

ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด  
ต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม



นางสาวทมาภรณ์ บุรณสมภพ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6301-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF EMPOWERMENT AND COGNITIVE RESTRUCTURING  
PROGRAM ON DEPRESSION IN ABUSED WIVES



Miss.Thamaporn Buranasompop

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Helth and Psychiatric Nursing

Department of Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-17-6301-8



ทมาภรณ์ บุณสมภพ : ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม. (THE EFFECT OF EMPOWERMENT AND COGNITIVE RESTRUCTURING PROGRAM ON DEPRESSION IN ABUSED WIVES) อ. ที่ปรึกษา : อ.ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 120 หน้า. ISBN 974-17-6301-8.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ใช้แบบแผนการวิจัยรูปแบบกลุ่มเดียว วัดหลายครั้งแบบอนุกรมเวลา (The One – Group Time Series Design) โดยทำการวัดก่อนได้รับโปรแกรม 2 ครั้ง และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 ครั้ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ระดับปานกลางถึงมาก จำนวน 20 คน ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ จากภรรยาที่มาขอรับคำปรึกษา ณ ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจซึ่งมีค่าความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอบคลุมเท่ากับ .82 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบซึ่งมีค่าความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอบคลุมเท่ากับ .82 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งมีค่าความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอบคลุมเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Least Significant Difference (LSD)

#### ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของภรรยา ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\bar{X} = 25.7, 25.4, 19.2$  และ  $16.9$  ตามลำดับ,  $F = 135.334, df = 3$ )
2. เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการวัดทั้ง 4 ครั้ง เป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Least Significant Difference (LSD) พบว่า
  - 2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
  - 2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 แตกต่างกับค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 6.5, 6.2, 8.8$  และ  $8.5$  ตามลำดับ) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง ( $\bar{X} = 19.2$  และ  $16.9$  ตามลำดับ) มีค่าต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง ( $\bar{X} = 25.7$  และ  $25.4$  ตามลำดับ)
  - 2.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.3$ ) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 2 ( $\bar{X} = 16.9$ ) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 ( $\bar{X} = 19.2$ )

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
ปีการศึกษา 2547

ลายมือชื่อนิสิต.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

## 4577570736 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD : ABUSED WIVES / DEPRESSION / EMPOWERMENT AND COGNITIVE RESTRUCTURING

THAMAPORN BURANASOMPOP : THE EFFECT OF EMPOWERMENT AND COGNITIVE RESTRUCTURING PROGRAM ON DEPRESSION IN ABUSED WIVES.

THESIS ADVISOR : PENPAKTR UTHIS , PH.D., 120 pp. ISBN 974-17-6301-8.

The purpose of this Quasi Experimental Research study was to compare level of depression of abused wives between before and after receiving empowerment and cognitive restructuring program. The One – Group Time Series Design was utilized. Data were collected at four points of time; 2 pre-test before the intervention and 2 post-test after the intervention. The purposive sample consisted of 20 abused wives recruited from the Friend of Women Foundation. Research instruments were empowerment and cognitive restructuring program, which was validated by experts, and three questionnaires including Sources of Power Questionnaire, Automatic Thought Questionnaire, and Beck Depression Inventory (BDI). The Cronbach 's Alpha coefficient reliability of these questionnaires were .82 , .82 and .81, respectively. Data were analyzed using repeated measures ANOVA. Multiple comparison were conducted using Least Significant Difference (LSD).

Major finding were as follows:

1. The mean level of depression of abused wives before receiving the empowerment and cognitive restructuring program and after receiving the program was significantly difference ( $p < .05$ ) ( $\bar{X} = 25.7, 25.4, 19.2$  and  $16.9$  respectively,  $F = 135.334, df = 3$ )

2. The mean difference Level of depression of abused wives at 4 point were analyzed by Multiple comparison were conducted using Least Significant Difference (LSD) ; the finding revealed that:

2.1 The mean level of depression before receiving the program at time 1 and time 2 were not significantly difference ( $p < .05$ ).

2.2 The mean level of depression after the program at time 1 and time 2, and before the program at time 1 and time 2 were significantly difference ( $p < .05$ ). ( $t = 6.5, 6.2, 8.8$  and  $8.5$  respectively ) The mean level of depression after the program at 2 times ( $\bar{X} = 19.2, \bar{X} = 16.9$ ) were lower than before the program at 2 times ( $\bar{X} = 25.7, \bar{X} = 25.4$ )

2.3 The mean level of depression after the program at time 1 and after the program at time 2 were significant difference ( $p < .05$ ) ( $t = 2.3$ ) by which the mean level of depression after the program at time 2 ( $\bar{X} = 16.9$ ) was lower than after the program at time 1 ( $\bar{X} = 19.2$ ).

Field of study Mental Health and Psychiatric Nursing

Student's signature.....

Academic year 2004

Advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถของ อาจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อูทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่งจึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญรัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับการใช้สถิติ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คุณสุเพ็ญศรี พึ่งโคกสูง หัวหน้าศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่สามารถเอยนามได้หมดที่ให้ความเมตตาเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ให้ความร่วมมือในการดำเนินการทดลองจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

และท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา - มารดา และขอขอบคุณพี่สาว และน้องสาวผู้ให้ความรัก เป็นกำลังใจ และมีความห่วงใยให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าแห่งความดีงาม และประโยชน์ใดๆ อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบให้เป็นพลังอันยิ่งใหญ่แก่ทุกท่านที่ได้กล่าวมาแล้ว รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรมทุกท่าน ให้มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ทมาภรณ์ บุรณสมภพ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
ขั้นตอนการทดลอง.....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	81
รายการอ้างอิง.....	93
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	103
ภาคผนวก ข. คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม.....	105
ภาคผนวก ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	107
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	120



## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า	
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการที่ถูก สามีทำทารุณกรรม จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการสมรส/การอยู่อย่างสามีภรรยา.....	76
2	ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมิน แหล่งพลังอำนาจ.....	77
3	ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมิน ความคิดอัตโนมัติด้านลบ.....	77
4	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับภาวะ ซึมเศร้าของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำ ทารุณกรรมก่อนได้รับ โปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดโปรแกรม ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2.....	78
5	การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ(Repeated measure ANOVA) จากคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับ โปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2.....	79
6	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนน ภาวะซึมเศร้า จากการวัดทั้ง 4 ครั้งเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Least Significant Difference (LSD).....	80



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การทำทารุณกรรมภรรยาของสามีนั้น เป็นปัญหาที่มีความสำคัญปัญหาหนึ่งและนับวันก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น จากการศึกษาของ APN (1996, cited Maureen, 2000) พบว่า ในแต่ละปีจะมีผู้หญิงอเมริกันประมาณ 4 ล้านคนถูกทำทารุณกรรมโดยสามีของตนเอง สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจข่าวหนังสือพิมพ์ของ พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ (2534) เกี่ยวกับการทำร้ายกันในครอบครัว พบว่า เป็นกรณีที่สามีทำร้ายภรรยาสูงที่สุด คือ ร้อยละ 35 ส่วนผลกระทบซึ่งเป็นการรุนแรงภายในครอบครัวนั้นพบว่า ร้อยละ 62.7 เกี่ยวข้องทำร้ายถึงแก่ความตาย ร้อยละ 10.4 เกี่ยวข้องเจ็บเล็กน้อย นอกจากนี้พบว่า เกี่ยวข้องข่มขืน สลบ และวิกลจริตคิดเป็นร้อยละ 3.0 1.5 และ 1.5 ตามลำดับ

สำหรับรูปแบบของการทำทารุณกรรมภรรยาของสามีนั้น มีได้ตั้งแต่การทำทารุณกรรมทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ หรือการทำทารุณกรรมด้านใดด้านหนึ่ง ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบได้มากที่สุดในการศึกษากลุ่มนี้ คือ ภาวะซึมเศร้า (Campbell, Kub and Rose, 1996 cited in Kim and Kim, 2001) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาถึงผลกระทบทางด้านร่างกายซึ่งเกิดจากการถูกทำร้ายด้วยการใช้กำลังหรือการใช้เครื่องมืออื่นๆ ในผู้หญิงจำนวน 33 คน พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้หญิงที่ถูกทำร้ายมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง (Cascardi & O'Leary, 1992) และจากการศึกษาของ Follingstsd, Wright and Sebastian (1991) ในผู้หญิงที่ถูกทำร้ายทางด้านร่างกาย จำนวน 234 คน พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้หญิงที่ถูกทำร้ายมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น และจากการศึกษาของ Niaz, Hassan and Tariq (2002) ถึงผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้หญิงที่ถูกทำร้ายด้าน จิตใจในลักษณะต่างๆ เช่น จากความขัดแย้ง หรือการโต้เถียงกับสามี จำนวน 70 คน พบว่า ร้อยละ 62 ของผู้หญิงกลุ่มนี้จะมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น ส่วนในประเทศไทยจากผลการศึกษาของ ศิริเพชร ศิริวัฒนา (2538) เกี่ยวกับภรรยาที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่มาติดต่อขอรับความช่วยเหลือจากมูลนิธิเพื่อนหญิงและมูลนิธิเด็กอ่อนในชุมชนแออัดจำนวน 20 ราย พบว่า ภรรยาที่ถูกสามีทุบตีทำร้ายร่างกายได้รับผลกระทบทางสุขภาพจิต ด้านภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (Emotion) ด้านความคิด (Cognitive) ด้านพฤติกรรม (Behavior) และด้านสรีระวิทยา (Physiological) (Beck,

1967) และอาจมีอาการแสดงในลักษณะต่างๆ เช่น มีอารมณ์เศร้ามาก รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ หดหู่ใจ มีความคิดเชิงซ้ำ ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถ มีความนับถือตนเองต่ำลง มองโลกในแง่ร้าย ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ ซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้ควบคุมอาหาร นอนไม่หลับ เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง แยกตัว และอาจมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตายตามมา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542 ; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545 ; Beeber, 1996) ในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมก็เช่นกัน การเกิดภาวะซึมเศร้าอันเป็นผลมาจากการถูกทำทารุณกรรมซ้ำแล้วซ้ำอีก ทำให้ภรรยาเหล่านี้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ มีปัญหาเรื่องการนอนหลับพักผ่อน หรือการรับประทานอาหารเป็นต้น (กิตติวิภา สุวรรณรัตน์, 2545; เกสรฯ ศรีพิชญากาญ, ยุพิน เพ็ชรมงคล, นงนุช ไชยยศ และ แสงเดือน กฤษณรักษ์, 2545 ; โชติมา กาญจนกุล และศันสนีย์ เรื่องสอน, 2542) ปัญหาดังกล่าวทำให้ภรรยาเหล่านี้หันไปพึ่งสารเสพติดประเภทสุรา ยานอนหลับเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดความรู้สึกกดดันทางจิตใจ (Niaz, Hassan and Tariq, 2002) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจนั้นพบว่าภรรยาจะรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังกับชีวิตของตนเอง (Joseph, 1995 cited in Zust, 2000) และอาจทำให้ภรรยาหันไปสู่อารมณ์ที่จะทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายเพื่อหนีความทุกข์ (Dutton-Douglas and Dionne, 1991 cited in Carlson, 1997) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างที่เกี่ยวข้องด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น มารดาอาจเกิดภาวะซึมเศร้า จนขาดความสามารถในการเอาใจใส่ดูแลตนเองและบุตร ทำให้บุตรถูกทอดทิ้งหรืออาจถูกทำร้ายจากบิดา (Anderson, 1993) ดังนั้นภรรยาที่ประสบปัญหาซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรมเหล่านี้จึงควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

Miller (1992) กล่าวว่า สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ ต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตามหรือปฏิบัติตามแนวทางของบุคคลอื่น จนทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมหรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจเกิดขึ้น และนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วย และหากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความนับถือตนเอง จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด สำหรับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมนั้นก็เช่นกัน เกิดมาจากการที่ภรรยาพบว่าตนเองขาดความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ ซึ่งเป็นความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Hilberman, 1980 ; Shank, 2003 ; Walker, 1979) แสดงให้เห็นว่าภรรยาเหล่านี้มีความพร้อมหรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจ และนำไปสู่ภาวะที่สูญเสียพลังอำนาจตามแนวคิดที่ Miller (1992) ได้กล่าวไว้ ดังนั้นการสูญเสียพลังอำนาจของ

ภรรยาจึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีกลุ่มนี้ (Giles-Sims, 2002 ; Murakumi, 2002)

การที่ภรรยาซึ่งถูกสามีทำทารุณกรรมรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือตกอยู่ในภาวะของการสูญเสียพลังอำนาจนั้นมาจากสาเหตุสำคัญ คือ การที่ภรรยาที่มีความคิดในด้านลบหรือมีความคิดต่อตนเองไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง (Boozin, Ross and Alloy, 1993 cited in Campbell, Kub and Rose, 1996 ; Jack, 1991 cited in Zust, 2000) และเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เช่น การที่ภรรยาตำหนิตนเองว่าเป็นสาเหตุให้เกิดการทำทารุณกรรม การคิดว่าสามีเป็นผู้มีอำนาจภายในครอบครัวเหนือกว่าตนเอง (จิตวิภา สุวรรณรัตน์, 2545) มีความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ที่ตนถูกสามีทำทารุณกรรมได้ (Cascardi & O'Leary, 1992 ; Strube and Barbour, 1983 cited in Carlson, 1997) ซึ่งการที่ภรรยาที่มีความคิดในด้านลบทั้งต่อตนเอง ต่อสถานการณ์ที่ถูกทำทารุณกรรม และต่ออนาคตของตนเองนั้น เป็นรูปแบบของความคิดที่มีความสอดคล้องกับรูปแบบความคิดที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า 3 ประการ ตามแนวคิดของ Beck (1967) คือ การที่บุคคลมีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต โดยพบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะประเมินตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีความสามารถ ไม่มีคุณค่า มีความนับถือตนเองต่ำลง ประเมินสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆว่าเต็มไปด้วยอุปสรรค เมื่อต้องพบกับเหตุการณ์ใดๆก็จะแปลเหตุการณ์นั้นๆไปในทางลบ รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ประเมินอนาคตว่ามีแต่ความทุกข์หรือปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ และมีความท้อแท้สิ้นหวังกับอนาคตของตนเอง

เนื่องจากสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมนั้น เกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ภรรยาที่มีความคิดในด้านลบหรือมีความคิดที่ไม่เหมาะสมต่อตนเองตามความเป็นจริงดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมให้ภรรยาเหล่านี้ตระหนักถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ภายในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความสามารถในการควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเองได้ (Fontaine, 1999) รวมทั้งการช่วยให้ภรรยาได้พัฒนาทักษะในการทำความเข้าใจกับสาระสำคัญของความคิดในด้านลบ การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือไม่ และการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ให้เหมาะสมตามความเป็นจริง (Zust, 2000) ซึ่งการที่ภรรยาเกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเองรวมทั้งเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสมตามความเป็นจริง และสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีท่ามกลางปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในครอบครัว อันเนื่องมาจากการทำทารุณกรรมจากสามีนั้น ถือเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญที่เกิดจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1991 ; Gibson, 1995 ; Gilbert, 1995 อ้างถึงใน สายฝน เอกวารงกูร, 2542)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยเพิ่มแหล่งพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย (Miller, 1992) ซึ่ง คาร์นิ จามูรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ได้ทำการศึกษาแนวคิดและออกแบบกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อสนับสนุนแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยเรื้อรังให้มีความเข้มแข็งหรือมีความสมดุล โดยการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเอง สนับสนุนให้ตระหนักถึงความสามารถและอำนาจที่มีอยู่ในตัว รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์ การตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และการดูแลสุขภาพของตนเองภายใต้การสนับสนุนด้านข้อมูลและทักษะจากพยาบาล ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างความร่วมมือ 2) การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย 3) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4) การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร 5) การดำเนินการด้วยตนเอง และ 6) การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย

เป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การช่วยเหลือและสนับสนุนให้แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยมีความเข้มแข็งขึ้น เพราะเมื่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยมีความเข้มแข็งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจสร้างทางเลือกเพื่อจัดการกับปัญหา มีความนับถือตนเอง (Self-esteem) มีความสามารถในการควบคุมการดำเนินชีวิต (Personal control) มีความสามารถในตน (Self-efficacy) มีความเข้มแข็งของพลังงานที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพทางกาย มีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ มีความหวัง รวมทั้งมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ (Well-being) และเมื่อผู้ป่วยมีความเข้มแข็งหรือมีความสมดุลของแหล่งพลังอำนาจเพียงพอจะส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพลังอำนาจในตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น หากภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรมได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น จะส่งผลให้แหล่งพลังอำนาจของภรรยาตามแนวคิดของ Miller (1992) ซึ่งได้แก่ ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) ความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and Social support) อคติโนที่ศน์เชิงบวก (Positive self-concept) พลังงาน (Energy) ความรู้และการตระหนักรู้ (Knowledge and Insight) แรงจูงใจ (Motivation) และระบบความเชื่อ (Belief system) มีความเข้มแข็งขึ้น เพราะเมื่อแหล่งพลังอำนาจของภรรยาที่มีความเข้มแข็งจะช่วยให้ภรรยาที่มีความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา มีความนับถือตนเอง (Self-esteem) (Shin, 1999 cited in Kim and Kim, 2001) มีความสามารถในการควบคุมการดำเนินชีวิต (Personal control) มีความสามารถในตน (Self-efficacy) (Kar, Pascual, Chickering and Hazelton, 2000 ; Shin, 1999 cited in Kim and Kim, 2001) มีความเข้มแข็งของพลังงานที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพทางกาย มีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ มีความหวัง (Burman, 2003; Gleason, 1979 cited in Zust, 2000 ; Violence Prevention Council of Durham Region, 2000) รวมทั้งมีสุขภาวะที่



สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ (Well-being) ปัจจัยต่างๆที่เกิดขึ้นจากความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจของภรรยาซึ่งได้กล่าวมาแล้วนั้น จะทำให้ภรรยาตระหนักถึงพลังอำนาจในตนเอง และยังเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถส่งผลถึงการลดลงของระดับภาวะซึมเศร้าได้อีกด้วย (Gecas, 1989 อ้างถึงใน นิสารัตน์ เขตวรรณ, 2543 ; Beeber, 1996 ; Gordon, 1999)

เนื่องจากการมีความคิดในด้านลบเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ภรรยาซึ่งถูกสามีทำทารุณกรรมรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจและนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำกิจกรรมการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Restructuring) ซึ่ง Burman (2003) ได้ออกแบบมาเพื่อให้ภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมได้ปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ โดยใช้การแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ (Cognitive Problem-Solving Model) โดยกิจกรรมที่นำมาใช้ในการวิจัยของ Burman นั้นประกอบไปด้วย 1)การพัฒนาทักษะในการทำความเข้าใจสาระสำคัญของความคิดในด้านลบหรือความคิดที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง 2)การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือไม่ และ 3)การปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อใหม่ให้เหมาะสมตามความเป็นจริง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์กิจกรรมทั้ง 3 อย่างนี้มาสอดแทรกไว้ในกิจกรรมทั้ง 6 ขั้นตอน ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) เนื่องจากผลการศึกษาของ Burman ซึ่งให้เห็นว่าภายหลังการศึกษาพบว่า ภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมมีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่ออยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงและมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาคิดดีขึ้นแม้จะต้องใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวต่อไปเช่นเดิม ดังนั้น กิจกรรมที่นำมาใช้ในขั้นตอนนี้น่าจะเป็นวิธีการที่ช่วยให้ภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมมีความคิดในด้านลบต่อตนเองลดลงและสามารถส่งผลถึงการลดระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ในประเทศไทยมีเพียงการศึกษาของ กิตติภา สุวรรณรัตน์ (2545) ที่เป็นการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับสตรีที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว โดยเป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา ณ ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง ด้วยการให้คำปรึกษาในระดับบุคคลและระดับกลุ่มกับสตรีที่ประสบปัญหาดังกล่าวจำนวน 10 ราย ผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาในระดับบุคคลช่วยให้สตรีรู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียด ลดความวิตกกังวล และสามารถสร้างทางเลือกในการตัดสินใจให้แก่สตรีได้ ส่วนการให้คำปรึกษาในระดับกลุ่มด้วยการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ช่วยให้สตรีที่เข้าร่วมกลุ่มได้เรียนรู้วิธีเผชิญปัญหาของบุคคลอื่น และเลือกใช้วิธีการแก้ไขปัญหาก็เหมาะสมกับตนเอง และจากการวิเคราะห์เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้กับสตรีด้วยการให้คำปรึกษาในระดับบุคคลและการให้คำปรึกษาในระดับกลุ่มดังที่กล่าวมาแล้วนั้น พบว่า เป็นการให้การดูแลที่สามารถช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่สตรีที่ประสบกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นการให้ความรู้กับสตรีที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และเป็นการ

สนับสนุนให้สตรีได้ระบายปัญหาเพื่อผ่อนคลายความเครียดและความวิตกกังวล แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าสตรีในกลุ่มนี้ยังคงมีความคิดและความเชื่อในด้านลบ เช่น ยังคิดว่าสามีเป็นผู้ที่มีอำนาจภายในครอบครัวเหนือกว่าภรรยา รวมทั้งจากการที่สตรีมีความคิดว่าตนเองเป็นสาเหตุให้ความรุนแรงเกิดขึ้น และมีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า ไม่ดีพอที่จะได้รับความรักจากสามี ซึ่งความคิดความเชื่อเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สตรียอมรับกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ดังนั้นความคิดความเชื่อในด้านลบของภรรยาที่มีต่อตนเองนี้ ควรได้รับการดูแลให้มีการปรับเปลี่ยนไปในทางที่ถูกต้อง โดยการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ภรรยาเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อ ซึ่งการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อนั้น เป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ภรรยาในกลุ่มนี้ควรได้รับเพิ่มเติม เพื่อให้แหล่งพลังอำนาจของภรรยาที่ตั้งคำถามมาแล้วมีความเข้มแข็ง หรือมีความสมดุลเพียงพอที่จะทำให้ภรรยาเข้าถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง และสามารถส่งผลถึงการลดลงของภาวะซึมเศร้าในภรรยาได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คาร์ณี จามจูรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ร่วมกับกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Restructuring) ตามการศึกษาของ Burman (2003) มาใช้ในกลุ่มภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม เพราะเป็นกระบวนการที่สามารถช่วยให้ภรรยาตระหนักถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคตไปในด้านบวก ซึ่งการมีความคิดในด้านบวกนั้นจะช่วยให้ภรรยาในกลุ่มนี้มีการรับรู้แหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆเพิ่มขึ้น จนส่งผลให้ภรรยาได้มีการรับรู้ที่ตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ซึ่งเป็นความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ มีระดับของการนับถือตนเอง (Self-esteem) และความสามารถในตนเอง (Self-efficacy) เพิ่มสูงขึ้น (Shin,1999 cited in Kim and Kim,2001) ซึ่งปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ นั้น จะช่วยเสริมสร้างให้แหล่งพลังอำนาจของภรรยาที่มีความเข้มแข็ง หรือมีความสมดุลเพียงพอจนทำให้ภรรยาเข้าถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเองและสามารถส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาลดลงได้ และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกดำเนินการศึกษา ณ ศูนย์พิทักษ์ สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง เนื่องจากเป็นองค์กรที่ให้บริการแก่ผู้หญิงที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวโดยตรง และผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ คาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม และผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุขสามารถนำไปปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและให้บริการที่มีคุณภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด

## แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การที่สามีทำทารุณกรรมภรรยาทั้งทางร่างกายหรือทางจิตใจนั้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจของภรรยาโดยเฉพาะการเกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากการทำทารุณกรรมทำให้ภรรยาเกิดความรู้สึกเสียใจ ต่ำหนืดตนเอง มองว่าตนเองเป็นสาเหตุให้ความรุนแรงเกิดขึ้น และเมื่อการทำทารุณกรรมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยที่ภรรยาไม่ได้รับการช่วยเหลือยอมทำให้ภรรยา รู้สึกโดดเดี่ยว เครียด ระบุว่าตนเองไม่สามารถควบคุมการดำเนินชีวิตหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ นำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจ สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในที่สุด (Landenburger, 1989 cited in Humphreys and Campbell, 2004)

เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมนั้น พบว่า เป็นผลมาจากการที่ภรรยาซึ่งถูกสามีทำทารุณกรรมมีความคิดในด้านลบ หรือมีความคิดที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเอง (Boozin, Ross and Alloy, 1993 cited in Campbell, Kub and Rose, 1996 ; Jack, 1991 cited in Zust, 2000) คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำทารุณกรรมของสามีได้ (Walker, 1979) จนทำให้ภรรยาที่มีความพร้อมหรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจเกิดขึ้น และนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเองของภรรยา และหากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไขจะทำให้ภรรยาสูญเสียคุณค่าและความนับถือตนเอง จนทำให้ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในที่สุด ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมนั้น เกิดจากสาเหตุที่มีความสอดคล้องกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Miller (1992) ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยระบุว่าตนเองไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ ต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตามหรือปฏิบัติตามแนวทางของบุคคลอื่น จนทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมหรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจเกิดขึ้นและนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วย และหากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียคุณค่าและความนับถือตนเอง จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด



ดังนั้นการช่วยเหลือเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าให้กับภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมนั้น ควรเป็นการจัดกระทำซึ่งจะช่วยให้ภรรยากลุ่มนี้มีความคิดต่อตนเองทางบวก เพราะการมีความคิดทางบวกนั้น เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การรับรู้ของภรรยาว่าตนเองมีแหล่งพลังอำนาจที่เข้มแข็งหรือมีความสมดุลเพียงพอ จนทำให้ภรรยารู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง และนำไปสู่การลดลงของระดับภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งแนวทางการช่วยเหลือดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นมีความสอดคล้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของ คาร์ณี จามจูรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรม 6 ขั้นตอน และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะส่งผลถึงความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจและการลดลงของภาวะซึมเศร้าได้ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนให้คืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ และการรับรู้ของพยาบาลเป็นเครื่องมือ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545) สอดคล้องกับ Miller (1992) ที่กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเป็นการสนับสนุนทางสังคมชนิดหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลในภาวะที่ผู้รับบริการต้องการการพึ่งพา หรือการช่วยเหลือทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมกับบุคคลอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเชิงสำรวจของ ปรีชา สุวังบุตร (2543) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้ากับการแสวงหาความช่วยเหลือของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.01$  ซึ่งหมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างในระดับต่ำจึงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การที่ภรรยามีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล ทำให้เกิดความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านความเข้มแข็งของจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ภรรยา รู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเองและสามารถส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าในภรรยาลดลงได้

ขั้นที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้รับบริการ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลช่วยให้ผู้รับบริการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง (Gibson, 1995) ซึ่งถือเป็นความคิดที่มีต่อตนเองในด้านบวกและช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเองได้ โดยการสนับสนุนให้ผู้รับบริการประเมินครรถงชีวิตของผู้รับบริการตามทัศนะของผู้รับบริการเองว่ามีมุมมองอย่างไรต่อสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง อะไรที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสภาพนั้น ผู้รับบริการมีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงอะไรที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือไม่ รวมทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับบริการยอมรับหรือตระหนักรู้กับสภาพของตนเองได้ตามความเป็นจริง (Miller,

1992) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การที่ภรรยาที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านการตระหนักรู้ในตนเองนั้น เกิดจากการที่ภรรยาสามารถค้นหาและประเมินภาวะกายและจิตใจของตนเองได้ตามความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้ภรรยารู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเองและสามารถส่งผลถึงการลดระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาได้

ขั้นที่ 3 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก โดยการพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ๆ ที่ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Gibson, 1995) จึงอาจกล่าวได้ว่าขั้นตอนการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณมีความสำคัญและสามารถนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา (สายฝน เอกวราภูร, 2542) และยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้รับบริการได้พัฒนาความรู้สึกรู้สึกมีพลังที่จะใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดการกับความต้องการประจำวัน การจัดการกับอารมณ์และความเครียด (Miller, 1992) รวมถึงการควบคุมตนเองหรือควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (ดารณี จามจรี, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับ นิสารัตน์ เศวตวรรณ (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า การที่ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีเชื่อว่าตนเองเป็นผู้ที่มีความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อตนเองได้นั้น จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดต่ำลง จึงอาจกล่าวได้ว่า การที่ภรรยาที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านพลังงาน เกิดจากการที่ภรรยาที่มีความรู้สึกรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถหรือมีพลังที่จะใช้ในการควบคุมตนเอง เหตุการณ์ หรือสถานการณ์ต่างๆ ได้นั้น เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ภรรยารู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองและสามารถส่งผลถึงการลดระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาได้

ขั้นที่ 4 การดำเนินการด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลสนับสนุนให้ผู้รับบริการดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ไขปัญหา หรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเองตามที่ ผู้รับบริการได้ตัดสินใจเลือกวิธีที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งการแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการจะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) ว่า 1) ต้องเป็นวิธีที่สามารถแก้ไขปัญหาให้กับตนเองได้ 2) ไม่ขัดกับการรักษาของทีมสุขภาพ 3) ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) เป็นแนวทางที่ผ่านการปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่ผู้รับบริการคนอื่นๆ สามารถนำไปใช้ได้ เมื่อผู้รับบริการสามารถดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ได้ด้วยตนเอง จะช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงความสามารถศักยภาพทางด้าน ร่างกายและอำนาจที่จะใช้ในการควบคุมสถานการณ์บางอย่างได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมองเห็นคุณค่าและการนับถือตนเองเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ Cascadi and O'Leary (1992) พบว่า การนับถือตนเองต่ำลงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงที่ถูกทำทารุณกรรม ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การที่ภรรยาที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านความ

เข้มแข็งทางกายภาพและด้านพลังงาน เกิดจากการที่ภรรยารับรู้ถึงความสามารถ ศักยภาพทางด้านร่างกาย และอำนาจที่จะใช้ในการควบคุมสถานการณ์บางอย่างได้ จึงทำให้ภรรยามองเห็นคุณค่าและนับถือตนเองเพิ่มขึ้น เป็นอีกปัจจัยที่จะช่วยให้ภรรยารู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง รวมทั้งยังสามารถส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าในภรรยาลดลงได้

ขั้นที่ 5 การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง (คารณิ จามจรี, 2545) การที่พยาบาลให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับปัญหาการถูกสามีทำทารุณกรรมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการตัดสินใจ และตระหนักถึงทางเลือกในการจัดการกับปัญหาได้โดยไม่ยอมแพ้ หรือมีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2532 ; Miller, 1992) ซึ่งมีความสอดคล้องกับ ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน (2534) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรส ต่อการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การที่ภรรยาที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านความรู้ เกิดจากการที่ภรรยาสามารถแสวงหาความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการของตนเองได้นั้น เป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งมีความสำคัญที่จะช่วยให้ภรรยา รู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองและสามารถส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าในภรรยาลดลงได้

ขั้นที่ 6 การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อผู้รับบริการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาลตามขั้นตอนต่างๆข้างต้น จนกระทั่งผู้รับบริการรับรู้และตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้แล้ว ผู้รับบริการจะกระทำกิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 (การดำเนินการด้วยตนเอง) อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจในการดูแลและควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเองได้มากขึ้น (พนารัตน์ เจนจบ, 2542 ; Gibson, 1995) กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในขั้นตอนที่ 6 นี้คือ การช่วยให้ผู้รับบริการได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาลในขั้นตอนต่างๆ สิ่ง que ผู้รับบริการสามารถควบคุมได้และสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ รวมทั้งช่วยให้ผู้รับบริการได้ปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อจากเดิมที่คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งความคิดเหล่านี้เป็นความคิดในด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเองที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck , 1967) ไปสู่การมีความคิดว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถที่จะนำพาชีวิตของตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย ซึ่งการที่ผู้รับบริการมีความคิดและความเชื่อในด้านบวกเกี่ยวกับตนเองนั้น จะส่งผลถึงการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการได้ (Gordon, 1999) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การที่ภรรยาที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านอัตมโนทัศน์

ด้านบวกและด้านระบบความเชื่อนั้น เกิดจากการที่ภรรยาปรับเปลี่ยนความคิดต่อตนเองไปในทางบวก ซึ่งการมีความคิดทางบวกจะช่วยให้ภรรยารู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง รวมทั้งยังสามารถส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าในภรรยาลดลงได้

จากการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของ คาร์ณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) พบว่าทั้ง 6 ขั้นตอนก่อให้เกิดความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจ และสามารถส่งผลถึงการลดลงของระดับภาวะซึมเศร้าดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้นถ้าภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าว จะช่วยให้ภรรยามีการนับถือตนเองในทางบวก ได้รับความรู้ และข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริง มีความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อถูกสามีทำทารุณกรรม มีความคิดว่าตนเองมีคุณค่า มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ และเชื่อว่าช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย รวมทั้งการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ แม้ว่าจะอยู่ในภาวะของการถูกทำทารุณกรรมก็ตาม (Campbell and Soeken, 1999 cited in Campbell, Torres, Mackenna, Sheridan and Landenburger, 2004) ซึ่งผลลัพธ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเหล่านี้ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกิดขึ้นจากการที่ภรรยาได้รับการสนับสนุนให้มีการรับรู้ว่แหล่งพลังอำนาจของตนมีความเข้มแข็งหรือมีความสมดุลเพียงพอ จนทำให้ภรรยารู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเอง และสามารถส่งผลถึงการลดระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้าง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยประยุกต์จากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของ คาร์ณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งเดิมมี 6 ขั้นตอน ให้เหลือ 4 ขั้นตอนหรือดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง เนื่องจากก่อนที่จะใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้วิจัยต้องประเมินภาวะซึมเศร้าในภรรยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องแนะนำตัวกับภรรยาเพื่อขอความร่วมมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า จึงทำให้ผู้วิจัยและภรรยาเกิดความคุ้นเคยกันพอสมควร ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ในขั้นตอนที่ 1 (การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ) เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือกับภรรยา จึงทำให้ภรรยามีความไว้วางใจในตัวผู้วิจัยได้เร็วขึ้น และเมื่อภรรยามีความไว้วางใจในตัวผู้วิจัยแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 (การค้นหาสภาพการณ์จริง) เพื่อให้ภรรยายอมรับกับความคิดและความเชื่อของตนเองที่มีต่อการถูกสามีทำทารุณกรรมตามความเป็นจริง ต่อจากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 (การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยช่วยให้ภรรยาค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยตัวของภรรยาเองต่อเนื่องไปในครั้งเดียวกัน เมื่อผู้วิจัยพบกับภรรยาเป็นครั้งที่ 2 ผู้วิจัยจึงดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 (การดำเนินการด้วยตนเอง) เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่มีความต่อเนื่องกับขั้นตอนการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพราะเมื่อภรรยาสามารถค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินกิจกรรมใน



ขั้นตอนนี้ เพื่อให้ภรรยาได้กำหนดแผนในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองและดำเนินการตามแผนที่ภรรยากำหนดไว้ เมื่อผู้วิจัยพบกับภรรยาในครั้งที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 (การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร) เพื่อให้ภรรยาได้ค้นหาความต้องการที่แท้จริงของตนเอง เกี่ยวกับสิ่งที่เอื้ออำนวยให้ภรรยาสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อผู้วิจัยพบกับภรรยาในครั้งที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 6 (การปรับความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการ กับปัญหา) เพื่อช่วยให้ภรรยาได้ทำความเข้าใจสาระสำคัญของความคิดในด้านลบหรือความคิดต่อตนเองที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือไม่ และการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อใหม่ให้เหมาะสมตามความเป็นจริง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้นำกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Restructuring) ตามการศึกษาของ Burman (2003) มาสอดแทรกไว้ในกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอน ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทั้ง 4 ครั้ง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 6 ขั้นตอน ของ ดาร์ณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ร่วมกับกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดของ Burman (2003) เพื่อส่งเสริมให้ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม มีความคิดต่อตนเองทางบวก และสามารถจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินกิจกรรมกับภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นรายบุคคล

จากแนวคิดและผลการศึกษาดังกล่าวจึงได้กำหนดสมมุติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

ภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม ที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดจะมีระดับภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยทำการทดลอง ณ ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง
2. ประชากร คือ ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม
3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ หรือถูกสามีทำทารุณกรรมในด้านใดด้านหนึ่ง มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ที่มาขอรับคำปรึกษาจากศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน 2547 และให้ความร่วมมือในกิจกรรมที่จัดขึ้น จำนวน 20 คน

### 4. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

4.1 ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์มาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของคาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ร่วมกับกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Restructuring) ตามการศึกษาของ Burman (2003) ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนความคิดของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม 2) การดำเนินการเสริมสร้างแหล่งพลังด้วยตัวของภรรยาเอง 3) การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม 4) การปรับเปลี่ยนความคิด และคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

### 4.2 ตัวแปรตาม คือ ระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรมจากสามี

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**การทำทารุณกรรมภรรยาของสามี** หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมใดๆ ก็ตาม ที่สามีแสดงความรุนแรงต่อภรรยา ทั้งทางด้านจิตใจและด้านร่างกาย หรือถูกทำทารุณกรรมในด้านใดด้านหนึ่ง โดยการใช้อำนาจและการบีบบังคับ รวมถึงการละเลยที่จะทำตามหน้าที่สามีที่ดี ประกอบด้วย

1. การทำทารุณกรรมทางด้านจิตใจ หมายถึง การที่สามีแสดงออกด้วยวาจา กิริยาท่าทาง หรือการกระทำใดๆของสามีที่ทำให้ภรรยาได้รับความกระทบกระเทือนทางอารมณ์ และจิตใจ เช่น การมีภรรยาหลายคนในเวลาเดียวกัน การไม่รับผิดชอบบุตร การบังคับ พุดจาถูก ด่าทอ หรือการละเว้นการกระทำใดๆ ที่มีผลทำให้ภรรยาเสียใจด้วยการบีบบังคับทางอารมณ์ เช่น เย็นชา เขี่ยคหยาม

2. การทำทารุณกรรมทางด้านร่างกาย หมายถึง การที่สามีใช้กำลังหรือใช้อุปกรณ์ใดๆ คุกคาม ช่มชู้ หรือใช้เป็นอาวุธ แล้วมีผลทำให้ภรรยาได้รับบาดเจ็บต่อร่างกาย เช่น การทำร้าย ทบตี การชกต่อย ตบตี หรือใช้อาวุธของแข็งทำร้าย เป็นต้น

**ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง การที่ภรรยาซึ่งถูกสามีทำทารุณกรรมเกิดความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและร่างกาย โดยจะมีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกไร้พลังอำนาจ มีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง มองโลกในแง่ร้าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัวจากสังคม และอาจเกิดความคิดหรือพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้ ประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536)

**การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี กระทำร่วมกับภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ณ ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรมมีความคิดต่อตนเองทางบวก และสามารถจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาลดลงได้ สำหรับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดนั้น ผู้วิจัยประยุกต์จากกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจตามการศึกษาของ คาร์ณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งเดิมมี 6 ขั้นตอน ให้เหลือ 4 ขั้นตอน และได้นำกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดของ Burman (2003) มาสอดแทรกไว้ในกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอนของโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับภรรยาเป็นรายบุคคล 1 ครั้ง / สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60 นาที ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ

1. การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนความคิดของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม เป็นกิจกรรมที่พยาบาลแนะนำตนเอง ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม การใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยารับรู้บทบาทของตนในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม และการใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาตระหนักและยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง โดยการให้ภรรยาประเมินว่าตนเองมีความคิด ความเชื่ออย่างไรต่อสภาพที่ตนเองถูกสามีทำทารุณกรรม มีความคิดที่จะ



เปลี่ยนแปลงสภาพนั้นหรือไม่ รวมทั้งเป็นกิจกรรมที่พยายามใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม นอกจากนี้ในขั้นตอนนี้ยังเป็นขั้นตอนที่ช่วยให้พยายามทราบความคิด ความเชื่อ และสาเหตุที่ทำให้ภรรยาเกิดภาวะซึมเศร้าอีกด้วย

2. การดำเนินการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้วยตัวของภรรยาเอง เป็นกิจกรรมที่พยายามใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยากำหนดแผนในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม รวมทั้งสนับสนุนให้ภรรยาปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจเพื่อให้ภรรยาดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ได้อย่างต่อเนื่อง

3. การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม เป็นกิจกรรมที่พยาบาลพูดคุยกับภรรยาเพื่อค้นหาความต้องการที่แท้จริงของภรรยาเกี่ยวกับสิ่งที่เอื้ออำนวยให้ภรรยาสามารถจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นขั้นตอนที่พยาบาลให้ข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับแหล่งพลังอำนาจ ที่สามารถช่วยให้ภรรยาที่มีความคิดเกี่ยวกับตนเองเหมาะสมตามความเป็นจริง และรู้สึกมีพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น

4. การปรับเปลี่ยนความคิด และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม เมื่อภรรยาได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนข้างต้น จนกระทั่งตระหนักถึงความสามารถในตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แล้ว ภรรยาจะทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจตนเองอย่างต่อเนื่อง ในขั้นตอนนี้พยาบาลจะใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาได้คิดทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาลในขั้นตอนต่างๆ และการส่งเสริมให้ภรรยาได้พัฒนาทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดในด้านลบ โดยพยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาทำความเข้าใจสาระสำคัญของความคิดในด้านลบหรือความคิดต่อตนเองที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง และการใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาคิดถึงความถูกต้อง และความเหมาะสมเกี่ยวกับความคิดในด้านลบนั้น และการใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาคิดว่าควรจะเปลี่ยนแปลงความคิดในด้านลบนั้นอย่างไร จึงจะเหมาะสมตามความเป็นจริง

**การดูแลตามปกติ** หมายถึง การที่ภรรยาซึ่งมีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ได้รับการดูแลจากศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง โดยการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา ในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อช่วยให้ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม มีความคิดต่อตนเองทางบวก และสามารถจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม
3. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน เกี่ยวกับการดูแลภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการที่สามีทำทารุณกรรมภรรยา

- 1.1 ความหมายของการที่สามีทำทารุณกรรมภรรยา
- 1.2 สาเหตุที่สามีทำทารุณกรรมภรรยา
- 1.3 รูปแบบที่สามีใช้ในการทำทารุณกรรมภรรยา
- 1.4 ผลกระทบของการที่สามีทำทารุณกรรมภรรยา

#### 2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

- 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
- 2.2 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า
- 2.3 อาการทางคลินิกของภาวะซึมเศร้า
- 2.4 การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า
- 2.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า
- 2.6 การบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
- 2.7 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

#### 3. ภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม

- 3.1 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม
- 3.2 ความคิดอัตโนมัติด้านลบของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม
- 3.3 การสูญเสียพลังอำนาจ
  - 3.3.1 ความหมายของการสูญเสียพลังอำนาจ
  - 3.3.2 สาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจ
  - 3.3.3 การตอบสนองของผู้ป่วยเมื่อเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ

#### 4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

- 4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.2 แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย
- 4.3 องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.4 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### 5. การช่วยเหลือเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม

- 5.1 การปรับความคิดด้านลบ
- 5.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม
- 5.3 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด

#### 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

##### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการที่สามีทำทารุณกรรมภรรยา

###### 1.1 ความหมายของการที่สามีทำทารุณกรรมภรรยา

การที่สามีทำทารุณกรรมภรรยาของสามีนั้น ได้มีผู้ทำการศึกษาและให้ความหมายไว้พอสรุปได้ ดังนี้

ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร (2534) กล่าวถึงการที่สามีทำทารุณกรรมภรรยาว่าเป็น การกระทำต่อคู่ครองอย่างไม่ถูกต้อง การกระทำดังกล่าวอาจมีระดับความรุนแรงต่างกัน เช่น ตบ ตะ แผลก ทุบตีรุนแรง อาจทำให้ร่างกายบาดเจ็บ เช่น กระชกหัก มีเลือดออกในช่องท้อง อาจมีตับหรือม้ามแตกและมีการบาดเจ็บที่สมอง เป็นต้น

กฤตยา อาชวนิจกุล (2538) กล่าวถึงการที่สามีทำทารุณกรรมภรรยาว่าเป็น การที่ผู้หญิงถูกสามีหรืออดีตสามีหรือคู่รัก ทำทารุณกรรม มีหลายรูปแบบตั้งแต่การทำร้ายร่างกาย ต่อยตะ ทุบตีด้วยอาวุธ ทำให้บาดเจ็บหรือเสียชีวิต ส่วนการทำร้ายทางจิตใจมีหลายรูปแบบตั้งแต่การบีบบังคับทางด้านจิตใจ การด่าทอ การกักขัง การบีบบังคับทางเศรษฐกิจและสังคม การปฏิเสธที่จะช่วยเหลือทางการเงิน การดูถูกและเหยียดหยาม

เหมวรรณ เหมะนัด (2533) กล่าวถึงการที่สามีทำทารุณกรรมภรรยาว่าเป็น การกระทำตามความตั้งใจ หรือการกระทำที่รับรู้ว่ามีความตั้งใจที่จะทำให้ภรรยา รู้สึกเจ็บปวด และได้รับบาดเจ็บทางด้านร่างกาย หรือตั้งแต่การเจ็บป่วยเล็กน้อยไปจนถึงการทำอันตรายถึงแก่ชีวิต

ดนภา หงษ์ทอง (2542) กล่าวถึงการที่สามีทำทารุณกรรมภรรยาว่าคือ การทำร้ายทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่หญิงคู่รักที่มีความสัมพันธ์ฉันท์สามี ภรรยา ในรูปแบบและระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน ตั้งแต่การทะเลาะ โต้เถียง ไปจนถึงการทำร้ายร่างกาย ด้วยอวัยวะ หรืออาวุธ และรุนแรงถึงทำลายชีวิต

แคมเบล และ ฮัมพี (Humphreys and Campbell, 2004) กล่าวถึงการที่สามีทำทารุณกรรมภรรยาว่าคือ การที่สตรีถูกทำร้ายโดยสามี เป็นการแสดงความรุนแรงที่เกิดขึ้นซ้ำๆ

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การที่สามีทำทารุณกรรมภรรยา คือ การที่ผู้หญิงถูกสามีหรือคนรักทำทารุณกรรม ซึ่งมีหลายรูปแบบตั้งแต่การทำร้ายด้านร่างกายโดยทำให้เกิดการบาดเจ็บเล็กน้อยไปจนถึงเสียชีวิต การทำร้ายด้านจิตใจมีหลายรูปแบบตั้งแต่การพุดจาถูกรังแก การพุดข่มขู่ การบีบบังคับทางจิตใจ การแสดงท่าทีเฉยเมย รวมถึงการทำทารุณกรรมทางด้านเพศ

## 1.2 สาเหตุที่สามีทำทารุณกรรมภรรยา

1.2.1 จากการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้สามีทำทารุณกรรมภรรยาในต่างประเทศพบว่าเกิดจากปัจจัยหลายประการ (Fishwick, Campbell and Taylor, 2004) ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

1.2.1.1 ความผิดปกติทางด้านจิตใจ สามีที่ใช้ความรุนแรงกับภรรยา มักจะมีความผิดปกติของอารมณ์ และการมีบุคลิกภาพแปรปรวน พบว่าในสามีเหล่านี้จะมีความผิดปกติของสารซีวะเคมีในสมองทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อภรรยา อย่างไรก็ตามแม้ว่าปัจจัยเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กับการใช้ความรุนแรงของสามีต่อภรรยาแต่ก็ไม่ใช่ว่าสาเหตุทั้งหมด ไม่สามารถกล่าวได้ว่าผู้ชายทุกคนที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจจะทำร้ายภรรยาของตนเอง

1.2.1.2 การดื่มสุราและใช้สารเสพติด เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สามีทำทารุณกรรมภรรยาเนื่องจากสุราจะทำให้กระบวนการคิด และความสามารถในการแก้ไขปัญหาของบุคคลลดลง

1.2.1.3 การเรียนรู้จากสังคม การที่เด็กผู้ชายเรียนรู้การใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหาจากบิดาของตนเอง เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่อาจทำให้เป็นบุคคลที่มีปัญหาทางด้านบุคลิกภาพ เช่น การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวโดยการทำร้ายคู่ครองของตนเอง เป็นต้น

1.2.1.4 ความไม่สมดุลของอำนาจ การทำร้ายภรรยา มักเกิดขึ้นในครอบครัวที่สามีเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ เกี่ยวกับทางเลือกในการดำเนินชีวิตของบุคคลในครอบครัว เมื่อสามีมีอำนาจทั้งหมดทำให้ภรรยาต้องยอมรับกับอารมณ์ของสามี ซึ่งรวมถึงการทำร้ายร่างกายและจิตใจในทุกๆรูปแบบด้วย

1.2.2 จากการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดการใช้ความรุนแรงในครอบครัวไทย ต่อภรรยาจากการกระทำของสามีนั้น สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ ( 2545 ) ระบุว่ามีการจำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้

1.2.2.1 ด้านค่านิยมและเจตคติที่ไม่เหมาะสม เกี่ยวกับความไม่เท่าเทียมกันของหญิงกับชาย เช่นแนวคิดที่ว่าภรรยาเป็นสมบัติของสามี ผู้ชายมีอำนาจเหนือผู้หญิง ผู้หญิงเป็นวัตถุทางเพศ ความรุนแรงในครอบครัวเป็นเรื่องส่วนตัว ทำให้ผู้ประสบปัญหาพยายามที่จะปกปิดไว้เป็นความลับ และด้วยความเชื่อดังกล่าวทำให้คนในสังคมไม่ต้องการเข้าไปยุ่งเกี่ยวและให้ความช่วยเหลือ ทำให้ปัญหานี้มีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

1.2.2.2 ด้านครอบครัว เช่น ความไม่พร้อมที่จะมีครอบครัวตั้งแต่ร่างกายจิตใจ อายุ สุขอนามัย และฐานะทางเศรษฐกิจ รวมถึงพฤติกรรมของกลุ่มสมรสได้ก่อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว เช่น การนอกใจ คู่สมรสดื่มสุรา การคิดการพนัน การไม่ช่วยแบ่งเบาภาระในครอบครัว เป็นต้น

1.2.2.3 ด้านสภาวะเศรษฐกิจ เช่น ปัญหาสภาพเศรษฐกิจตกต่ำ การเลิกจ้างงาน ธุรกิจล้มละลาย ค่าครองชีพสูง ลักษณะนิสัยการใช้เงินตัว บริโภคนิยม วัตถุนิยม ทำให้มีการกู้หนี้ และทำให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความรุนแรงในทุกรูปแบบ

1.2.2.4 ด้านสื่อ การที่สื่อขาดวิธีการนำเสนอทักษะในการสื่อสารที่ดีเกี่ยวกับบทบาทของ ชาย-หญิง หรือสื่อทางอินเทอร์เน็ตที่มีข้อมูลที่ชักจูงให้เกิดการใช้ความรุนแรง

1.2.2.5 ด้านการศึกษา เช่น ระบบการศึกษาไม่ให้ความสำคัญในการจัดการเรียนการสอนเรื่องจริยธรรมทางเพศ และการสอนเรื่องการแก้ไขความขัดแย้งด้วยเหตุผล

นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้ว ผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่าความรุนแรงในครอบครัวอาจเกิดเนื่องจากลักษณะของผู้กระทำรุนแรง คือ สามีจะมองภรรยาว่าเป็นสมบัติของตน จึงอาจทำร้ายภรรยาถ้าภรรยาต้องการอิสระ ขณะเดียวกันสามีจะโกรธมากถ้าภรรยาต้องพึ่งพาตนตลอดและพยายามทำให้ภรรยาต้องอยู่โดดเดี่ยวจากบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง นอกจากนี้ยังขึ้นกับลักษณะของผู้กระทำ คือ ภรรยาโดยพบว่าภรรยาเหล่านี้เติบโตมาจากครอบครัวที่ใช้ความรุนแรงและแต่งงานเมื่อมีอายุน้อย เพื่อจะได้แยกออกจากบ้านบิดามารดาของตน พบได้บ่อยว่าภรรยาจะรู้สึกว่าไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องพึ่งพาสามีตลอด หรือรับรู้ว่าการแต่งงานคือการอยู่ร่วมกันในรูปแบบที่ผู้ชายมีอำนาจเหนือกว่าผู้หญิง(ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร ,2534 )



