

ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

วรารณีย์ เขียวดี, พย.ม.¹ กมลรัตน์ วิศวงค์พันธ์, พย.ม.^{2*}

วันที่รับ: 15 ธันวาคม 2567 วันที่แก้ไข: 28 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับ: 30 เมษายน 2568

บทคัดย่อ

การเพิ่มขึ้นของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าและความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้า ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า จนอาจนำไปสู่พฤติกรรมที่รุนแรง การทำร้ายตนเอง ตลอดจนการฆ่าตัวตาย การวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลแพร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลแพร์ จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนข้อมูลทั่วไป และส่วนแบบคัดกรอง ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2) คำถาม 2) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม 3) แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ และ 4) แบบวัดคุณภาพชีวิต โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ .81, .90, .84, และ .78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที่ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าได้

คำสำคัญ: การให้การปรึกษา, เสริมสร้างพลังอำนาจ, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

หมายเหตุ: บทคัดย่อนี้ผ่านการเสนอประเภท Oral Presentation ในงานประชุมวิชาการ โครงการประชุมและนำเสนอผลงานวิชาการ ความท้าทายของการวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ ปังบประมาณ 2567 วันที่ 10 มีนาคม 2567 โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร์ จังหวัดแพร์

พะเยา

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลแพร์ จังหวัดแพร์

² อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร์, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ประพันธ์บรรณานุกรม อีเมล kamolrat.wit@gmail.com

Effects of the empowerment-based counseling program on quality of life among patients with depressive disorders

Waraporn Keawdee, M.N.S.¹ Kamolrat Witsawawongpun, M.N.S.^{2*}

Received: December 15, 2024 Revised: April 28, 2025 Accepted: April 30, 2025

Abstract

The increasing in individuals with depression and the worsening severity of their symptoms have an impact on their quality of life, which may lead to violent behaviors, self-harm, and even suicide. This quasi-experimental study with two groups pretest - posttest design, aimed to examine the effects of the empowerment-based counseling on quality of life of patients with depression in the Psychiatric Department of Phrae Hospital. The sample consisted of 24 patients diagnosed with depression who utilized services at the Psychiatric Department, divided into two groups: the experimental group and the control group, with 12 participants in each group. The research instruments included 1) The empowerment- based counseling program developed based on Gibson's concept; 2) a personal data form; 3) 2Q depression screening questionnaire; 4) 9Q depression evaluation questionnaire; 5) an assessment of perceived empowerment, and 6) World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF-THAI); while the reliability values by the Cronbach's alpha coefficient of .81, .90, .84, and .78, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and independent t-tests. The study found that after the program completion, the experimental group had a significantly higher mean score of the quality of life than before the intervention and the control group ($p < .05$). In conclusion, the empowerment-based counseling program could improve the level of quality of life among patients with depression.

Keywords: Counseling, Empowerment, Quality of life, Depressive disorders

Note: This research was orally presented at the academic conference, academic conference and presentation project, challenges of nursing research and innovation 2024, on March 10, 2024, by Boromarajonani college of nursing Phrae, Phrae Province.

¹ Registered nurse, Professional Level, Phrae Hospital, Phrae Province

² Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Correspondence email: kamolrat.wit@gmail.com

