแควร์ (Chi-square) และคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มด้วยการทดสอบที (Independent t-test) จากค่า Levene's test for equality of variances

3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบที (Dependent t-test)

4. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.11 ร้อยละ 38.89 อายุ 21 - 30 ปี (M = 32.53, SD = 12.63) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 75.00 จบระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 50.00 อาชีพรับจ้าง/เกษตรกร ร้อยละ 27.78 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,585 บาท (SD = 20,985.89, Min = 0, Max = 100,000, Median = 9,000) ระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 36.11 รับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก ร้อยละ 52.78 แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทสัดส่วน

เท่ากัน ร้อยละ 41.67 กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมี
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 72)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	14	38.89	14	38.89
หญิง	22	61.11	22	61.11
อายุ				
15 - 20 ปี	5	13.89	8	22.22
21 - 30 ปี	14	38.89	11	30.56
31 - 40 ปี	8	22.22	6	16.67
41 - 50 ปี	4	11.11	9	25.00
51 - 59 ปี	5	13.89	2	5.55
กลุ่มทดลอง Min = 15, Max = 58, Mean = 32.53, SD = 12.63				
กลุ่มควบคุม Min = 15, Max = 54, Mean = 31.56, SD = 11.89				
สถานภาพสมรส				
โสด	27	75.00	26	72.22
คู่	4	11.11	1	2.78
หม้าย/ หย่า/ แยก	5	13.89	9	25.00
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	9	25.00	7	19.45
มัธยมศึกษา/ ปวช.	18	50.00	16	44.44
ปวส./ อนุปริญญา	0	0.00	4	11.11
ปริญญาตรี	9	25.00	6	16.67
ปริญญาโทและสูงกว่า	0	0.00	3	8.33
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	27.78	5	13.89
รับจ้าง/ เกษตรกร	10	27.78	15	41.67
รัฐวิสาหกิจ/ รับราชการ	2	5.55	2	5.55
ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย	8	22.22	6	16.67
นักเรียน/ นักศึกษา	6	16.67	8	22.22



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 72) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ย/ เดือน (บาท)				
กลุ่มทดลอง Min = 0, Max = 100,000, Mean = 15,585, SD = 20,985.89, Median = 9,000				
กลุ่มควบคุม Min = 0, Max = 400,000, Mean = 12,705.56, SD = 12,315.98, Median = 10,000				
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เดือน)				
< 6	13	36.11	20	55.56
7 - 12	4	11.11	1	2.78
13 - 24	5	13.89	1	2.78
25 - 36	1	2.78	3	8.33
37 - 60	3	8.33	2	5.55
> 60	10	27.78	9	25.00
การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (ครั้ง)				
1	19	52.78	20	55.56
2	10	27.78	6	16.67
3 - 5	2	5.55	8	22.22
> 5	5	13.89	2	5.55
การวินิจฉัยของแพทย์				
โรคจิตเภท (Schizophrenia)	15	41.67	10	27.78
โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)	15	41.67	18	50.00
โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar)	3	8.33	4	11.11
โรคจิตจากสารเสพติด (Substance induced psychosis)	1	2.78	2	5.55
โรคอารมณ์แปรปรวน (Schizoaffective disorder)	2	5.55	2	5.55

ด้านภาวะซึมเศร้า พบว่า ทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน (ค่า Levene's test for equality of variances : 9Q = .681, HRSD = .654) และพบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้า ภายหลังการทดลอง (9Q : M = 4.22, SD = 3.86, HRSD : M = 10.08, SD = 5.54) ลดลงกว่าก่อนการทดลอง (9Q : M = 12.97, SD = 3.90, HRSD : M = 16.56, SD = 5.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้า (9Q : M = 4.22, SD = 3.86, HRSD : M = 10.08, SD = 5.54) ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม (9Q : M = 7.03, SD = 5.97, HRSD : M = 12.72, SD = 5.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนทดลอง						
9Q	12.97	3.90	13.56	4.57	.583	.681
HRSD	16.56	5.15	17.14	5.82	.451	.654
หลังทดลอง						
9Q	4.22	3.86	7.03	5.97	2.368*	.021
HRSD	10.08	5.54	12.72	5.38	2.051*	.044