### 1.3 รูปแบบที่สามีใช้ในการทำทารุณกรรมภรรยา

รูปแบบที่สามีทำทารุณกรรมภรรยา สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ (Anderson, 1993 ; Fontaine, 1999 ; Townsend, 1996) ดังนี้

1.3.1 การทำทารุณกรรมทางด้านร่างกาย (Physical abuse) หมายถึง การทำให้ร่างกายภรรยาได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บปวด โดยการตบ ต่อย ตะ กัด กระทบผผ ชก การใช้น้ำหรือจี้ตามร่างกายหรือทำร้ายด้วยวัตถุ เช่น ไม้ เข็มขัด หรือการใช้อาวุธ เช่น มีดปืน รวมถึงการกักขังภรรยาไว้ในบ้านด้วย

1.3.2 การทำทารุณกรรมทางด้านจิตใจ (Emotional abuse) หมายถึง การที่สามีกระทำรุนแรงต่อภรรยาโดยใช้วาจาหรือการแสดงออก เช่น การพุดจาถูกตำหนิ การพุดข่มขู่ การพุดเปรียบเทียบภรรยากับผู้หญิงคนอื่น การแสดงท่าทีเฉยเมย ไม่พุดคุยกับภรรยาแม้ว่าจะอยู่ด้วยกัน การมีภรรยาหลายคนในเวลาเดียวกัน รวมถึงการทำลายทรัพย์สินหรือสัตว์เลี้ยงของภรรยา

1.3.3 การทำทารุณกรรมทางด้านเพศ (Sexual abuse) หมายถึง การที่สามีแสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับเพศที่ไม่เหมาะสมต่อภรรยา เช่น ข่มขืน การสอดใส่วัตถุเข้าไปในช่องคลอดของภรรยา การตบตีในระหว่างมีเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์หรือการติดต่อของโรคทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการแสดงท่าทีเฉยเมยต่อความต้องการทางเพศของภรรยา

### 1.4 ผลกระทบจากการที่สามีทำทารุณกรรมภรรยา

ผลกระทบจากการที่สามีทำทารุณกรรมภรรยา แบ่งออกเป็น 3 ด้าน (Anderson, 1993; Townsend, 1996; Fontaine, 1999 and Fishwick, Campbell and Taylor, 2004) ดังนี้

#### 1.4.1 ผลกระทบต่อสุขภาพของภรรยา

1.4.1.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น การมีบาดแผล ลอยฟกช้ำ กระจกหัก ร่างกายพิการ มีปัญหาเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การมีเลือดออกในช่องท้อง สมองได้รับความกระทบกระเทือน และอาจรุนแรงจนทำให้ภรรยาเสียชีวิตได้

1.4.1.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมไม่ว่าจะเป็นการทำร้ายร่างกาย จิตใจ หรือทางเพศ จะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ เช่น คิดว่าเป็นความผิดของตนเอง กลัว รู้สึกอายนที่จะบอกให้บุคคลอื่นรับรู้ สูญเสียพลังอำนาจ รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมการดำเนินชีวิตหรือเหตุการณ์ต่างๆได้ การนับถือตนเองลดต่ำลง เกิดภาวะซึมเศร้า และพบว่าโอกาสที่ภรรยาจะแก้ไขปัญหาก็เกิดขึ้นด้วยการดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดและการทำร้ายตนเองเพิ่มสูงขึ้น



#### 1.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

โดยผลกระทบในระยะสั้น คือ ครอบครัวที่มีสมาชิกทำร้ายซึ่งกันและกันจะทำให้ไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและอาจเกิดปัญหาครอบครัวแตกแยก บุตรที่พยายามปกป้องช่วยเหลือมารดาจากการถูกทำร้าย มักจะถูกบิดาของตนเองทำร้ายด้วย

ส่วนผลกระทบในระยะยาว บุตรที่เติบโตมาจากสภาพครอบครัวที่บิดามารดามีแต่ความขัดแย้ง เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่อาจมีปัญหาด้านบุคลิกภาพ คือมีพฤติกรรมก้าวร้าว หากบุตรถูกทำทารุณกรรมด้วยบุตรถ่ายทอดแบบอย่างไว้ในใจและแสดงออกในรูปแบบต่างๆ เช่น การแต่งงานเมื่ออายุน้อย การคบเพื่อนไม่ดี การคิดสารเสพติด และนำชีวิตไปในทางเสื่อมเสีย

## 2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

### 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้มาก พอสรุปได้ดังนี้

กอร์ดอน (Gordon, 1999) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนและควรได้รับการบำบัด

บีเบอร์ (Beeber, 1996) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติในด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นลดน้อยลง

เบ็ค (Beck, 1967) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นรูปแบบที่ซับซ้อนของความรู้สึก กระบวนการคิด และพฤติกรรมที่แสดงออกที่เบี่ยงไป

ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็น ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติ หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ การคิด การรับรู้ ร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2545) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็น การที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้มาก ปฏิเสธการสังคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ และอยากตาย

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต

โดยจะมีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำห็นตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง และแยกตัวจากสังคม

## 2.2 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร่ายังอธิบายได้ไม่ค่อยชัดเจน ส่วนมากจะอธิบายจากสาเหตุหลายประการผสมผสานกัน (มาโนช หล่อตระกูล, 2542 ; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยต่างๆ ดังนี้

### 2.2.1 ปัจจัยด้านร่างกาย

2.2.1.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic transmission) กล่าวถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง โดยจากการศึกษา คู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์พบว่า คู่แฝดอีกคนมีโอกาที่จะมีความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 65 ขณะที่คู่แฝดไข่คนละใบพบเพียงร้อยละ 14 และมีการศึกษาพบว่า ครอบครัวที่บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า ลูกมีโอกาเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 10 - 15 แต่ถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าลูกมีโอกาเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึง ร้อยละ 50

2.2.1.2 ทฤษฎีทางชีวเคมี (Biochemical theory of depression) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมองซึ่งมีความเข้มข้นลดลง ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) โดพามีน (dopamine) และนอร์อิพิเนพรีน (norepineprine) โดยสารเหล่านี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและจากการศึกษาของซาโน (Sano, 1989 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร, 2545) พบว่า ระดับความเข้มข้นของสารซีโรโทนินจะลดต่ำลงในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับโรคสมองเสื่อม

### 2.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ

2.2.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าการสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก สิ่งที่มีความสำคัญกับตน หรือการสูญเสียอวัยวะต่างๆ ที่ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป ฟรอยด์ อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสียสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การตายจากหรือการถูกปฏิเสธ ฟรอยด์มีความเชื่อว่า สาเหตุของความเศร้าโศกเกิดจากความรู้สึกสับสนเรื่องสัมพันธภาพเกี่ยวกับความรัก สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก และความขัดแย้งเกี่ยวกับตนเอง

2.2.2.2 ทฤษฎีพัฒนาการ และประสบการณ์ชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้งโดยเฉพาะจากบุคคลที่มีความสำคัญใน 6 เดือนแรกของชีวิต ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเศร้า มีความคิด และความหวังเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ไม่สามารถปรับตัวได้

ซูลิแวน (Sullivan) เชื่อว่าความขัดแย้งในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) หรือสภาพของสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า

### 2.2.3 ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factor)

ทฤษฎีด้านปัญญา (Cognitive theory) พบว่า ความเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง Beck (1967) ได้ระบุถึงความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า ไว้ 3 ประการคือ การมีความคิดทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่ออนาคต ซึ่งรูปแบบของความคิดทั้ง 3 ประการคือ

รูปแบบการมีความคิดทางลบต่อตนเอง (Negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนา อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น ก็จะโทษว่าทั้งหมดเกิดขึ้นเพราะความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย มองชีวิตในขณะนั้นเต็มไปด้วยภาระอุปสรรค หรือมีสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใดก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบ จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่ออนาคต (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายความทุกข์ยากในปัจจุบันว่าจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าชีวิตก็จะมีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลงจะมีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสีย เมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบันก็จะมองล่วงหน้าไปว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไป ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต สูญเสียความหวังในอนาคต และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีด้านปัญญาสามารถให้การช่วยเหลือ และป้องกันได้ โดยการวินิจฉัยให้พบตั้งแต่แรกเริ่ม แยกแยะ ทำความกระจ่าง และช่วยให้บุคคลเกิดความคิดในทางบวกทดแทน จะเป็นผลให้วงจรของความซึมเศร้าถูกตัดไปทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า หรืออย่างน้อยที่สุดก็ช่วยไม่ให้อยู่ในระดับที่เป็นอันตราย (Beck, Rush, Shaw and Emery, 1979)

2.2.4 ปัจจัยด้านสังคม สามารถอธิบายได้ว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัว อีกประการหนึ่ง คือ การขาดการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะการประสบกับการสูญเสียของกลุ่มสมรส เช่น การแยกกันอยู่ การเสียชีวิต

### 2.3 อาการทางคลินิกของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

โดยทั่วไปจะเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม ลักษณะอาการผิดปกติเหล่านี้ได้มีผู้กล่าวถึง (มาโนช หล่อตระกูล, 2542 ; สมภพ เรืองตระกูล, 2542 ; Fortinash and Holoday-Worret, 1999; Rawlins and Heacock, 1993) ซึ่งสรุปได้ดังนี้ คือ

**อารมณ์เศร้า** ความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้ามีหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส หรือใจคอเศร้าหมอง เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อมาพบแพทย์ ไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าเลยอาจเป็นเพราะในขณะนั้นผู้ป่วยไม่มีอารมณ์เศร้า หรืออาจมีแต่คิดว่าไม่สำคัญจึงไม่บอกด้วยเหตุนี้ควรถือเป็นหลักว่าถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ ต้องถามอารมณ์หรือความรู้สึกด้วยเสมอ อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลาบางเวลาอาจเศร้าน้อย บางเวลาเศร้ามาก ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดตอนเช้าและจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ

**อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย** พบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ผิดไปแล้ว ผู้ป่วยมักจะเล่าให้ฟังว่าไม่มีใครเข้าใจว่าตนไม่สบายและตนก็ไม่อยากเป็นเช่นนั้น แต่เมื่อรู้สึกหงุดหงิดก็ไม่ทราบว่าจะควบคุมอย่างไร

**ความรู้สึกเบื่อและรู้สึกหมดความสนใจ** ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ กิจกรรมประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำ กิจกรรมต่างๆที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อและไม่สนใจดังที่เคยประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยความรู้สึกทางเพศจะลดลงหรือไม่มีเลย

**อาการเบื่ออาหาร** ผู้ป่วยมักเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มไม่สบาย การรู้อุรสเปลี่ยนไปด้วย ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกอยากอาหารแม้ตนจะเคยชอบ แต่มีผู้ป่วยบางรายอยากอาหารมากกว่าธรรมดา

**นอนไม่หลับ** มักจะปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่น แต่เมื่อเป็นมากขึ้นมักจะเกิดอาการนอนไม่หลับตอนปลาย (terminal insomnia) ลักษณะดังกล่าวคือ เมื่อเข้านอนผู้ป่วยจะหลับได้ตามปกติ แต่จะตื่นตอนดึกแล้วนอนหลับอีกไม่ได้หรือหลับได้แต่ยาก ผู้ป่วยบางรายนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening)

**อาการอ่อนเพลีย** ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกกำลังกาย และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนหรือการนอนหลับไม่ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

**ความคิดเชิงซ้ำ** ตั้งแต่เริ่มไม่สบายผู้ป่วยจะมีความคิด การเคลื่อนไหวตลอดจนการพูดจาเชิงซ้ำ ในระยะแรกผู้ป่วยจะเงิบและซึมลง ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลง ผู้ป่วยจะไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่ร่าเริงแจ่มใสเหมือนที่เคย ผู้ป่วยเองก็รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ และเกิดความกังวลใจมากเพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฟื้นตัวเอง การกระทำต่างๆจะเป็นการฝืนใจ เช่น การพูด การแต่งตัว การทำงานหรือการอ่านหนังสือ ทั้งนี้เพื่อให้เหมือนปกติแต่ก็ทำไม่ได้



**สมาธิเสีย** ความจำไม่ดีและลืมง่ายเป็นอาการสำคัญ โดยจะปรากฏตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 มีอาการนี้ เช่น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณอะไรไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือแล้วจำไม่ได้ หรือทำสมาธิอย่างปกติไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากเพราะทำงานไม่ได้ดีหรือทำไม่ได้เลยและเกิดข้อผิดพลาด โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้สมองและความจำ

**ความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า** ผู้ป่วยส่วนมากจะรู้สึกว่าคุณค่า ไม่มีคุณค่า หรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณค่าไม่มีในด้านต่างๆ เช่น ความสามารถ สถิติปัญญา หรือเกียรติยศชื่อเสียง ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยคิดอยากตายและฆ่าตัวตายได้ เพราะผู้ป่วยจะมองตนเองในด้านไม่ดีและไม่มีความประโยชน์ตลอดเวลา ครุ่นคิดแต่ว่าตัวเองไม่มีค่า ถ้าไม่มีตนทุกคนก็จะสบาย ดังนั้นจึงควรตายไปเสีย

**รู้สึกมีความผิด** ผู้ป่วยที่เศร้ามากมักจะรู้สึกมีความผิด และตำหนิตนเองโดยที่ไม่มีผิดแต่อย่างใด หรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญ ไม่น่าจะตำหนิมากเช่นนี้ ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกผิดยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิด เป็นคนไม่ดีมีบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ป่วยอยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นอันตรายที่สำคัญที่สุดของโรคนี้

**ความคิดอยากตาย** พบว่าอารมณ์เศร้าและความคิดอยากตายมีความสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยจะหาทางหนีจากความทรมานและความตายเป็นทางออกที่ผู้ป่วยส่วนมากนึกถึงเป็นสิ่งแรก

**ความกลัวและความวิตกกังวล** ผู้ป่วยจะกลัวและกังวลไปต่างๆ ความกลัวและความวิตกกังวลจะวนเวียนอยู่ในความคิดของผู้ป่วย ทำให้ไม่อาจทำใจให้สงบได้

**อาการทางร่างกาย** ผู้ป่วยมักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอ เกิดได้กับอวัยวะทุกระบบ ซึ่งอาการที่พบได้บ่อย เช่น ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก เป็นต้น

## 2.4 การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

จากการที่ภาวะซึมเศร้านำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหลายๆด้าน เพื่อให้ง่ายต่อการวินิจฉัยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันจึงได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าขึ้น และที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน คือการวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 ( Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder/DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994 cited in Beeber, 1996) โดยให้การวินิจฉัยการเกิดภาวะซึมเศร้าว่า

1) ต้องมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 5 ข้อขึ้นไป ติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ นอกจากนี้ต้องมีอาการในข้อ (ก) หรือข้อ (ข) อย่างน้อย 1 อาการรวมอยู่ด้วย

ก. อารมณ์ซึมเศร้าเกือบทั้งวันหรือเกือบทุกวัน

ข. ความสนใจหรือความยินดีลดลงอย่างมากในทุกหรือเกือบทุกกิจกรรม

ค. เบื่ออาหาร และน้ำหนักลดลง โดยมีได้ควบคุมอาหาร หรือมีความอยากอาหารเพิ่มมากขึ้นและน้ำหนักเพิ่มขึ้น

ง. นอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนหลับมาก (hypersomnia)

จ. เคลื่อนไหวช้า (psychomotor agitation) หรือกระสับกระส่ายตลอดเวลา (psychomotor retardation)

ฉ. อ่อนเพลีย หรือหมดเรี่ยวแรงเกือบทุกวัน

ช. มีความรู้สึกไร้คุณค่า หรือความรู้สึกผิดมากเกินไปหรือไม่เหมาะสม

ฅ. ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง หรือการไม่สามารถตัดสินใจได้ซึ่ง เป็นอยู่เกือบทุกวัน

ญ. มีความคิดซ้ำๆเกี่ยวกับความตาย มีความคิดฆ่าตัวตายโดยไม่มีการวางแผนที่ชัดเจน หรือการพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีการวางแผนเพื่อให้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ

2) อาการดังกล่าวไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคจิตอย่างอื่น เช่น โรคจิตเภท

3) อาการที่เกิดขึ้นเป็นเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ (distress) หรือทำให้เกิดการเสื่อมเสียหน้าที่ในด้านสังคม ด้านอาชีพ หรือด้านอื่นๆที่สำคัญ

4) อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลจากการใช้สารเสพติด และต้องไม่ใช่โรคจิตที่เกิดจากสภาวะทางกาย

5) อาการที่เกิดขึ้นจะต้องรุนแรงกว่า อาการที่พบในบุคคลภายหลังจากเผชิญกับการสูญเสียคู่ชีวิตหรือคนรัก อาการดังกล่าวยังคงอยู่นานกว่า 2 เดือน หรือมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ บกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับความรู้สึกไร้ค่า มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิตหรือเซื่องซึมเคลื่อนไหวช้า

ส่วนองค์การอนามัยโลกได้ให้หลักเกณฑ์ในการจำแนกภาวะซึมเศร้า โดยอาศัยการจำแนกความผิดปกติทางพฤติกรรมและทางจิต ครั้งที่ 10 (International Classification of Disease/ ICD 10) (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) ดังนี้