บทนำ

โรคซึมเศร้า เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและมีแนวโน้มความรุนแรงมากขึ้นในทุกๆปี อันเนื่องมาจากความกดดันจากสภาพเศรษฐกิจ สังคมและวิถีชีวิตของแต่ละคน ซึ่งความรุนแรงของโรคซึมเศร้าจะส่งผลต่อการใช้ชีวิต และคุณภาพชีวิตที่แย่งลงตามมา (Na-Wichian et al., 2024) ซึ่งประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ถึง 1.5 ล้านคน โดยผู้ป่วยจำนวน 100 คนสามารถเข้าถึงการรักษาเพียง 28 คนเท่านั้น เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า แต่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในเพศชายมีจำนวนมากกว่า ในปี 2565 พบว่า คนไทยพยายามฆ่าตัวตายชั่วโมงละ 6 คน หรือทั้งปีมากกว่า 53,000 คน และเสียชีวิตถึง 4,000 ราย ถือเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของไทย (Department of Mental Health, 2022) โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการมักมีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มักมีอาการอ่อนเพลีย เศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่มีสมาธิ ประสิทธิภาพในการเรียน/การทำงานลดลง การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาได้ไม่ดี มีปัญหาเรื่องการนอน (Pusomsri, 2020) ทำให้ตื่นมารู้สึกไม่สดชื่น ปวดศีรษะ เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และมักมองโลกในแง่ร้าย โทษตัวเอง มักมองตัวเองในทางลบ เห็นคุณค่าในตนเองลดลง แยกตัว ไม่อยากพบปะผู้คน มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง สนใจการดูแลตัวเองและกิจวัตรประจำวันของตนเองลดลง ที่พบมากคือ การมีความคิดทำร้ายตัวเอง หรือพฤติกรรมรุนแรงจนถึงการฆ่าตัวตาย อาการของโรคซึมเศร่ายังส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียน การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น และการดำเนินชีวิตในสังคม (Chanapan, 2020) ทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต มีการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร่ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ และด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร่าที่สูงเป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Na-Wichian et al., 2024)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า ประกอบด้วย การบำบัดด้วยการใช้ยา ได้แก่ กลุ่มยาต้านเศร่าเพื่อไปปรับสมดุลสารเคมีในสมองช่วยบรรเทาอาการเศร่า และกลุ่มยาคลายความกังวลร่วมด้วย เนื่องจากการรักษาโรคซึมเศร่าใช้ระยะเวลาออกฤทธิ์นาน โดยใช้เวลา 2-4 สัปดาห์จึงจะเริ่มออกฤทธิ์ ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อรับประทานยาแล้วมักจะมีอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ง่วงซึม มึนงง ปวดศีรษะ ปากแห้ง และอ่อนเพลีย ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร่ามักไม่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Srichai et al., 2021) โดยมีการศึกษา พบว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยซึมเศร่าในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยซึมเศร่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) (Srichai et al., 2021) นอกจากนี้ยังมีการบำบัดด้านจิตสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง รับรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้ตนเองเป็นทุกข์ซึมเศร่า เข้าใจปัญหาและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมในที่สุด วิธีการที่พบว่าสามารถรักษาโรคซึมเศร่าได้ดี ได้แก่ การบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การบำบัดแบบปรับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy: IPT) และการรักษาจิตบำบัดเชิงลึก (Aekwarangkoon, 2022) แต่อย่างไรก็ตามวิธีการบำบัดข้างต้นค่อนข้างมีแบบแผน มีความซับซ้อน และผู้บำบัดจำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญ มีความรู้และทักษะการทำจิตบำบัดเชิงลึกในการบำบัด

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นหนึ่งในแนวทางที่ช่วยให้ระดับภาวะซึมเศร่าลดลง (Chaimaha, 2024) โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง บุคคลที่มีพลังอำนาจในตนเองมากก็จะช่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (Klinhom & Pattanapakdee, 2020) และเมื่อขาดพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง จะส่งผลให้ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ทำให้ไม่สามารถมองเห็นความสามารถหรือศักยภาพที่ตนมีนำไปสู่ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่าง ๆ ของตนเอง จนเกิดเป็นปัญหาพฤติกรรม (Gibson, 1995) โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ให้เกิดความสุขสบายทั้งกาย ใจ และสังคม (Junchom et al., 2021) ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงบวกกับตนเองและการมองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น เป็นผลให้อารมณ์เศร่าลดลง ความรุนแรงของ

ภาวะซึมเศร้าก็จะทุเลาลง ดังนั้น หากผู้ป่วยซึมเศร้าได้รับการส่งเสริมให้เกิดพลังอำนาจในตนเองก็อาจจะช่วยให้เกิดความพึงพอใจในตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยคุณภาพชีวิตมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคล บ่งบอกถึงความสามารถในการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิตในสังคม (The WHOQOL Group, 1994) แนวทางการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการเสริมแรงบวก โดยการส่งเสริมให้เกิดการทบทวนตนเองเกี่ยวกับสาเหตุของอารมณ์ซึมเศร้าและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นอย่างรอบครอบ ตลอดจนการได้ทบทวนข้อดีหรือจุดแข็งที่ตนเองมี จนเกิดความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง ก่อให้เกิดพลังอำนาจในตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนตนเอง เกิดความอดทนในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และลดภาวะซึมเศร้าลงได้ (Chaimaha, 2024) โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถมองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลง และมีความสุขในการใช้ชีวิตมากขึ้น ส่งผลต่อการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา อีกทั้ง การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นวิธีการที่ไม่ซับซ้อน และสามารถที่จะจัดอบรมชี้แนะแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคลากรโดยใช้เวลาและทรัพยากรไม่มาก เมื่อเทียบกับการบำบัดอื่น ๆ