* p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน เพศหญิงร้อยละ 61.11 สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่าชาย⁷ อายุเฉลี่ย 32.53 ปี (SD = 12.63) เป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ซึ่งถือเป็นวัยแห่งการเริ่มต้นและแสวงหาความสำเร็จของชีวิตทุกด้าน ต้องแข่งขันสร้างอาชีพ สร้างฐานะ สร้างตำแหน่งที่สูงขึ้น วัยผู้ใหญ่ยังเป็นวัยของการสร้างครอบครัว มีลูกที่ต้องให้การดูแลเป็นหลักในการหาเลี้ยงสมาชิกครอบครัว สถานการณ์ปัญหา สิ่งเร้า และการแข่งขันดังกล่าวล้วนเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า² ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนคู่คิดที่เข้าใจส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของบุคคล² กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญของโรคซึมเศร้าและความเจ็บป่วยเรื้อรังของโรคจิตเภทส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา¹

ด้านภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าภายหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง และหลังการทดลองระดับภาวะซึมเศร้า

ลดลงทั้งสองกลุ่ม แต่กลุ่มทดลองลดลงมากกว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าระยะเวลาเฉลี่ยที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ 2 สัปดาห์¹⁷ และการดำเนินของโรคซึมเศร้าหากได้รับการรักษาค่อยๆ ดีขึ้น ดังนั้นเมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้ พบว่า ลดลงทั้งสองกลุ่ม น่าจะเป็นผลของการรักษาด้วยยาที่ได้รับควบคุมไปด้วยทั้งสองกลุ่ม ส่วนในกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้า ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับแนวคิด⁵ ที่อธิบายว่า บุคคลที่สามารถเชื่อมโยงความรักภายในตนเอง การมีโอกาสได้เรียนรู้เกี่ยวกับการแสดงออกถึงความรัก ความผูกพันที่มีต่อตนเองด้วยภาษารักหลายรูปแบบส่งผลสำคัญต่อความรู้สึกภาคภูมิใจในคุณค่าของตนเอง รักตัวเองเป็น เห็นใจ เข้าใจ และให้อภัยตนเองได้⁷ การดูแลใจของตนเองด้วยความรักดังกล่าวเป็นพลังความรู้สึกที่บริสุทธิ์ส่งผลสำคัญต่อการดูแลใจผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹ สอดคล้องกับผลการศึกษา โปรแกรมการสร้างความรักและคุณค่าและความผูกพันภายในตนเอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความมีคุณค่าในตนเองและคะแนนความผูกพันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ¹⁸ การแสดงออกซึ่งความรักถือเป็นบทบาทสำคัญและ



ยิ่งใหญ่ในการพัฒนาและรักษาภาวะซึมเศร้า ซึ่งพื้นฐานความรักและความผูกพันมีผลต่อการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ¹⁹ เช่นเดียวกับผลการศึกษเกี่ยวกับการทำงานของหญิงไทยในประเทศออสเตรเลียที่ได้บรรยายประสบการณ์การย้ายถิ่นบนพื้นฐานของความรักและความใกล้ชิด พบว่า หญิงที่สร้างความรักและความใกล้ชิดสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองในทิศทางบวกและลดการเกิดภาวะอารมณ์ด้านลบได้ตลอดเวลา เพื่อตอบสนองต่อประสบการณ์ส่วนตัวใหม่ๆ และการเปลี่ยนแปลงบริบททางสังคมและสถานการณ์ที่ผันผวน²⁰ ยิ่งกว่านั้นยังพบว่ากระบวนการใช้ภาษารักมีอิทธิพลต่อการช่วยลดภาวะซึมเศร้าของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการดังกล่าวถือเป็นมาตรการสำคัญและมีความคุ้มค่าในการบำบัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸

นอกจากนี้ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัวด้วยกระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมการใช้โปรแกรมภาษารักให้เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ คุณภาพชีวิตของสมาชิกทุกคนในครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม¹⁰ กล่าวได้ว่า กระบวนการกลุ่มบำบัดเป็นอีกกลไกสำคัญและมีความหมายต่อการช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม นอกจากการบำบัดด้านจิตใจด้วยตนเองเนื่องจากกระบวนการกลุ่มก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด ได้แก่ สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหามีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่นๆ เกิด

เอกสารอ้างอิง

1. World Federation for Mental Health. Depression: a global crisis in 2012. [Internet]. [cited 2016 May 27]. Available from: https://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf.