อาการเฉพาะ คือ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า อ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวช้าลง ความสามารถที่จะสนุกสนาน สนใจสิ่งต่างๆหรือสมาธิลดลง และเหนื่อยง่ายแม้จะออกแรงเพียงเล็กน้อย มีความรู้สึกผิดคิดว่าตนเองไร้ค่า อารมณ์เศร้าเปลี่ยนแปลงน้อยมากในแต่ละวัน และไม่ตอบสนองในสิ่งแวดล้อม อาจมีอาการทางร่างกาย เช่น หมดความรู้สึกสนใจและสนุกสนานกับสิ่งต่างๆ ตื่นเช้ากว่าปกติหลายชั่วโมง การเคลื่อนไหวช้าลงอย่างชัดเจนหรือกระสับกระส่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และหมดความรู้สึกทางเพศ การระบุว่าเล็กน้อย (mild) ปานกลาง (moderate) หรือซึมเศร้าชั่วคราวรุนแรง แต่ไม่มีอาการโรคจิต (severe depressive episode) ขึ้นกับจำนวนและความรุนแรงของอาการ

**ซึมเศร้าเล็กน้อย** (mild depressive episode) พบมีอาการ 2-3 อาการ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ แต่ยังคงทำกิจกรรมได้ตามปกติ

**ซึมเศร้าปานกลาง** (moderate depressive episode) พบมีอาการ 4 อย่างขึ้นไปผู้ป่วยจะมีความยากลำบากมากในการดำเนินชีวิตประจำวัน

**ซึมเศร้าชั่วคราวรุนแรง แต่ไม่มีอาการโรคจิต** (severe depressive episode without psychotic symptoms) พบมีอาการซึมเศร้า และมีอาการต่างๆเกิดขึ้นชัดเจน ทำให้ไม่สบายใจ โดยเฉพาะความไม่มั่นใจในตนเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า ความผิดบาป มักพบความคิดฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายบ่อย และพบว่ามีอาการทางกายรวมด้วยเสมอ

**ซึมเศร้าชั่วคราวรุนแรง และมีอาการโรคจิต** (severe depressive episode with psychotic symptoms) มีอาการซึมเศร้าชั่วคราวรุนแรง แต่ไม่มีอาการโรคจิต รวมทั้งมีอาการประสาทหลอน หลงผิด การเคลื่อนไหวลดลง รุนแรงจนมีพฤติกรรมปกติในสังคมไม่ได้ อาจมีอันตรายจากการฆ่าตัวตาย ขาดน้ำ ขาดอาหาร ส่วนอาการประสาทหลอนและหลงผิดอาจจะสอดคล้องกับอารมณ์หรือไม่ก็ได้

## 2.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือการประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นที่นิยมใช้มีดังนี้ (Beeber, 1996 ; Kaplan & Sadock, 1989 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) คือ

2.5.1 Hamilton Rating Scale for Depression สร้างขึ้นโดย Hamiton ในปี ค.ศ. 1960 มีการปรับปรุงต่อมาในปี 1967 แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ ผู้ที่ใช้แบบประเมินนี้ ต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินใจอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ แบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ ได้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า

2.5.2 Zung Self-Rating Depression Scale สร้างขึ้นโดย Zung ในปี ค.ศ.1965 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1 ถึง 4 แบบประเมินจะแบ่งข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบอย่างละเท่าๆกัน แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น .73 ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยม เนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร

2.5.3 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale สร้างขึ้นโดย Radloff ในปี ค.ศ.1977 เป็นแบบทดสอบที่สถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา ปรับปรุงรวบรวมมาจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้ามาตรฐานที่ใช้กันแพร่หลาย ของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota



Multiphasic Personality Inventory ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ ซึ่งใช้ประเมินโดยถามถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนวันหรือสัปดาห์

2.5.4 Beck Depressive Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี ค.ศ.1961 การใช้ในตอนแรกโดยการสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ จากนั้นผู้ถูกสัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบในกระดาษคำตอบ ต่อมาเพื่อตัดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ถูกสัมภาษณ์จึงให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นผู้ตอบเอง จึงใช้แบบสอบถามแทน เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเอง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุม นิสัยความซึมเศร้าของเบ็คทั้งทางด้านอารมณ์ เนื้อหาความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม โดยมีเกณฑ์การจัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าดังนี้

- 1 – 10 ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (normal)
- 11 – 16 ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression)
- 17 – 20 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression)
- 21 – 30 ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression)
- 31 – 63 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

โดยสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหารและวิจัยมาก ใช้ได้ทั้งในคลินิกกับผู้ป่วยและในประชาชนทั่วไปเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ซึ่งมุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยแบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ (ขนิษฐา วิเศษสาคร, 2529 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) ต่อมา ลัดดา แสนสีหา (2526) ได้ทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนกัณฑ์วิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 50 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 ซึ่งพบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

## 2.6 การบำบัดรักษาบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า

การบำบัดรักษาผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2526 ; จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2545 ; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) ประกอบด้วย

### 2.6.1 การรักษาด้วยยา

โรคซึมเศร้ารักษาหายได้ด้วยยา ยาที่ใช้รักษาเรียกว่ายาด้านอาการเศร้า (Anti-

depressant) ยานี้มีคุณสมบัติที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ลดอาการซึมเศร้า 2) ลดอาการวิตกกังวล และ 3) ทำให้วังงซึม ยาต้านอาการเศร้าที่นิยมใช้มีหลายชนิด เช่น Amitriptyline, Imipramine, Nortriptyline แพทย์มักเริ่มด้วยขนาดน้อยๆก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยชินกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา จึงค่อยๆ เพิ่มขนาดยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นมากแล้วแพทย์จะค่อยๆ ลดขนาดยาลงจนกระทั่งหยุดยาได้ อย่างหยุดยาเร็วไป หรือหยุดยาทันที เพราะอาการอาจกลับเป็นใหม่ได้

## 2.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า

ในปัจจุบันการรักษาด้วยการช็อคไฟฟ้าใช้กันน้อย เพราะยาใช้รักษาได้ผลดีมาก และสะดวกกว่ามาก การช็อคไฟฟ้าการรักษาด้วยไฟฟ้ามักใช้รักษาในกรณีดังต่อไปนี้

2.6.2.1 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เพราะการรักษาด้วยการช็อคไฟฟ้าจะลดอาการซึมเศร้าได้เร็วกว่าการใช้ยา ซึ่งทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยลดลงโดยเร็ว การเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก็จะลดน้อยลงตามไปด้วย

2.6.2.2 ผู้ป่วยที่ใช้ยาแล้วไม่ได้ผล

2.6.2.3 ผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วยและเป็นรุนแรง เช่น อาการหวาดระแวง และประสาทหลอน การรักษาด้วยการช็อคไฟฟ้าชุดหนึ่งประมาณ 6 – 12 ครั้ง

## 2.6.3 การรักษาด้วยจิตบำบัด

การรักษาด้วยจิตบำบัดเป็นการใช้หลักการของสัมพันธภาพทั้งรายบุคคล และกลุ่ม โดยผู้บำบัดให้การพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การยอมรับปัญหาสาเหตุ และมุ่งหาทางแก้ไข รวมทั้งการส่งเสริมการปรับตัวในทางที่ถูกต้องเหมาะสม

## 2.6.4 การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้า พยาบาลจะต้องใช้เทคนิคในการติดต่อสื่อสารที่ดีและใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่เหมาะสม โดยใช้หลักการดังนี้

2.6.4.1 ยอมรับผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไขไม่ว่าผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมเพียงใด พยาบาลต้องยอมรับว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

2.6.4.2 พยาบาลใช้เทคนิคทั้งคำพูด และท่าทีแสดงถึงความเห็นใจ และเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย

2.6.4.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายปัญหา และความทุกข์ของตน พยาบาลรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าด้วยความตั้งใจ ใช้เทคนิคการสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยยอมรับตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้น การสนับสนุนให้กำลังใจอย่างเหมาะสม ร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหา

2.6.4.4 ให้ข้อเสนอแนะหรือทางเลือกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง การปรับตัว และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในสังคม

2.6.4.5 การป้องกันอันตราย และดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จัดบุคคลดูแลผู้ป่วยและจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากสิ่งของต่างๆที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น

2.6.4.6 การเสริมสร้างความมั่นคง และเข้มแข็งในการเผชิญปัญหา สอนให้คำปรึกษาและฝึกทักษะในการปรับตัวต่อปัญหา การเผชิญปัญหา และการตัดสินใจในสภาพการณ์ต่างๆ ตลอดจนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในการทำงานและในสังคม

2.6.4.7 การฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพด้านสุขภาพกายของตนเอง การช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน และการประกอบอาชีพ

2.6.4.8 การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัว วางแผนเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และแหล่งบริการที่สามารถติดต่อได้สะดวกเมื่อมีปัญหา

2.6.5 การบำบัดการนึกคิด (Cognitive Therapy) (จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2545)

การบำบัดการนึกคิดเป็นการรักษาแบบใหม่ โดยมีหลักการอยู่ 3 ประการคือ 1) การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้ 3) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้โดยการเปลี่ยนการนึกคิด

ขั้นตอนของการรักษาเริ่มต้นจาก

2.6.5.1 การหาความคิดอัตโนมัติ

2.6.5.2 การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือเป็นไปได้หรือไม่

2.6.5.3 การแทนด้วยวิธีการคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง

2.6.5.4 การค้นหาและทำลายแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสม

วิธีการรักษาแบบนี้มีประโยชน์ และใช้ระยะเวลาสั้นในการรักษา เป็นที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล และนำไปใช้ร่วมกับการรักษาจิตบำบัดวิธีอื่นๆได้เป็นอย่างดี

## 2.7 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้นเน้นหลักการสำคัญ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) ดังนี้

2.7.1 การป้องกันอันตรายผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้า มีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดภัย

2.7.2 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจ และเข้าใจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

2.7.3 สอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

2.7.4 การให้คำปรึกษา เน้นในเรื่องการปรับตัว การแก้ไขปัญหาทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตในสังคม

2.7.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การฝึกทักษะการดำเนินชีวิตในสังคม

2.7.6 การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อมีปัญหา

### 3. ภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม

เมื่อภรรยาต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อภาวะสมดุลของร่างกาย เช่น การถูกสามีทำทารุณกรรม ซึ่งเป็นการกระทำที่ส่งผลทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ หรือด้านสังคมที่ล้วนส่งผลกระทบต่อกันทั้งสิ้น โดยเฉพาะส่งผลต่อสภาพจิตใจ ความคิด และความรู้สึก ทำให้ภรรยาตกอยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า (Fishwick, Campbell and Taylor, 2004)

#### 3.1 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม

จากแนวคิดของ Miller (1992) ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ ต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตามหรือปฏิบัติตามแนวทางของบุคคลอื่น จนทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมหรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจเกิดขึ้น และนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วย และหากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความนับถือตนเอง และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Walker (1979) ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมนั้น เกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ภรรยาไม่มีความคิดในด้านลบ หรือมีความคิดที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเอง (Boozin, Ross and Alloy, 1993 cited in Campbell, Kub and Rose, 1996) ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (Landenburger, 1989 cited in Campbell, Torres, McKenna, Sheridan and Landenburger, 2004) ทั้งนี้เกิดเนื่องจากการที่ภรรยาขาดความเป็นตัวของตัวเองจากการถูกสามีควบคุม (เกสรฯ ศรีพิชญากุล, ยุพิน เพ็ชรมงคล, นงนุช ไชยยศ และแสงเดือน กฤษณรักษ์, 2545) และจากการรับรู้ของภรรยาว่าสามีเป็นผู้ที่มีอำนาจภายในครอบครัวเหนือกว่าตนเอง (กิตติวิภา สุวรรณรัตน์, 2545) ซึ่งความคิดในด้านลบ หรือความคิดที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเองของภรณยานั้น เป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เช่น การที่ภรรยาไม่มีความคิดว่าตนเองเป็นสาเหตุให้การทำทารุณกรรมเกิดขึ้น (Joseph, 1995 ;

Stewart, 1994 cited in Zust, 2000) ซึ่งการที่ภรรยาที่มีความคิดในด้านลบดังที่ได้กล่าวมาแล้ว จะทำให้ภรรยาเกิดความพ่องหรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจ และนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเองของภรรยา และหากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ภรรยาสูญเสียคุณค่าและการนับถือตนเอง (Naumann, Langford, Torres, Campbell and Glass, 1999) และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

### 3.2 ความคิดอัตโนมัติด้านลบของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

การที่ภรรยาซึ่งถูกสามีทำทารุณกรรมรับรู้ว่าคุณค่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ หรือตกอยู่ในภาวะของการสูญเสียพลังอำนาจนั้น มาจากสาเหตุสำคัญ คือ การที่ภรรยาที่มีความคิดในด้านลบหรือมีความคิดต่อตนเองไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง (Boozin, Ross and Alloy, 1993 cited in Campbell, Kub and Rose, 1996 ; Jack, 1991 cited in Zust, 2000) และเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เช่น การที่ภรรยาตำหนิตนเองว่าเป็นสาเหตุให้เกิดการทำทารุณกรรม การคิดว่าสามีเป็นผู้มีอำนาจภายในครอบครัวเหนือกว่าตนเอง (จิตวิทยา สุวรรณรัตน์, 2545) มีความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ที่ตนถูกสามีทำทารุณกรรมได้ (Cascardi & O'Leary, 1992 ; Strube and Barbour, 1983 cited in Carlson, 1997) ซึ่งการที่ภรรยาที่มีความคิดในด้านลบทั้งต่อตนเอง ต่อสถานการณ์ที่ถูกทำทารุณกรรม และต่ออนาคตของตนเองนั้น เป็นรูปแบบของความคิดที่มีความสอดคล้องกับรูปแบบความคิดที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า 3 ประการ ตามแนวคิดของ Beck (1967) คือ การที่บุคคลมีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต โดยพบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะประเมินตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีความสามารถ ไม่มีคุณค่า มีความนับถือตนเองต่ำลง ประเมินสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆ ว่าเต็มไปด้วยอุปสรรค เมื่อต้องพบกับเหตุการณ์ใดๆก็จะแปลเหตุการณ์นั้นๆไปในทางลบ รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ประเมินอนาคตว่ามีแต่ความทุกข์หรือปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ และมีความท้อแท้สิ้นหวังกับอนาคตของตนเอง

ดังนั้นจึงสามารถกล่าวได้ว่าปัจจัยเกี่ยวกับการสูญเสียพลังอำนาจ และความคิดในด้านลบเกี่ยวกับตนเองดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน และส่งผลให้ภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น และเมื่อภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมเกิดภาวะซึมเศร้า อาจทำให้ภรรยาพยายามที่จะทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตายเพื่อหนีความทุกข์ (Dutton-Douglas and Dionne, 1991 cited in Carlson, 1997) เกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ หรือมีปัญหาเรื่องการนอนหลับพักผ่อนเป็นต้น (จิตวิทยา สุวรรณรัตน์, 2545 ; โชติมา กาญจนกุล และศันสนีย์ เรื่องสอน, 2542) เพิ่มโอกาสในการใช้สารเสพติดประเภทสุรา ยานอนหลับ



และอาจเกิดผลกระทบกับบุตรจากการถูกรังแกหรือถูกทำร้าย (Anderson, 1993) ดังนั้น ภรรยาที่ประสบปัญหาเหล่านี้จึงควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

### 3.3 การสูญเสียพลังอำนาจ

#### 3.3.1 ความหมายของการสูญเสียพลังอำนาจ

มีผู้สนใจศึกษาและให้คำจำกัดความของภาวะสูญเสียพลังอำนาจไว้ ดังต่อไปนี้ รอย (Roy, 1984) กล่าวถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจว่า เป็นสภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองไม่สามารถจะควบคุมสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้

ซีแมน (Seeman, 1959 cited in Roy, 1984) กล่าวถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจว่า หมายถึงการที่บุคคลคิดว่าพฤติกรรมของตนเองไม่สามารถตัดสินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หรือส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการได้

โรเบิร์ต (Robert, 1986) กล่าวถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจว่า หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมของตนเองให้เป็นไปตามที่ต้องการ แต่ถูกควบคุมจากบุคคลอื่น หรือสิ่งเร้าที่อยู่ภายนอกตนเอง

มิลเลอร์ (Miller, 1992) กล่าวถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจว่า การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองไม่มีอิทธิพลต่อสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความคาดหวังได้ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นเป็นประจำหรือไม่คาดคิด

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง ต้องปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้อื่นกำหนดหรือถูกควบคุมจากบุคคลอื่น หรือสิ่งเร้าที่อยู่ภายนอกตน

#### 3.3.2 สาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจ

การสูญเสียพลังอำนาจเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ การขาดความสามารถในการควบคุม (Loss of control) และการขาดความรู้ (Lack of knowledge)

##### 3.3.2.1 การขาดความสามารถในการควบคุม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน

3.3.2.1.1 ขาดความสามารถในการควบคุมด้านร่างกาย (Physiological loss of control) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการของโรค โดยที่ก่อนการเกิดภาวะความเจ็บป่วย บุคคลจะมีพลังอำนาจเหนือตนเอง แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือระบบใดระบบหนึ่งของร่างกายถูกควบคุมโดยความเจ็บป่วย ทำให้สมรรถภาพในการทำหน้าที่ของร่างกายและการรักษาสมดุลในร่างกายลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ตามความคาดหวัง และตามความต้องการของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ บางคนเคยมีความรู้สึกภาคภูมิใจในร่างกายของตน เมื่อเกิดความเจ็บป่วย พยาธิสภาพของโรค หรือภาวะต่างๆที่เกิดขึ้น อาจทำให้บุคคลรู้สึกอ่อนเพลีย

เมื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หรือเจ็บปวด ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ การขาดความสามารถในการควบคุมร่างกายนี้มีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยโดยตรง เนื่องจากสูญเสียความเป็นตนเองไป