โรงพยาบาลแพร่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 500 เตียง มีแผนกที่รับดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2 แผนก คือ หอผู้ป่วยจิตเวช และแผนกจิตเวชและยาเสพติด (OPD) หรือคลินิกจิตเวชให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติการมารับบริการในปี 2565-2566 มีผู้มารับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า 2,348 ราย และ 2,465 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 พบมากที่สุดในช่วงอายุ 20-29 ปี รองลงมาคือช่วงอายุ 55-64 ปี และมีรายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเกินกว่าค่าเป้าหมายในทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2566 มีอัตราการฆ่าตัวตายร้อยละ 15.36, 16.40, 18.97, และ 13.92 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สอดคล้องกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิตข้างต้น โดยวิธีการฆ่าตัวตายที่พบมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ การแขวนคอ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประชากรวัยทำงาน อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี อายุน้อยที่สุดที่พบการฆ่าตัวตายคือ อายุ 13 ปี อายุมากที่สุดที่พบการฆ่าตัวตาย คือ อายุ 88 ปี โดยอำเภอเมืองแพร่มีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นอันดับสูงสุด จำนวน 17 ราย คิดเป็น 19.44 ต่อแสนประชากร (Department of Psychiatry and Drug Dependence Phrae hospital, 2023) การดำเนินการให้การปรึกษาและดูแลผู้ป่วยโดยการให้การปรึกษารายบุคคล เน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการปรึกษาและผู้รับบริการปรึกษา ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าใจตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น (Aekwarangkoon, 2022) ดังนั้นการให้การปรึกษาร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ที่ได้อธิบายกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพในการตอบสนองความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดศักยภาพหรือความสามารถในการมองเห็นสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพได้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ในการให้การปรึกษาแต่ละครั้งจะประกอบด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนข้างต้น ซึ่งตามกระบวนการ 4 ขั้นตอนนี้จะทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเกิดความเข้าใจตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ตลอดจนมีพลังอำนาจในการควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกที่ดีกับตนเอง นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

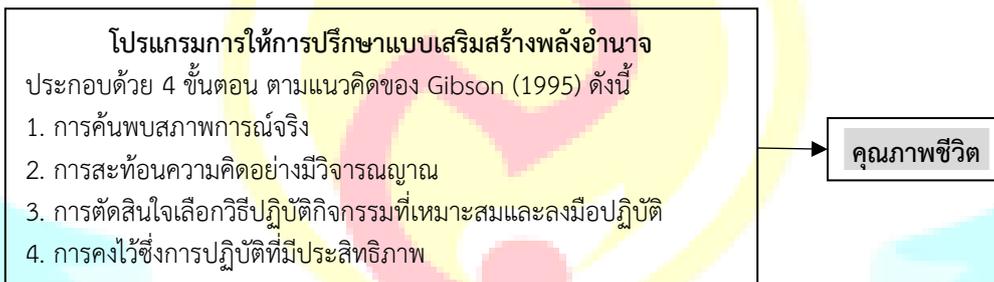
1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ หลังการให้การปรึกษา 2 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลแพร์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลแพร์ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมการให้การปรึกษารายบุคคลที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการปรึกษาและผู้รับบริการปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าใจตนเอง และสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น โดยให้การปรึกษาร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) 4 ขั้นตอน ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการสุขภาพที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลแพร์ เก็บข้อมูลวิจัยระหว่าง เดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2566