การตระหนักรู้ถึงคุณค่าภายในตนเอง (Altruism) เกิดการผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness) การได้ระบายออก (Catharsis) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ (Instillation of hope) ว่าอาจจะมีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ ทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดี การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factors) ได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น กลุ่มบำบัดดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจภาษารักของตนเองว่าคืออะไร ทำให้สามารถเติมเต็มความรักให้กับตนเองได้ และการเติมเต็มความรักให้กับตนเองโดยไม่คาดหวังจากผู้อื่น ทำให้ทรงพลังต่อการลดความขัดแย้งกับตนเองและผู้อื่น ไม่เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้สิ้นหวังจากสิ่งที่เกิดขึ้น กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลง⁵

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำภาษารักไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชมีทักษะในการบำบัดใจตนเองในการลดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองได้ และควรมีการศึกษาติดตามต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก และศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อเปรียบเทียบการบำบัดด้วยภาษารักกับการบำบัดวิธีอื่นในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า



2. Department of Mental Health. Report of patients coming to service, report of patients to receive psychiatric services, picture of the whole country. [Internet]. [cited 2017 December 18]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/>. (in Thai).
3. Pinikahana J, Happell B, Keks NA. Suicide and schizophrenia: a review of literature for the decade (1990-1999) and implications for mental health nursing. *Issue in Mental Health Nursing* 2003;24(1):27-43. (in Thai).
4. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Information Center. Patient Statistics. Bangkok: Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry; 2019. (in Thai).
5. Chapman G. The 5 love languages: the secret to love that lasts. Chicago: Northfield Publishing; 2015. p. 35-87.
6. Gareis E, Wilkins R. Love expression in the United States and Germany. *Int J Intercult Relat* 2011;35(3):307-19.
7. Akwarangkoon S, Noonin N, Chansamran W. Volunteer development for children and youth to care for the elderly with depression in the community. Nakhon Si Thammarat: School of Nursing, Walailak University; 2017. (in Thai).
8. Olaya B, Moneta MV, Koyanagi A, Lara E, Miret M, Ayuso-Mateos JL, et al. The joint association of depression and cognitive function with severe disability among community-dwelling older adults in Finland, Poland and Spain. *Exp Gerontol* 2016;76:39-45.
9. Fishleder S, Gum AM, King-Kallimanis BL, Schonfeld L. Trajectories of depressive symptoms in community-dwelling older adults: a six-month longitudinal study with monthly assessment. *J Affect Disord* 2016;198:171-7.
10. Koolnaphadol P. An enhancement of family quality of life through love language program. *Journal of Education Measurement Mahasarakam University* 2017;22(2):233-46. (in Thai).
11. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. 4th ed. New York: Basic Books; 1995.
12. Hamilton MA. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
13. Lotrakul M, Sukanich P, Sukying C. The reliability and validity of Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1996;41:235-46. (in Thai).
14. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46:1-7. (in Thai).
15. Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin* 1992;112(1):155-9.
16. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018;63(4):321-34. (in Thai).



17. Department of Mental Health. Guidelines for managing depression for general practitioners in primary and secondary care. Department of Mental Health; Ministry of Public Health; 2010. (in Thai).
18. Park KM, Park H. Effects of self-esteem improvement program on self-esteem and peer attachment in elementary school children with observed problematic behaviors. *Asian Nursing Research* 2015;9(1):53-9.
19. Reiner I, Bakermans-Kranenburg MJ, VanIJzendoorn MH, Fremmer-Bombik E, Beutel M. Adult attachment representation moderates psychotherapy treatment efficacy in clinically depressed inpatients. *J Affect Disord* 2016;195:163-71.
20. Pananakhonsab W. Migration for love?: love and intimacy in marriage migration processes. *Emotion, Space and Society* 2019;31:86-92.