3.2.2.1.2 ขาดความสามารถในการควบคุมจิตใจ (Psychological loss of control) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ที่เกิดความเจ็บป่วยขึ้น รวมถึงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความควบคุมด้านจิตใจ เนื่องจากต้องปฏิบัติตามกฎของโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลเป็นผู้ควบคุมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การถูกจำกัดเวลาเยี่ยม หรือไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (Rambo, 1984) เมื่อผู้ป่วยสูญเสียอิสระในการตัดสินใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้ เนื่องจากไม่สามารถยืนยันหัยคความเป็นตัวของตัวเอง (self-affirmation) ได้ (Robert, 1978)

การขาดความเป็นตัวของตัวเอง การถูกแยกให้อยู่ตามลำพังเป็นเวลานานๆ หรือการตายจากบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท ตลอดจนการหย่าขาดจากคู่สมรส เป็นต้น ถ้าบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ดังกล่าวได้ จะเกิดภาวะไร้พลังอำนาจขึ้น นอกจากนี้ถ้าการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความผาสุก แต่ถ้าขาดการสนับสนุนดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้เช่นกัน (Davidhizar, 1992 อ้างถึงใน ชมพูนุท ศรีวิชัย, 2544)

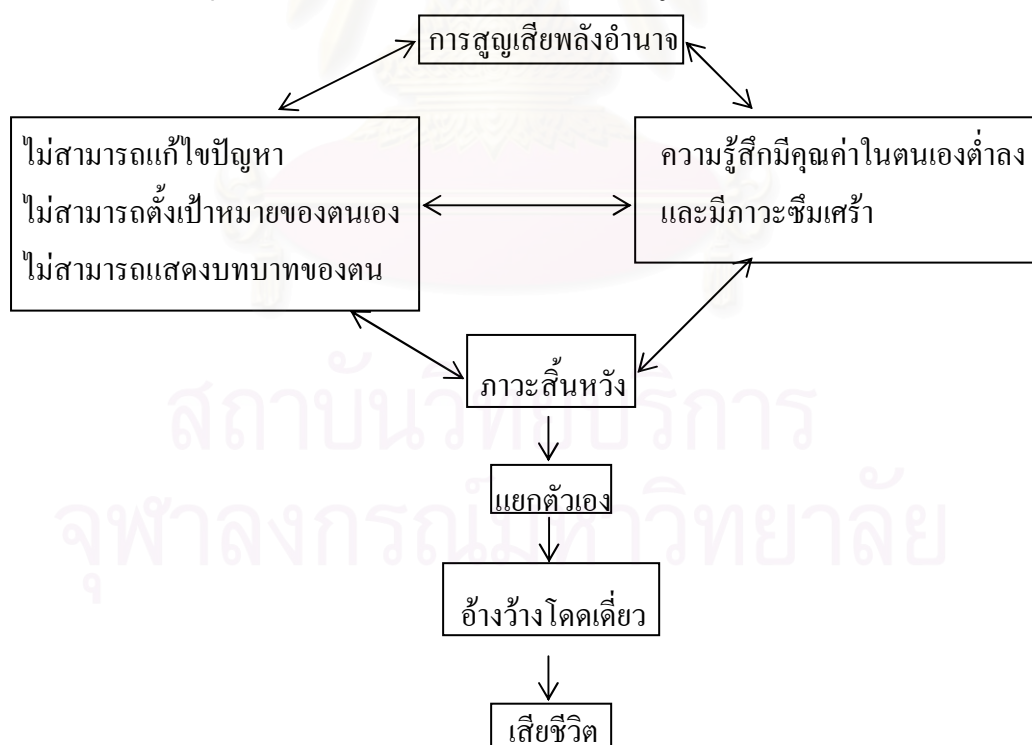
3.2.2.1.3 ขาดความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment loss of control) การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆตนเองได้ เป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสูญเสียพลังอำนาจ

3.3.2.2 การขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล (Lack of knowledge) ความรู้เป็นแหล่งพลังอำนาจอย่างหนึ่ง เมื่อมีความรู้จะเพิ่มความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Miller, 1992) บุคคลส่วนใหญ่ไม่เคยคาดคิดว่าตนเองจะต้องเจ็บป่วย ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมาก่อน จึงไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาที่จะได้รับ ทำให้บุคคลไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง และสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองขณะนี้จะสามารถอธิบายได้อย่างไร ซึ่งการขาดความรู้นี้อาจเกิดจากการที่บุคคลไม่ได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับอาการ หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเขา หรืออาจเกิดจากการได้รับการบอกเล่าแต่ไม่เข้าใจ ไม่กล้าซักถาม หรืออาจได้รับคำอธิบายโดยใช้ศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ซึ่งผู้ป่วยจะไม่เข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลตามที่ต้องการที่จะทำการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง

พยาบาลสามารถช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะไร้พลังอำนาจได้ โดยการหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจดังกล่าว และช่วยเหลือโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยช่วยให้ผ่านขั้นตอนต่างๆ คือ การค้นพบความจริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการดำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เหมาะสม (Gibson, 1995)

### 3.3.3 การตอบสนองของผู้ป่วยเมื่อเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ

เมื่อผู้ป่วยเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง และไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และถ้าการสูญเสียพลังอำนาจยังคงดำเนินต่อไป ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Clements and Cummings, 1991 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ จิรนนท์พิทธิ, 2539 ; Miller, 1992) ในระยะนี้หากผู้ป่วยยังไม่สามารถคิดหรือกระทำการต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง รวมทั้งไม่สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ก็จะเกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจมากยิ่งขึ้น ความรู้สึกต่างๆ เหล่านี้จะเกิดขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกัน หากการสูญเสียพลังอำนาจไม่ได้รับการแก้ไขจนดำเนินไปเป็นภาวะสิ้นหวัง อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว อ้างว้าง โดดเดี่ยว และอาจรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ดังแสดงไว้ในแผนภูมิดังนี้



แสดงวงจรของการสูญเสียพลังอำนาจและภาวะสิ้นหวัง

ดัดแปลงจาก Powerlessness and hopelessness cycle in Miller (1992)

สำหรับการเกิดภาวะซึมเศร้านั้น Miller (1992) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่รับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ ต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตามหรือปฏิบัติตามแนวทางของบุคคลอื่น และหากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความนับถือตนเอง และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

#### 4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

##### 4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พลังอำนาจ หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงถึงความสามารถ ความมีอิทธิพล หรือมีอำนาจในการควบคุมและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ พลังอำนาจเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อชีวิตของบุคคล การมีพลังอำนาจเป็นพลังผลักดันที่ก่อให้เกิดการแสวงหา หรือการกระทำสิ่งที่ดีที่สุดตามความสามารถ และศักยภาพ ส่งผลให้บุคคลเกิดการพัฒนาตนเองในทุกๆด้าน รู้สึกมีความหวัง มีพลังในตนเอง ไม่ท้อถอย สามารถจัดการและควบคุมตนเอง ตลอดจนสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีท่ามกลางปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น (Gibson, 1995 ; Gilbert, 1995 อ้างถึงใน สายฝน เอกวารงกูร, 2542) กระบวนการที่ทำให้บุคคลพัฒนาพลังอำนาจขึ้นมาได้ เรียกว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่สามารถเป็นไปได้ทั้งกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

มิลเลอร์ (Miller, 1992) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล

กิบสัน (Gibson, 1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลองค์กร หรือชุมชน มีความสามารถในการจัดการกับชีวิตของตนเองในทุกๆด้าน เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน เรียนรู้การทำงานร่วมกัน การใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อร่วมกันจัดอุปสรรคหรือหาทางออกในการแก้ปัญหา

แลปแพพอร์ (Rappaport, 1984 อ้างถึงใน ชูลิพร ปิยสุทธิ, 2539) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นความสามารถของบุคคลที่จะแสดงออกมาเมื่อได้รับการส่งเสริม และได้รับโอกาสการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพัฒนาที่จะทำให้บุคคล ครอบครั้ว ชุมชนก้าวหน้า และมีศักยภาพเพิ่มขึ้น

อวยพร ตันมุขกุล (2540 อ้างถึงใน พนิกา รัตนไพโรจน์, 2542) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคล องค์กร มีพลังในการควบคุมชีวิตของตนเอง

เป็นกระบวนการทางสังคม ที่แสดงถึงการยอมรับ การส่งเสริม การช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตนเอง แก้ปัญหาของตนเอง และใช้ทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้

คาร์ณี จามจรี (2545) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแล และควบคุมสุขภาพของตนในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพภายใต้การสนับสนุนข้อมูล และทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาล

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการเลือกวิถีชีวิตของตนเอง สามารถควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่เข้ามากระทบต่อชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ และรู้สึกว่าตนเองมีพลังในการกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเองไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นและบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ

#### 4.2 แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย

แหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) ประกอบไปด้วย

4.2.1 ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกาย (Physical reserve) เมื่อระบบร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำภารกิจของบุคคลก็จะลดลง

4.2.2 ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support)

ความเข้มแข็งทางจิตใจ หมายถึง ความยืดหยุ่นของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วย หรือความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิตใจ ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังจึงต้องการการช่วยเหลือให้ดำรงไว้ซึ่งความคิดในด้านบวก การป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวังที่อาจจะเกิดขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแล ความเชื่อมั่นในคุณค่า บุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ (Tangible support) เช่น การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Information support)



4.2.3 อัฒโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) หมายถึง ความคิด และความรู้สึกที่มีต่อตนเอง องค์ประกอบของอัฒโนทัศน์ในตนประกอบด้วย ภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ของตน ความเป็นตัวของบุคคล ได้แก่ คุณธรรม ความคิด และความคาดหวัง ส่วนบุคคล และการนับถือตนเอง (self-esteem) การนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของอัฒโนทัศน์ในตนการเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่ออัฒโนทัศน์ในตน เป้าหมายของการสร้างอัฒโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่ คือ การรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อัฒโนทัศน์เกี่ยวกับตนในทางบวก โดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง

4.2.4 พลังงาน (Energy) หมายถึง ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงานคือพลังงานที่เก็บสะสมไว้ ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงานได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อน และแรงจูงใจ พลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้พลังงานยังใช้ในการเติบโต ในการเรียนรู้ ทำงาน และทำกิจกรรมต่างๆด้วย

#### 4.2.5 ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight)

4.2.5.1 ความรู้ หมายถึง สิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจในการสร้างทางเลือก และการลงมือกระทำ ความรู้ถือเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน การขาดความรู้นำไปสู่ความท้อแท้และนิ่งเฉย ซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ

4.2.5.2 การรับรู้ด้วยปัญญา หมายถึง ความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและทางจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการ และการดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของจิตใจ

4.2.6 แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง แรงผลักดันที่ซ่อนอยู่ภายในช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังแรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ ส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

4.2.7 ระบบความเชื่อ (Belief system) หมายถึง ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่ ความเชื่อในตนหรือความเชื่อมั่นในความสามารถในตน รวมถึงความเชื่อทางศาสนา สร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับความเครียด และเอาชนะต่อปัญหา

### 4.3 องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยองค์ประกอบ (คารณี จามจุรี, 2545) ดังนี้

#### 4.3.1 คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.3.1.1 คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่สุขภาพ พยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเป็นผู้ที่ช่วยผลักดันให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้รับบริการประสบผลสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์ เนื่องจาก

4.3.1.1.1 พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะสร้างแรงจูงใจให้กับผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกถึงความหมายของชีวิตและมีความหวัง ทำให้ผู้รับบริการสามารถต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆที่ตนเองเผชิญอยู่

4.3.1.1.2 พยาบาลมีบทบาทในการทำให้เกิดสัมพันธภาพในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาลเกิดจากความเคารพซึ่งกันและกัน รวมถึงการที่พยาบาลยอมรับในคุณค่าของผู้รับบริการว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถอยู่ในตน หรือพัฒนาความสามารถได้

4.3.1.2 คุณลักษณะของผู้ใช้บริการตามแนวคิดของ Gibson (1991) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้นประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคล (Intra-personal factors) ได้แก่ ค่านิยมของตนเอง ความเชื่อ การมีเป้าหมายในชีวิตและประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ผ่านมา ส่วนปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การได้รับการยอมรับจากสังคมทำให้รู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า

#### 4.3.1.3 คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.3.1.3.1 การที่บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพ และมีหน้าที่โดยตรงต่อสุขภาพของตนพยาบาลต้องยอมรับว่าผู้รับบริการมีอำนาจ และอิสระที่จะเลือกกิจกรรมที่เขาปรารถนา

4.3.1.3.2 การเป็นหุ้นส่วน และการยอมรับในคุณค่าและความสามารถของบุคคล

4.3.1.3.3 การให้ความช่วยเหลือ และการสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการสร้างพลังให้กับตนเอง

4.3.1.3.4 การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและมีอิสระในการตัดสินใจ ความร่วมมือเป็นสิ่งจำเป็นหรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการร่วมมือ

4.3.1.3.5 การแสวงหาความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรเพื่อการดูแลและการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้รับบริการในการตัดสินใจที่จะดำเนินการเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง

4.3.1.3.6 การปรับเปลี่ยนความคิด ทักษะ การช่วยให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติ จากเดิมที่เห็นว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ไปสู่ความเข้มแข็งและให้คุณค่าต่อตนเอง มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการที่จะนำพาชีวิตไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่มีความหมาย ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในผู้รับบริการแม้จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย

4.3.2 สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อ ค่านิยม และประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้รับบริการในการตัดสินใจ การยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้รับบริการ ความมุ่งมั่นทุ่มเทที่มีร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้รับบริการในการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

#### 4.3.3 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการส่วนบุคคลในการพัฒนาตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกัน และการที่บุคคลสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้จะต้องใช้ความคิดอย่างเป็นระบบ

Suk Bling (1998 อ้างถึงใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2546) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด และความสนใจ ได้แก่ ค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนะของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย ตระหนักถึงจุดแข็งของผู้ป่วยและปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล 2) เอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ช่วยผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวกและสร้างความหวัง 3) เพิ่มแหล่งทรัพยากร ได้แก่ สร้างเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการสนับสนุนกันเอง เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

จากการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้เป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

4.3.3.1 การสร้างความร่วมมือ โดยเป้าหมายในขั้นตอนของการสร้างความร่วมมือ คือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ การช่วยให้ผู้รับบริการมี

แรงจูงใจและรู้บทบาทของตนเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเอง

4.3.3.2 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้รับบริการ เป็นขั้นตอนของการช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้เกี่ยวกับสถานะสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเองตรงตามสภาพจริง ด้วยการประเมินครรถงชีวิตของผู้รับบริการ จากทัศนยะของผู้รับบริการเองว่ามีมุมมองอย่างไรต่อสถานะสุขภาพของตน มีความคิดที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะช่วยให้พยาบาลทราบภาพโดยทั่วไปของพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ และความปรารถนาของผู้รับบริการต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่มีต่อการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

4.3.3.3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการพยายามทบทวนเหตุการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อการตัดสินใจและการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณ์ญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาคูความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of personal control) จากเดิมที่คิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไปสู่ความคิดที่ว่าตนไม่ได้ไร้ความสามารถ ช่วยให้ผู้รับบริการมีทางเลือกในการปฏิบัติ ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตน ความสามารถ เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ และมีทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น

4.3.3.4 การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร รวมถึงการสร้างแรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้รับบริการที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล โดยความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรนั้นเกิดจาก ความต้องการของผู้รับบริการเองที่มองเห็นว่าสิ่งเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจและการดำเนินกิจกรรม บทบาทของพยาบาล คือ การร่วมกับผู้รับบริการในการค้นหาความต้องการที่แท้จริงเกี่ยวกับสิ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.3.3.5 การดำเนินการด้วยตนเอง ภายหลังจากที่ผู้รับบริการได้ผ่านขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ผู้รับบริการจะรู้สึกถึงความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อในความสามารถของตนที่จะสามารถเลือกและควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเองได้ ในขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนที่ผู้รับบริการดำเนินการแก้ไขปัญหา หรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเองตามที่ผู้รับบริการจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม และดีที่สุด

4.3.3.6 การปรับเปลี่ยนความคิด และคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้รับบริการได้กระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ของตนเอง ตลอดจนพัฒนาวิธีการปฏิบัติตน เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

#### 4.3.4 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

##### 4.3.4.1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งจะประกอบไปด้วย

4.3.4.1.1 การนับถือตนเอง (Self-esteem) บุคคลที่นับถือตนเองสูงจะเป็นคนที่ปรับตัวให้ชีวิตมีความสุขและปราศจากความวิตกกังวล มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยความมั่นใจ บุคคลที่มีความนับถือตนเองต่ำจะมีความรู้สึกต่อตนทางด้านลบ ปฏิเสธและคิดว่าจะทำอะไรก็มีความล้มเหลว การส่งเสริมพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าในตนเองและส่งผลกระทบต่อการนับถือตนเองในทางบวก ช่วยให้ผู้ป่วยบริการเกิดการพัฒนาด้านตนเอง เกิดความพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ รวมถึงการปรับตัวและยอมรับต่อการเจ็บป่วย

4.3.4.1.2 ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Personal-control) เป็นความรู้สึกที่บุคคลสามารถตัดสินใจ และดำเนินการให้เกิดผลตามที่ตนปรารถนา พบว่าเมื่อบุคคลมีความรู้สึกว่าจะเกิดขึ้นนั้นไม่สามารถแก้ไขได้ หรือรู้สึกขาดการควบคุมจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ยิ่งบุคคลมีความรู้สึกสูญเสียการควบคุมมากขึ้นเท่าไรก็จะยิ่งมีความรู้สึกซึมเศร้ามากขึ้นเท่านั้น