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลแพร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลแพร์ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณค่าอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม จากสูตรของ Glass (1976) คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของ Kanedtapilux et al. (2020) เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้ค่า effect size เท่ากับ 2.33 แล้วนำค่าที่ได้ไปเปิดตารางประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen (1988) กำหนดให้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 1.40 จากนั้นเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจทดสอบ (power analysis) .90 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 10 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหาย หรืออาจมีผู้ยุติการเข้าร่วมวิจัย (drop out) ผู้วิจัยได้คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 (Jirawatkul, 2015) โดยมีสูตรในการคำนวณ $N=n/(1-R)$ กำหนดให้ $N=$ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อป้องกันการสูญหาย, n =ขนาดกลุ่มตัวอย่าง, R =อัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นแทนค่าในสูตร $N=10/(1-0.2) = 12.5$ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 2 คน จะได้กลุ่มทดลองจำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 12 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 24 คน โดยเลือกกลุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีจับสลาก ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าและไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช 2) อายุมากกว่า 20 ปีบริบูรณ์ 3) เป็นผู้มีอาการของโรคซึมเศร้า โดยมีคะแนนแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป 4) เป็นผู้ที่มีการรับรู้พลังอำนาจในระดับน้อยหรือปานกลาง โดยมีคะแนนจากแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ น้อยกว่า 66 คะแนน และ 5) เป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์ชีวิตในระดับต่ำหรือปานกลาง โดยมีคะแนนจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) น้อยกว่า 61 คะแนน ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ เป็นผู้ที่มีอาการทางจิต/ภาวะหลงผิด หรือเป็นผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสาร หรือเป็นผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา และไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นรูปแบบการให้การปรึกษารายบุคคลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ดำเนินให้คำปรึกษาทั้งหมด 3 ครั้ง ระยะเวลา 30-60 นาที/ครั้ง โดยครั้งที่ 1 2 และ 3 ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องกัน และติดตามผลในการให้การปรึกษาใน 2 สัปดาห์ต่อมา รวมเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ซึ่งในแต่ละครั้งประกอบด้วยให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ให้บริการ ให้แนะนำตัวเอง ร่วมกันกำหนดกติกา สร้างเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำความรู้จักตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับสภาพปัญหาของโรคซึมเศร้าตามความเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความคับข้องใจ ทบทวนอารมณ์ พฤติกรรม และความคิดที่เป็นปัญหา จากนั้นร่วมค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและทบทวนถึงวิธีการจัดการปัญหาที่ผ่านมาว่าสามารถช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้นได้หรือไม่อย่างไร อีกทั้งร่วมค้นหาวิธีการ/ทางเลือกใหม่ ที่มีความเหมาะสมในการจัดการปัญหานั้นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการเสริมสร้างพลังใจด้วยการกระตุ้นให้เกิดการทบทวนเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ความสามารถ ศักยภาพในตนเอง ข้อดีหรือจุดเด่นของตนเอง เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง กระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสมด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมวางแผนเลือกวิธีการแก้ไขปัญหานั้นๆ ที่เหมาะสมกับตนเอง แล้วลองปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือกร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยการให้กำลังใจ ชื่นชมจุดแข็ง/ข้อดีของกลุ่มตัวอย่างที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการให้การปรึกษา โดยผู้บำบัดจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และกระตุ้นให้ชื่นชมตนเอง และร่วมค้นหาแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นและสร้างกำลังใจในการปรับเปลี่ยนและคงพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรส

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) (Department of Mental Health, 2014) เพื่อคัดกรองแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าเบื้องต้นในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ มี 2 ข้อคำถามแบบ 2 ตัวเลือกคือ มี และ ไม่มี หากคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถามแปลผลว่า ปกติ (ไม่เป็นโรคซึมเศร้า) ถ้าคำถาม “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดในคำถามที่ 1 และ 2) แปลผลว่า “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q เพื่อช่วยการวินิจฉัยและใช้ประเมินจำแนกความรุนแรงโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถาม ถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้าภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีเลย-ให้ 0 คะแนน, มีเป็นบางวัน-ให้ 1 คะแนน, เป็นบ่อย-ให้ 2 คะแนน และเป็นทุกวัน-ให้ 3 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต ดังนี้ น้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคซึมเศร้า, 7-12 คะแนน หมายถึง มีโรคซึมเศรหาระดับน้อย, 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีโรคซึมเศรหาระดับปานกลาง, และ 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีโรคซึมเศรหาระดับรุนแรง ซึ่งแบบประเมิน 2Q มีค่าความไวร้อยละ 97.3 ส่วนแบบประเมิน 9Q มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .82 (Soonthornchaiya et al., 2018) เป็นเครื่องมือที่เหมาะสม ในการนำมาใช้ในระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในสถานบริการ

2) แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ (Witsawawongpun et al., 2025) เป็นแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของวัยรุ่นตอนปลายที่มีพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งพัฒนาโดยใช้แนวคิดของ Gibson (1995) โดยมีการนำมาปรับเนื้อหาบางส่วนให้สอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการกับอารมณ์เศร้าและคุณภาพชีวิตของตนเอง 2) ด้านความพึงพอใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับอารมณ์เศร้าและคุณภาพชีวิต 3) ด้านการพัฒนาตนเองในการจัดการกับอารมณ์เศร้าและคุณภาพชีวิต 4) ด้านการมีเป้าหมายและการมีความหมายในชีวิตตนเองเมื่อต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยคำถามจำนวนทั้งหมด 33 ข้อ รวม 99 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 0 เท่ากับ ไม่เคยปฏิบัติ 1 เท่ากับ ปฏิบัติบางครั้ง 2 เท่ากับ ปฏิบัติบ่อยครั้ง และ 3 เท่ากับ ปฏิบัติทุกครั้ง โดยการแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-33 คะแนน เท่ากับ การรับรู้พลังอำนาจในการจัดการคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ 34-66 คะแนน เท่ากับ การรับรู้พลังอำนาจในการจัดการคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 67-99 คะแนน เท่ากับ การรับรู้พลังอำนาจในการจัดการคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .92 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .88

3) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของ Mahatnirunkul et al. (1997) ซึ่งแปลและพัฒนาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ มาเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีจำนวนข้อทั้งหมด 26 ข้อ มีการทบทวนและปรับปรุงภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับผู้ที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน และปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ 3 ครั้ง มีลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 26-60 คะแนน แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61-95 คะแนน แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96-130 คะแนน แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเครื่องมือดังกล่าวมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84 ค่าเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .65

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการในแผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลแพร์ จำนวน 20 คน

เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจเนื้อหา และสามารถปฏิบัติตามรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้แก่ 1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q 2) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q 3) แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ และ 4) แบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ .81, .90, .84, และ .78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 44/2566 ลงวันที่ 7 กันยายน 2566 ผู้วิจัยดำเนินการพบกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจตอบตกลงเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมด้วยตนเอง ไม่มีการบังคับ หรือสิ่งจูงใจใดๆ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะยกเลิกการศึกษาในครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และจะไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย และนำเสนอในภาพรวมของการศึกษาเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลแพร่ ผู้วิจัยดำเนินการพบกลุ่มตัวอย่างที่มีความสนใจและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งแจ้งเกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือการเข้าร่วมวิจัยโดยการลงนามแสดงความยินยอม รวมทั้งนัดหมายวันเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามเวลาที่นัดหมายและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการตอบคำถาม และเปิดโอกาสให้ซักถาม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบและรวบรวมแบบสอบถามคืนทันที แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 24 คน แล้วทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่ (Matched pair) คะแนนอาการโรคซึมเศร้า 2Q และ 9Q ในระดับน้อย-ปานกลาง (7-18 คะแนน) คะแนนการรับรู้พลังอำนาจในระดับต่ำ-ปานกลาง (<66 คะแนน) และคะแนนคุณภาพชีวิตไม่ดี-ปานกลาง (26-95 คะแนน) เพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่มให้มีความเท่าเทียมกัน คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ไม่ได้รับการให้การศึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ และจะได้รับภายหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการให้การศึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล

ขั้นประเมินผล

หลังการทดลองเสร็จสิ้นครบ 2 สัปดาห์ ทำการประเมินตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ และแบบวัดคุณภาพชีวิต ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และรวบรวมแบบสอบถามคืนทันที จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความสมบูรณ์วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบหาค่าความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) และสถิติฟิชเชอร์ (The Fisher exact probability test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้รับการให้การรักษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจก่อนและหลังทดลอง 2 สัปดาห์ โดยพบว่าชุดข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติทั้งสองกลุ่ม จึงเลือกใช้สถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังทดลอง 2 สัปดาห์ โดยพบว่า ชุดข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.30 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 16.70 ซึ่งในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 36-50 ปี ร้อยละ 58.30 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 41.70 ส่วนใหญ่มีสถานะภาพโสด ร้อยละ 66.70 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 36-50 ปี ร้อยละ 50.00 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีสถานะภาพโสด ร้อยละ 75.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานะภาพ ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานะภาพสมรส ($n = 24$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n=12$)		กลุ่มควบคุม ($n=12$)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.00
ชาย	2	16.70	2	16.70	
หญิง	10	83.30	10	83.30	
อายุ					0.47
20-35 ปี	4	3.30	5	41.70	
36-50 ปี	7	58.30	6	50.00	
51-65 ปี	1	8.30	1	8.30	
ระดับการศึกษา					0.63
ต่ำกว่าปริญญาตรี	5	41.70	5	41.70	
ปริญญาตรี/เทียบเท่าปริญญาตรี	5	41.70	6	50.00	
สูงกว่าปริญญาตรี	2	16.60	1	8.30	
สถานะภาพสมรส					0.74
โสด	8	66.70	9	75.00	
แต่งงาน/มีครอบครัว	3	25.00	2	16.70	
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	1	8.30	1	8.30	

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ

พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ ($n=12$)

คะแนนคุณภาพชีวิต	\bar{x}	SD	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	58.08	2.57	-11.83	.000*
หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์	84.83	9.40		

* $p < .05$

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($n=24$)

คะแนนคุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ก่อนได้รับโปรแกรม	58.08	2.57	50.92	5.64	-4.00	.065
หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์	84.83	9.40	76.58	11.30	-1.94	.001*

* $p < .05$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลแพร์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 อธิบายได้ว่า หลังกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งผู้วิจัยออกแบบการให้คำปรึกษาในรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง และติดตามหลังได้รับโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ โดยเน้นการสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการปรึกษาและผู้รับบริการปรึกษา ร่วมกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ได้ทบทวนที่มาของปัญหาและความทุกข์ที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ จนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหา ร่วมกับการได้ทบทวนวิธีการแก้ปัญหาและอารมณ์เศร้าของตนทั้งในปัจจุบันและในอดีต ผู้ให้คำปรึกษามีการเสริมแรงโดยการให้กำลังใจและให้ความเชื่อมั่นว่ากลุ่มตัวอย่างจะสามารถข้ามผ่านปัญหาที่พบเจอไปได้ อีกทั้งการค้นหาแรงจูงใจ ด้วยการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความหวัง และมีกำลังใจที่จัดการกับปัญหาและอาการของโรคซึมเศร้า ด้วยการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ เช่น บุคคลที่ตนไว้วางใจ เพื่อนพ่อแม่หรือคนในครอบครัว และบุคลากรที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต จนเกิดความตระหนักรู้ตนเอง และเกิดความมั่นใจในตนเองที่จะตัดสินใจเลือกวิธีบรรเทาความทุกข์ตามความรุนแรง ความเร่งด่วน และความเป็นไปได้ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพลังอำนาจในตนเองในการลงมือปฏิบัติปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง เมื่อกำลังใจได้ลองแก้ไขปัญหา จนรับรู้ถึงพฤติกรรมและอารมณ์ซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลงไป จะเกิดความเข้าใจตนเองและปัญหาที่ทำให้ตนมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างยังได้รับความรู้

เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ได้แก่ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การสังเกตอาการซึมเศร้าของตนเอง และวิธีการในการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจโรคซึมเศร้ามากขึ้น กระบวนการข้างต้นส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกมีกำลังใจ มีความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และมองเห็นสมรรถนะแห่งตน เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจ (power) ในการจัดการกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เป็นการเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการควบคุมตนเองจะทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้น (Gibson, 1995) นำไปสู่การปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในชุมชน ของ Takiang et al. (2024) ซึ่งใช้แนวคิดของ Gibson มาพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตนเองมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ตลอดจนสามารถที่จะเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Boonchuaity (2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท โครงการทดลองจ้างงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึก ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมา ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเน้นการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา มากกว่าการมองถึงขนาดของปัญหา ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งทางใจในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ โดยการตระหนักถึงความสามารถของตนเองมากกว่าการมองข้อจำกัดหรือจุดด้อยของตนเอง (Chareonyooth et al., 2021)

2. คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้การให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 2 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ ได้ค้นพบสภาพการณ์จริงของตน โดยผู้ให้คำปรึกษาและกลุ่มตัวอย่างได้มีการสร้างสัมพันธภาพและสร้างข้อตกลงร่วมกัน เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และเกิดความรู้สึกว่าตนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ให้คำปรึกษา จนเกิดเป็นความไว้วางใจช่วยให้ความรู้สึกที่สูญเสียพลังอำนาจในตนเอง (powerlessness) ลดลง มีกำลังใจ มีความหวัง จนเกิดความรู้สึกมีอำนาจ (power) กล้าที่จะแบ่งปันเรื่องราวที่ก่อให้เกิดทุกข์ให้แก่ผู้ให้คำปรึกษาฟัง และการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการทบทวนตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ได้เล่าและระบายปัญหา จนรับรู้ปัญหาตามสภาพจริงของตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น จะเกิดความคิดว่าทุกปัญหามีวิธีการแก้ไข (Gibson, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึก ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เน้นการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา มากกว่าการมองถึงขนาดของปัญหา ทำให้เกิดความแข็งแกร่งทางใจในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ โดยการตระหนักถึงความสามารถของตนเองมากกว่าการมองจุดด้อยของตนเอง (Chareonyooth et al., 2021) การเสริมแรงทางบวกจากผู้ให้คำปรึกษาและแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ที่กลุ่มตัวอย่างมีอยู่ เป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจและเพิ่มความรู้สึกมีพลังอำนาจเกิดความพึงพอใจในตนเอง มีความคิด พฤติกรรมและอารมณ์เชิงลบลดลง ระดับซึมเศร้านลดลง นำไปสู่การเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยซึมเศร้ามักจะมีการมองตนเองในเชิงลบ รู้สึกว่าตนเองไม่ดี รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ และมักมีความคิดโทษตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้สึกสิ้นหวัง และพลังชีวิตลดลง (Liu et al., 2015) เป็นภาวะไร้พลังอำนาจ ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง กล่าวคือ หากบุคคลมีพลังอำนาจในตนเองมากก็จะช่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (Klinhom & Pattanakdee, 2020) การศึกษาของ Chaimaha (2024) ซึ่งพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และลดภาวะซึมเศร้าได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยซึมเศร้าได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจนเกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต จึงช่วยให้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้านลดลง

และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Hyun et al. (2019) พบว่า โปรแกรมเสริมพลังอำนาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและพลังอำนาจให้ผู้ป่วยจิตเวชในประเทศเกาหลีใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanedtapilux (2022) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดของ Gibson (1995) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้พลังอำนาจในการควบคุมการเจ็บป่วยและความพิการของตนเอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นโรคทางกาย แต่เป็นโรคที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย หากไม่สามารถปรับตัวได้อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและส่งผลต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชได้ (Aiamanan et al., 2021) เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Faramee et al. (2024) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชิงบวกต่อตนเอง นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพจิตสามารถนำโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจไปเป็นทางเลือกในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดมุมมองใหม่ในการดำเนินชีวิต สนใจดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนตัวเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาดูผลการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ภาวะหมดไฟ ภาวะโดดเดี่ยว ภาวะหมดพลังอำนาจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแพร่ หัวหน้าพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มิวิจัยทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อให้วิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Aekwarangkoon, (2022). *Psychiatric and mental health nursing: science and art in practice 2*. Walailak Book Center. (in Thai)
- Aiamanan, M., & Pattanarueangkul, P. (2019). Post-stroke depression among older adult and management. *Thai Journal of Nursing*, 70(2), 55-61. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/download/245597/170887> (in Thai)
- Boonchuaiy, S. (2021). The effects of the empowerment program on the quality of life withschizophrenic patients, employment trial project at Srithanya hospital. *Department of health Service Support Journal*, 17(1), 56-67. <https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/9938/8811> (in Thai)
- Chaimaha, A. (2024). Development of a supplementary program to enhance the empowerment of caregivers of terminally ill patients Phayakkhaphumphisai District, Mahasarakham Province.

- Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 8(16), 41-54.
<https://thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/15493> (in Thai)
- Chanapan, N. (2020). Patients with Major Depressive Disorder: Nurses' role in promoting for patients' self-care. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 32(1), 75-88.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/download/249631/169530>
- Chareonyooth, N., Saima-in, H., & Konsila, W. (2021). Empowerment in chronic schizophrenia
- Cohen, J. (1998). *Statistical Power Analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Department of Mental Health. (2014). *Guidebook of depressive disorders surveillance and care: Provincial Level (Revised Edition III)*.
<https://www.thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf> (in Thai)
- Department of Mental Health. (2022). *Open statistics: Depression and Thai society, the silent emotional threat of the modern era*. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459> (in Thai)
- Department of Psychiatry and Drug Dependence Phrae hospital. (2023). *Suicide situations report Phrae Province 2023* [report]. Phrae hospital. (in Thai)
- Faramee, K., Kaewkerd, O., & Wuttiso, P. (2024). The effect of empowerment program on quality of life in older adults with stage 3 chronic kidney disease. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 25(2), 348-356. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/269870/183717> (in Thai)
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x>
- Glass, G.V. (1976). Primary, Secondary and Meta-analysis of Research. *Educational Researcher*, 10, 3-8. <https://www.jameslindlibrary.org/glass-gv-1976/>
- Hyun, M. S., Kim, H., & Nam, K. A. (2019). Effects of an empowerment program for community-dwelling people with mental illness in South Korea. *Journal of Perspectives in psychiatric care*, 55(1), 15-22. <https://doi.org/10.1111/ppc.12273>
- in patients with depression. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 9(15), 671-684.
https://doi.nrct.go.th/admin/doc/doc_601351.pdf (in Thai)
- Jirawatkul, A. (2015). *Statistics for health science research*. Witthayapha (in Thai)
- Junchom, K., Sangsai, Y., & Polsavat, B. (2021). Empowering family and community in end-of-life care: important role of nurses. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*, 5(2), 12-24.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsp/article/view/249870/169915> (in Thai)
- Kanedtapilux, J., Khampolsiri, T., & Pothiban, L. (2020). The Effect of an empowerment program on quality of life among older persons with stroke. *Nursing Journal CMU*, 47(1), 222-230.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/240796> (in Thai)
- Klinhom, C., & Pattanapakdee, N. (2020). Relationship between Empowerment and Self-Esteem of Employees in Automobile Dealers. *Journal of Psychology*, 19(2), 52-62. <https://so07.tci-thaijo.org/index.php/JPsychol/article/view/1058> (in Thai)

- Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A. & Cheek, S. M. (2015). The hopelessness theory of depression: A quarter-century in review. *Clinical Psychology (New York)*, 22(4), 345-365. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26709338/>
- Mahatnirunkul, S., Tuntipiwathanasakul, W., Pumpaisalchai, W., Wongsuwan, K., & Pornmanarungkul, R. (1997). *Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 item)*. Chiang Mai: Suanprung Psychiatric Hospital, Department of Mental Health Ministry of Public Health. <https://dmh.go.th/test/whoqol/> (in Thai)
- Na-Wichian, S., Sornlob, P., Prompuk, B., Phiriyakulkit, N. & Janwijit, S. (2024). The quality-of-life factors related to depression among older adults in Phitsanulok municipality. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi*, 7(1), 68-81. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/269593/183603> (in Thai)
- Pusomsri, P. (2020). Major Depressive Disorder, Serious Health Issue Closes to Us,. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 14(2), 51-58. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/241073> (in Thai)
- Soonthornchaiya, R., Kongsuk, T., Arunpongpaisal, S., Wisetrit, W., Sukhawaha, S., & Leejongpermpool, J. (2018). The development and construct validity testing of depressive symptom invention for Thai older persons with depressive disorders. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 32(2), 100-112. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/138701/103074> (in Thai)
- Srichai, A., Foofoeng, T., & Pacharapakornsin, P. (2021). Factors related with medication adherence in patients with depression. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 9(15), 671-684. https://doi.nrct.go.th/admin/doc/doc_601351.pdf (in Thai)
- Takiang, P., Intanongluk, O., Boonpichachan, P., Namwong, A., & Kaewjilboon, J. (2024). Effects of an empowerment program among caregivers of palliative patients on quality of life in the community. *Journal of Health and Nursing Education*, 30(3), 1-19. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/268521/184751> (in Thai)
- The WHOQOL Group. (1994). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. <https://www.who.int/tools/whoqol>.
- Witsawawongpun, K., Sethabouppha, H., & Thummathai, K. (2025). Effect of the empowerment enhancement program on social media addiction behaviors of late adolescents. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 39(1), 67-84. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/264339/186244> (in Thai)