4.3.4.1.3 ความสามารถในตน (Self-efficacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการดำเนินกิจกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมอาจกล่าวได้ว่า ความสามารถในตนในการดำเนินกิจกรรมนั้นสามารถทำนายการกระทำในอนาคต และปฏิบัติการตอบสนองทางจิตใจของบุคคลได้อีกด้วย

4.3.4.2 การปรับเปลี่ยนด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการส่งเสริมความรู้และทักษะให้กับบุคคล เพื่อการปรับเปลี่ยนความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งยังเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิดอย่างมีวิจารณญาณและความยืดหยุ่นในตนเอง

4.3.4.3 การมีสุขภาวะที่ดี (Well-being) การมีสุขภาวะที่ดีเป็นสภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยจะมีสุขภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะที่เปราะบางทางสุขภาพ หรือสูญเสียโครงสร้างหน้าที่บางอย่างไป



#### 4.4 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการ

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้รับบริการ จะเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนด พยาบาลที่ปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจจะต้องทราบถึงบทบาทของตน ดังนี้

4.4.1 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้เอื้ออำนวยทรัพยากรสำหรับผู้รับบริการเพื่อการจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ

4.4.2 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลง จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดของการเปลี่ยนแปลง และนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

4.4.3 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความคิด และทัศนคติที่มีต่อปัญหาและสภาวะสุขภาพของตนเอง

4.4.4 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ในระหว่างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้รับบริการจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสิ่งที่เคยทำอยู่ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับบริการดำเนินการต่อไปจนบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้

4.4.5 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ์ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลที่ทำหน้าที่ผู้พิทักษ์สิทธิ์จะต้องเป็นผู้ที่ผู้รับบริการไว้วางใจ เป็นบุคคลที่ผู้รับบริการเชื่อถือได้ และยินยอมให้กระทำหรือพูดแทนตัวผู้รับบริการเอง

### 5. การช่วยเหลือเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม

#### 5.1 การปรับเปลี่ยนความคิด

จากการศึกษาแนวคิดของ Burman (2003) พบว่า โดยทั่วไปแล้วภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมจะมีความคิดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ และความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังกับชีวิตของตนเอง เช่น การมีความคิดว่าชีวิตของตนเองมีแต่ความล้มเหลว ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความคิด โดยใช้การแก้ไขปัญหายังเป็นระบบ (Cognitive Problem-Solving Model) ซึ่งกิจกรรมที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Restructuring) ในการวิจัยของ Burman ประกอบไปด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) การพัฒนาทักษะในการทำความเข้าใจสาระสำคัญของความคิดในด้านลบ หรือความคิดที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง คือ การที่พยาบาลกระตุ้นให้ภรรยาพูด และทำความเข้าใจกับเนื้อหาของความคิดในด้านลบที่เกิดขึ้นของตนเอง 2) การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือไม่ คือ การที่พยาบาลกระตุ้นให้ภรรยาคิดวิเคราะห์ว่าความคิดของตนเองที่เกิดขึ้นนั้น ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง

หรือไม่ และ3)การปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อใหม่ให้เหมาะสมตามความเป็นจริง คือ การที่พยาบาลกระตุ้นให้ภรรยาคิด วิเคราะห์ว่า เมื่อตนเองมีความคิดในด้านลบเกิดขึ้นแล้ว ควรจะปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวอย่างไรให้อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ภายหลังการศึกษา Burman พบว่า ภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมมีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่ออยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา และมีความรู้สึกนับถือตนเองเพิ่มมากขึ้น

## 5.2 การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม

ภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม เกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ภรรยาที่มีความคิดในด้านลบ หรือมีความคิดที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริงว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (Giles-Sims, 2002 ; Murakumi, 2002 ; Walker, 1979) ต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตามหรืออยู่ในสภาพที่ถูกควบคุมจากสามี (เกสรฯ ศรีพิชญากุล, ยุพิน เพียรมงคล, นงนุช ไชยยศ และ แสงเดือน กฤษณรักษ์, 2545) จนทำให้ภรรยาที่มีความพร้อมหรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจเกิดขึ้น และนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเองของภรรยา และหากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ภรรยาสูญเสียคุณค่าและความนับถือตนเอง และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

เมื่อภรรยาเกิดภาวะซึมเศร้าจากสาเหตุดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น จะทำให้ภรรยาที่มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังกับชีวิตของตนเอง (Joseph, 1995 cited in Zust, 2000) และอาจทำให้ภรรยาพยายามที่จะทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายเพื่อหนีความทุกข์ (Dutton-Douglas and Dionne, 1991 cited in Carlson, 1997) เกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ หรือมีปัญหาเรื่องการนอนหลับพักผ่อน (กิตติภา สุวรรณรัตน์, 2545) เพิ่มโอกาสในการใช้สารเสพติดประเภทสุรา ยาอนหลับ (Niaz, Hassan and Tariq, 2002) รวมทั้งอาจเกิดผลกระทบกับบุตรจากการถูกมารดาทอดทิ้งหรือถูกทำร้าย ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องช่วยภรรยาเหล่านี้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสมตามความเป็นจริง (Gibson, 1991 ; Gibson, 1995 ; Gilbert, 1995 อ้างถึงใน สายฝน เอกวรังกูร, 2542) รวมทั้งเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเอง ซึ่งการช่วยเหลือดังกล่าวเป็นแนวทางการช่วยเหลือที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในด้านสุขภาพจิตและการบริการทางสังคมมีการให้ความหมายกันอย่างมากมาย ซึ่งจุดสำคัญจะอยู่ที่การส่งเสริมให้มีความสามารถในการควบคุมและจัดการกับชีวิตของตนเองได้ในทุกๆด้าน (Gibson, 1995) ได้รับ

ข้อมูลข่าวสาร เข้าถึงแหล่งประโยชน์ มีความรู้ความชำนาญและมีศักยภาพในตนเอง (Heflinger et al., 1997 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ได้มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับภรรยาที่ได้รับผลกระทบจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจภรรยารับรู้ความสามารถในตนเอง (Self-efficacy) (Kar, Pascual, Chickering and Hazelton, 2000 ; Shin, 1999 cited in Kim and Kim, 2001) มีความนับถือตนเอง (Self-esteem) (Shin, 1999 cited in Kim and Kim, 2001) มีการปรับเปลี่ยนทางด้านความคิดและอารมณ์ (Burman, 2003 ; Gleason, 1979 cited in Zust, 2000 ; Violence Prevention Council of Durham Region, 2000)

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภรรยาซึ่งถูกสามีทำทารุณกรรมที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะได้รับการเสริมสร้างให้มีปัจจัยต่างๆ ต่อไปนี้เพิ่มสูงขึ้น และปัจจัยเหล่านี้ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถส่งผลถึงการลดระดับภาวะซึมเศร้าในภรรยากลุ่มนี้ได้ ดังนี้

**การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Self-efficacy)** คือ การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลต่อชีวิต (Bandura, 1986) การรับรู้ความสามารถในตนเองมีอิทธิพลต่อแบบแผนการคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถในตนเองต่ำ จะรู้สึกว่าคุณมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหา รู้สึกหมดหนทาง ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ตามมา เช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Colins, 1982 cited in Bandura, 1986) ดังนั้นจึงสามารถกล่าวได้ว่าการที่บุคคลรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำลง จะส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลรับรู้ในความสามารถของตนเองสูง จะส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำหรือไม่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น (Gecas, 1989 อ้างถึงใน นิสารัตน์ เขตวรรณ, 2543)

**มีความนับถือตนเอง (Self-esteem)** คือ การที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า การยอมรับตนเองและมองตนเองในทางบวก (Barry and Morgan, 1985 อ้างถึงใน ดาริกา ชารบัวสวรรค์ , 2540) หากบุคคลมีการนับถือตนเองที่ต่ำลง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกต่อตนเองในทางด้านลบ มีความรู้สึกว่าคุณเองไร้ค่า และส่งผลให้บุคคลนั้นมีความซึมเศร้าเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Cascardi & O'Leary (1992) ที่กล่าวว่า การมีความนับถือตนเองที่ต่ำลง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม ในทางตรงกันข้าม พบว่าถ้าบุคคลมีความนับถือตนเองสูง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความซึมเศร้าในระดับที่ต่ำลง (Beeber, 1996)

**การปรับเปลี่ยนความคิดในทางบวก** คือ การช่วยให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อจากเดิมที่คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งความคิดเหล่านี้เป็นความคิดในด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเองที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) แต่เมื่อ

บุคคลมีการปรับเปลี่ยนความคิดไปสู่ การมีความคิดว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถในการนำพาชีวิตของตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย ซึ่งเป็นความเชื่อในด้านบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง และการที่บุคคลมีความคิด ความเชื่อในทางบวกเกี่ยวกับตนเองนั้น จะส่งผลถึงการลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ (Gordon, 1999)

### 5.3 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด

จากแนวคิดและผลการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดให้กับภรรยาที่ได้รับผลกระทบจากการทำทารุณกรรมของสามีนั้น ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของ คาร์ณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งเดิมมี 6 ขั้นตอน ให้เหลือ 4 ขั้นตอน และได้นำกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดของ Burman (2003) มาสอดแทรกไว้ในกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอน ของโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น โดยนำมาใช้กับภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรมเป็นรายบุคคล เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าให้กับภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม ซึ่งในโปรแกรมประกอบไปด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ

**5.3.1 การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนความคิดของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้า** จากการถูกสามีทำทารุณกรรม เป็นกิจกรรมที่พยาบาลแนะนำตนเอง ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม การใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยารับรู้บทบาทของตนในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม และการใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาตระหนักและยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง โดยการให้ภรรยาประเมินว่าตนเองมีความคิด ความเชื่ออย่างไรต่อสภาพที่ตนเองถูกสามีทำทารุณกรรม มีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงสภาพนั้นหรือไม่ รวมทั้งเป็นกิจกรรมที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม นอกจากนั้นในขั้นตอนนี้ยังเป็นขั้นตอนที่ช่วยให้พยาบาลทราบความคิด ความเชื่อ และสาเหตุที่ทำให้ภรรยาเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าอีกด้วย

**5.3.2 การดำเนินการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้วยตัวของภรรยาเอง** เป็นกิจกรรมที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยา กำหนดแผนในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจด้วยตัวของภรรยาเอง รวมทั้งสนับสนุนให้ภรรยาปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยมีพยาบาลเป็น



ผู้ให้ความช่วยเหลือ สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจเพื่อให้ภรรยาดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ได้อย่างต่อเนื่อง

**5.3.3 การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม** เป็นกิจกรรมที่พยาบาลพูดคุยกับภรรยาเพื่อค้นหาความต้องการที่แท้จริงของภรรยาเกี่ยวกับสิ่งที่เธออำนาจให้ภรรยาสามารถจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นขั้นตอนที่พยาบาลให้ข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับแหล่งพลังอำนาจที่สามารถช่วยให้ภรรยามีความคิดเกี่ยวกับตนเองเหมาะสมตามความเป็นจริง และรู้สึกมีพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น

**5.3.4 การปรับเปลี่ยนความคิด และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ** ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม เมื่อภรรยาได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนข้างต้นจนกระทั่งตระหนักถึงความสามารถในตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แล้ว ภรรยาจะทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจของตนเองอย่างต่อเนื่อง ในขั้นตอนนี้พยาบาลจะใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาได้คิดทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาลในขั้นตอนต่างๆ และการส่งเสริมให้ภรรยาได้พัฒนาทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดในด้านลบ โดยพยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาทำความเข้าใจสาระสำคัญของความคิดในด้านลบ หรือความคิดต่อตนเองที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง และการใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาคิดถึงความต้องการ และความเหมาะสมเกี่ยวกับความคิดในด้านลบนั้น และการใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาคิดว่าควรจะเปลี่ยนแปลงความคิดในด้านลบนั้นอย่างไร จึงจะเหมาะสมตามความเป็นจริง

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### การวิจัยในประเทศไทย

ปัญชลี โชติคุด (2541) ศึกษาการใช้ความรุนแรงต่อคู่สมรส โดยศึกษารูปแบบและประเภทการใช้ความรุนแรงต่อคู่สมรสโดยศึกษาบุคลากรที่สมรสแล้วของมหาวิทาลัยธรรมศาสตร์จำนวน 321 คน โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่า ประเภทความรุนแรงที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด ได้แก่ การทำร้ายจิตใจ รองลงมาได้แก่การทำร้ายร่างกาย และการมุ่งจะทำร้ายร่างกาย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ความรุนแรง ได้แก่ ประสบการณ์อ้อมด้านความรุนแรง การมีส่วนร่วมทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม เพศ ระยะเวลาการสมรส การใช้แอลกอฮอล์ การยอมรับการใช้ความรุนแรงและการยอมรับการใช้ความรุนแรงของบิดามารดา



คนยา ชนะอุดม (2539) ศึกษาความรุนแรงในครอบครัว โดยศึกษาหญิงตั้งครรภ์จำนวน 400 คน ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมหานครเขต 1 กรุงเทพฯ พบว่า

1. อายุของหญิงตั้งครรภ์ และอายุของสามี ไม่มีความแตกต่างกันในการถูกทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์จากสามี
2. หญิงตั้งครรภ์ที่สามีมีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีการถูกทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจสูงกว่ากลุ่มที่สามีมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และระดับอุดมศึกษา
3. กลุ่มสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ต่ำ มีการทำร้ายร่างกายและจิตใจสูง รองลงมาคือสามีมีรายได้ปานกลางและมีรายได้สูงตามลำดับ ขณะที่หญิงตั้งครรภ์ถูกสามีทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจเป็นกลุ่มรายได้ต่ำมากกว่ากลุ่มรายได้สูง
4. หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เครื่องเค็มแอลกอฮอล์ มีการถูกทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจจากสามีมากกว่าหญิงที่ตั้งครรภ์ที่ไม่ใช้เครื่องเค็มแอลกอฮอล์ ในขณะที่สามีที่มีพฤติกรรมการเค็มแอลกอฮอล์มีการทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจกรรยามากกว่าสามีที่ไม่ใช้เครื่องเค็มแอลกอฮอล์
5. หญิงตั้งครรภ์ที่สามีมีพฤติกรรมเล่นการพนัน มีการถูกทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจมากกว่ากลุ่มที่สามีไม่เล่นการพนัน
6. หญิงตั้งครรภ์ที่มีระยะเวลาการอยู่ร่วมกันมาก (6 ปีขึ้นไป) มีการถูกทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจสูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีระยะเวลาอยู่ร่วมกันน้อย (1-2 ปี)
7. หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวถูกทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวขยาย
8. หญิงตั้งครรภ์ถูกทำร้ายร่างกายมีจำนวนร้อยละ 12.0 และถูกทำร้ายด้านจิตใจร้อยละ 22.50

ศิริเพชร ศิริวัฒนา (2538) ศึกษาปัญหาความรุนแรงในครอบครัว โดยศึกษาเฉพาะกรณีผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตในผู้หญิงที่ถูกสามีทุบตีทำร้ายร่างกาย โดยศึกษาในกลุ่มภรรยาที่มาติดต่อขอรับความช่วยเหลือจากมูลนิธิเพื่อนหญิง และมูลนิธิเด็กอ่อนในชุมชนแออัด ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2537 จำนวน 20 ราย ศึกษาพบผลกระทบด้านสุขภาพจิตของสตรีที่ถูกสามีทุบตีทำร้ายร่างกาย ส่งผลกระทบ 4 ด้านที่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของคนไทย ได้แก่ ความย่ำคิดย่ำทำ ความวิตกกังวล และความก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในด้านภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จารุวรรณ จินตามงคล (2541) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคลมีระยะเวลาในดำเนินการทดลอง 3 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้ง วัดผลก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมคิด ตีร์ราที (2545) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วราภา จันทร์โชติ (2540) ศึกษาถึงประสิทธิผลของการฝึกอบรมเพื่อการสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเอง ในนักศึกษาพยาบาล การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 64 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองเป็นนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี จำนวน 34 คน และในกลุ่มควบคุมเป็นนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี จำนวน 34 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลติดต่อกัน 3 วัน มีการติดตามผลเพื่อกระตุ้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีการจัดกระทำแต่อย่างใด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ชนิด คือ แบบวัดเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบวัดความเชื่อในความสามารถของตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล การเห็นคุณค่าในตนเองความเชื่อในความสามารถของตนเอง เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล การเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

พนิดา รัตนไพโรจน์ (2542) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ผลที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และเจตคติต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมการพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกทีมการพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลราชานุกูล จำนวนทั้งสิ้น 28 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองจำนวน 14 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 14 คน กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน คือแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดผลการรับรู้การทำงานเป็นทีม และแบบวัดเจตคติต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิด (Cognitive Component) ด้านอารมณ์และความรู้สึก (Affective Component) และด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ผลที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และเจตคติต่อการปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ (2534) ศึกษาเกี่ยวกับการที่สมาชิกในครอบครัวทำร้ายกันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการสำรวจข่าวหนังสือพิมพ์ 3 ฉบับ คือ ไทยรัฐ เดลินิวส์ และมติชน ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2530 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2531 จำนวน 67 ข่าว พบว่า สถานการณ์การทำร้ายกันในครอบครัวที่หนังสือพิมพ์ลงเป็นข่าวนั้น ส่วนใหญ่ร้อยละ 35 เป็นกรณีที่มีสามีทำร้ายภรรยา ส่วนผลกระทบจากการทำร้ายกันนั้น พบว่า ร้อยละ 62.7 เชื่อถูกทำร้ายถึงแก่ความตาย ร้อยละ 10.4 เชื่อบาดเจ็บเล็กน้อย นอกจากนี้ พบว่า เชื่อถูกข่มขืน สลบ และวิกลจริตคิดเป็นร้อยละ 3.0 1.5 และ 1.5 ตามลำดับ

### การวิจัยในต่างประเทศ

Davison and Degner (1997) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในครั้งแรก ต่อระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในผู้ป่วยจำนวน 30 ราย โดยใช้วิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและอาการของโรค รวมทั้งการให้คำปรึกษาในระดับบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยช่วยให้ระดับความวิตกกังวล และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนให้การเสริมสร้างพลังอำนาจ

Sutton (2004) ซึ่งออกแบบโปรแกรมเพื่อช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในเด็ก โดยในโปรแกรมของ Sutton ประกอบไปด้วยกิจกรรมการประเมินภาวะซึมเศร้า การช่วยให้เด็กยอมรับและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง คิดทบทวนถึงผลที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า และการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับเด็ก เมื่อประเมินผลภายหลังจัดกิจกรรมต่างๆในโปรแกรมให้กับเด็กแล้ว พบว่า เด็กมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม

Shin (1999 cited in Kim and Kim, 2001) ศึกษาถึงผลของการใช้กลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจ ในสตรีที่ถูกสามีทำทารุณกรรม จำนวน 14 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจ มีระดับของความสามารถในตนเอง (Self-efficacy) และการนับถือตนเอง (Self-esteem) สูงขึ้น ซึ่งในการศึกษาของ Shin ครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายอยู่ที่การให้ความรู้และการฝึกทักษะให้กับสตรีมากกว่าการฟื้นฟูสภาพจิตใจ

Gleason (1979 cited in Zust, 2000) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการที่พยาบาลสนับสนุนให้ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ตระหนักถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และการส่งเสริมให้ภรรยาได้พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ซึ่งผลจากการให้การพยาบาลดังกล่าว พบว่า ภรรยามีการปรับเปลี่ยนความคิดอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง และช่วยให้ภรรยาในระดับภาวะซึมเศร้าลดลงได้

Burman (2003) ศึกษาถึงผลของการดูแลภรรยาที่ได้รับผลกระทบจากการถูกสามีทำทารุณกรรม โดยการใช้การแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ (Cognitive Problem-Solving Model) ซึ่งเป็น การดูแลเพื่อพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหา และเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม ซึ่งกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบดังกล่าวประกอบไปด้วยกิจกรรมดังนี้

1. การประเมินปัจจัยที่ทำให้เกิดอันตราย และผลกระทบจากการถูกสามีทำทารุณกรรมที่เกิดกับสุขภาพของภรรยา

2. ระบุปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3. กำหนดจุดมุ่งหมายและทำสัญญาร่วมกัน

4. ดำเนินกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนความคิดในด้านลบ (Cognitive Restructuring) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

4.1 การพัฒนาทักษะในการทำความเข้าใจสาระสำคัญของความคิดในด้านลบ หรือความคิดที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง คือ การกระตุ้นให้ภรรยาพูด และทำความเข้าใจกับเนื้อหาความคิดในด้านลบที่เกิดขึ้นของตนเอง

4.2 การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือไม่ คือ การกระตุ้นให้ภรรยา คิดวิเคราะห์ว่าความคิดของตนเองที่เกิดขึ้นนั้น ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงหรือไม่

4.3 การปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อใหม่ให้เหมาะสมตามความเป็นจริง คือ การกระตุ้นให้ภรรยาคิดวิเคราะห์ว่าเมื่อตนเองมีความคิดในด้านลบเกิดขึ้นแล้ว ควรจะปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวอย่างไรให้อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

5. ส่งต่อให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถ้าภรยายังคงมีปัญหาด้านอื่นอยู่ เช่น ด้านเศรษฐกิจ

## 6. การประเมินผลการดูแลโดยการใช้การแก้ไขปัญหายังเป็นระบบ

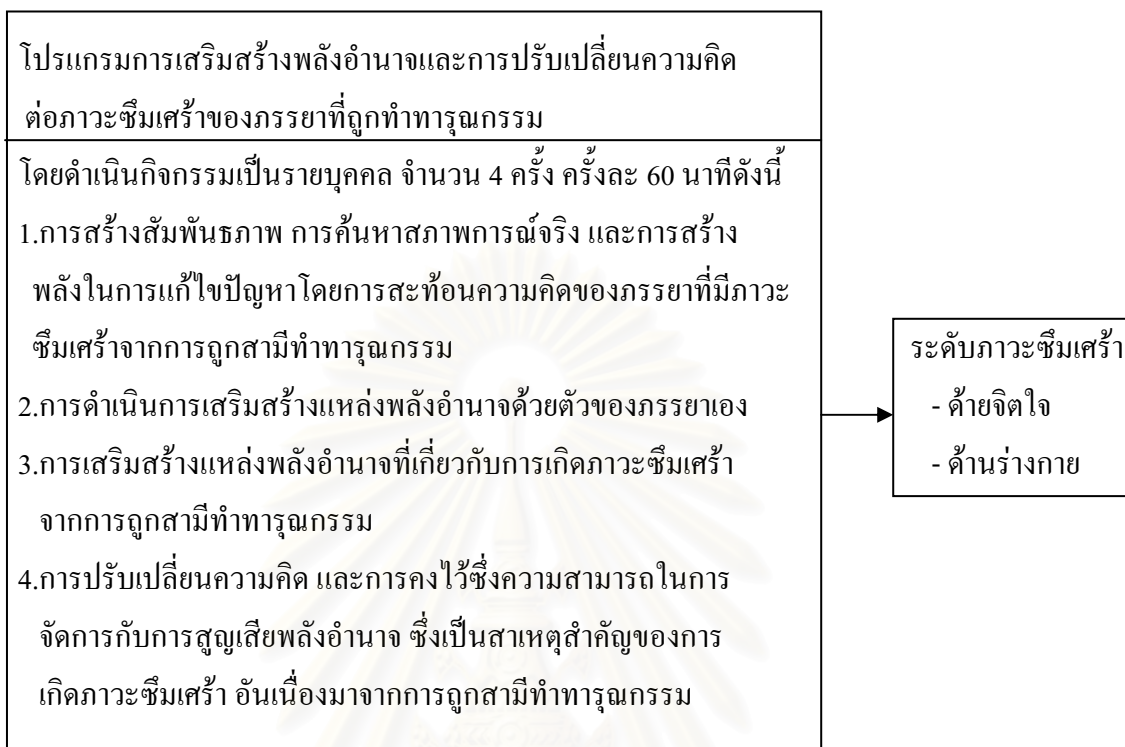
ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับการดูแลโดยการใช้การแก้ไขปัญหายังเป็นระบบบรรยามีการปรับเปลี่ยนความคิดอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง รู้สึกปลอดภัย และมีความสามารถในการแก้ไขปัญหามากขึ้น

Violence Prevention Council of Durham Region (2000) ออกแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับภรรยาที่ได้รับผลกระทบจากการทำทารุณกรรมของสามี โดยมีจุดมุ่งหมายของการดำเนินกิจกรรมอยู่ที่ความปลอดภัยของตัวภรรยาและบุตร โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย 1) การช่วยให้ภรรยาได้ทบทวนเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับจากการถูกสามีทำทารุณกรรม 2) ให้ภรรยาบอกถึงพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดการใช้ความรุนแรงของสามี 3) สนับสนุนให้ภรรยาคิดถึงแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อถูกสามีทำทารุณกรรม ผลการดำเนินกิจกรรมพบว่า ภรรยาจะรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงและมีความคิดในด้านบวกว่าตนเองสามารถดูแลตนเองและบุตรได้มากขึ้น

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าพบได้สูงในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในภรรยาในกลุ่มนี้ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของ ดารณี จามจุรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งเดิมมี 6 ขั้นตอน ให้เหลือ 4 ขั้นตอน หรือดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง และได้นำกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Restructuring) ตามการศึกษาของ Burman (2003) มาสอดแทรกไว้ในกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอน ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อช่วยให้ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรมมีความคิดต่อตนเองทางบวก และสามารถจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยคือ



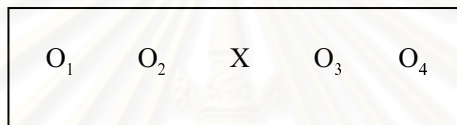
### กรอบแนวคิดในการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ใช้รูปแบบกลุ่มเดียว วัดหลายครั้งแบบอนุกรมเวลา (The One-Group Time-Series Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ต่อระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2544)



O<sub>1</sub> คือ ประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมก่อนได้รับการดูแล โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ครั้งที่ 1 (1 สัปดาห์ก่อนการทดลอง)

O<sub>2</sub> คือ ประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมก่อนได้รับการดูแล โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ครั้งที่ 2 (ก่อนการทดลองทันที)

X คือ การทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด จำนวน 4 ครั้ง

O<sub>3</sub> คือ ประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมหลังได้รับการดูแล โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด 2 สัปดาห์

O<sub>4</sub> คือ ประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมหลังได้รับการดูแล โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด 3 สัปดาห์

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ที่มาขอรับคำปรึกษาจากศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง จำนวน 20 คน โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติต่อไปนี้

1. จากการศึกษา พบว่า การดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive restructuring) จะใช้ได้ผลดีกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงมาก (Shea, Pelletier, Poster, Stuart & Verhey, 1999) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกเฉพาะภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงระดับมาก (คือ มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่าง 17-30) ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck เข้าร่วมในการวิจัยเพื่อให้เห็นความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังได้รับการทดลอง
2. ภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ หรือถูกสามีทำทารุณกรรมเพียงด้านใดด้านหนึ่ง
3. ภรรยาที่จดทะเบียนสมรสหรือไม่ก็ได้กับสามีและไม่จำกัดระยะเวลาการอยู่ร่วมกัน
4. ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูดและการมองเห็น
5. พูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ
6. ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

#### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากในการวิจัยแบบกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุด 20 – 30 คน (Polit & Hungler, 1983 อ้างถึงใน ยุวดี ภาษา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เขียวลักษณ์ เลาพะจินดา, วิไล ลีสุวรรณ, พรรวดี พุทธิวัฒน์, รุจิเรศ ธนุรักษ์, 2540) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติ และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุดแต่เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เพื่อความเป็นไปได้สำหรับการวิจัย

#### วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ที่มาขอรับคำปรึกษา ณ ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง จำนวน 20 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีน้อยหรือมีจำนวนจำกัด (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2544) เมื่อผู้วิจัยพบภรรยาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คุณสมบัติของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงนัดภรรยาเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด

2. เครื่องมือกำกับการทดลองมี 2 ชุด คือ
  - 2.1 แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ
  - 2.2 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ชุด มี 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck

## 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

### โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์มาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คาร์ณี จามจูรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ร่วมกับกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Restructuring) ตามการศึกษาของ Burman (2003) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ที่จะมิตผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าในภรรยาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม มีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ การปรับเปลี่ยนความคิด การที่สามีทำทารุณกรรมภรรยา และภาวะซึมเศร้า

1.2 สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด โดยการนำแนวคิดต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังตามการศึกษาของ คาร์ณี จามจูรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) และการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Restructuring) ตามการศึกษาของ Burman (2003) และการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษากำหนดโครงสร้าง และวัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าในภรรยาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดมี 4 ขั้นตอน ดำเนินกิจกรรมกับภรรยาเป็นรายบุคคล ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนประมาณ 60 นาที ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนความคิดของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม**

เป้าหมายในขั้นตอนนี้ คือ

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับภรรยา
2. เพื่อค้นหาสภาวะการณ์ของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในภรรยา

3. เพื่อให้ภรรยาเข้าใจ และยอมรับได้กับปัญหาของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม
4. เพื่อให้ภรรยาตระหนักถึงบทบาทของตนเอง เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม
5. เพื่อให้ภรรยาสามารถกำหนดและจัดลำดับความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

#### เนื้อหา

1. การพบกันในระยะแรกทั้งพยาบาล และภรรยาต่างก็เป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน ดังนั้นการสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคยกันจึงเป็นสิ่งจำเป็น พยาบาลควรเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง วัตถุประสงค์ ระยะเวลาที่ภรรยาจะต้องเข้าร่วมกิจกรรม และการปกปิดเรื่องราวของภรรยาไว้เป็นความลับ

2. สำหรับรูปแบบที่สามีทำทารุณกรรมภรรยา แบ่งออกได้เป็น 2 รูป คือ การทำทารุณกรรมทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ส่วนปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้สามีทำทารุณกรรมภรรยา เช่น ความผิดปกติทางด้านจิตใจของสามี การดื่มสุราและใช้สารเสพติด การเรียนรู้จากสังคม และความไม่สมดุลของอำนาจในครอบครัว นอกจากนี้พบว่าผลกระทบจากการที่สามีทำทารุณกรรมภรรยาสามารถแบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ ผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของภรรยา และผลกระทบต่อครอบครัว

3. ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และ ด้านสรีระวิทยา ในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมก็เช่นกัน การเกิดภาวะซึมเศร้าอันเนื่องมาจากการถูกทำทารุณกรรมจากสามีซ้ำแล้วซ้ำอีกนั้น ทำให้ภรรยาเกิดปัญหาการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รู้สึกเสียใจ อับอาย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า และเครียด เป็นต้น

4. สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมนั้น เกิดมาจากการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ภรรยามีความคิดด้านลบ หรือมีความคิดที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเอง ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ทั้งนี้เกิดเนื่องจากการที่ภรรยาขาดความเป็นตัวของตัวเองจากการถูกสามีควบคุม และการรับรู้ของภรรยาว่าสามีเป็นผู้ที่มีอำนาจภายในครอบครัวเหนือกว่าตนเอง ซึ่งการที่ภรรยามีความคิดในด้านลบดังที่กล่าวมาแล้ว จะทำให้ภรรยามีความพ่่อง หรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจ และนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเองของภรรยา และหากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ภรรยาสูญเสียคุณค่าและการนับถือตนเอง และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด



### กิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพ โดยพยาบาลแนะนำตัวเองกับภรรยา กล่าวทักทายภรรยาด้วยใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส แสดงท่าที่เป็นมิตร จริงใจ และเปิดเผย รวมทั้งยอมรับภรรยาในฐานะบุคคลหนึ่งที่มีเกียรติ ศักดิ์ศรี เพื่อให้ภรรยาเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และเปิดเผยตนเอง
2. พยาบาลชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวนครั้ง และระยะเวลาที่ภรรยาจะต้องเข้าร่วมกิจกรรม และการปกปิดเรื่องราวของภรรยาไว้เป็นความลับ
3. พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาพูดถึง สภาวะอารมณ์ของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม เช่น “คุณมีความรู้สึกอย่างไรบ้างกับการถูกสามีทำทารุณกรรม” เป็นต้น
4. พยาบาลให้ข้อมูลโดยสังเขปกับภรรยาเกี่ยวกับ รูปแบบ สาเหตุ และผลกระทบของการถูกสามีทำทารุณกรรม และผลกระทบของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม
5. พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาคิดวิเคราะห์ ถึงสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม เช่น “คุณคิดว่ามีอะไรบ้างที่เป็นสาเหตุให้คุณเกิดภาวะซึมเศร้า อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม” เป็นต้น
6. พยาบาลให้ข้อมูลโดยสังเขปกับภรรยาเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมเพิ่มเติมในส่วนที่ภรรยาอ้างกล่าวไม่ครบ
7. พยาบาลและภรรยาช่วยกันสรุปสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในภรรยา อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม
8. พยาบาลกระตุ้นให้ภรรยาเห็นความสำคัญ และมีความต้องการที่จะจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยชี้ให้เห็นว่าภรรยาเป็นเจ้าของชีวิตของตนเอง จึงต้องรับผิดชอบดูแลชีวิตของตนเอง
9. พยาบาลกระตุ้นให้ภรรยากำหนด และจัดลำดับความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม
10. พยาบาลและภรรยาช่วยกันวางแผนกิจกรรมให้ภรรยากลับไปคิดทบทวนว่าจะจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างไร โดยให้ภรรยาเขียนบันทึกไว้ในสมุดเพื่อชีวิตที่ดีขึ้นของตน ในกิจกรรมที่ 1 : สิ่งที่คุณต้องทำเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าของตัวเอง และพยาบาลให้ข้อมูลภรรยาเพิ่มเติมว่า ถ้าไม่สามารถเขียนได้ก็ไม่เป็นไร เพราะเมื่อพบกันอีกครั้งต่อไป พยาบาลและภรรยาจะวางแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าร่วมกัน

## ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้วยตัวของภรรยาเอง

### เป้าหมายในขั้นตอนนี้ คือ

1. เพื่อให้ภรรยารับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการเลือกวิธีดำเนินการที่เหมาะสมในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม
2. เพื่อให้ภรรยารับรู้ถึงความสามารถและอำนาจในตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ภรรยาบอกถึงการดำเนินการตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้า อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

### เนื้อหา

1. จากการที่ภรรยาได้มีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนของการค้นหาปัญหา ในขั้นตอนนี้
2. นี่เป็นขั้นตอนที่ภรรยาจะต้องวางแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ซึ่งจะช่วยให้ภรรยาเริ่มรู้สึกมีความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อในความสามารถของคนที่จะสามารถเลือก และควบคุมชะตาชีวิตของตนเองได้
2. ภรรยาสามารถบอกได้ว่าจะดำเนินการตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ตามที่ภรรยาได้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด

### กิจกรรม

1. พยายามเปิดโอกาสให้ภรรยาพูดถึง กิจกรรมที่ 1 ซึ่งภรรยาได้คิดทบทวน และเขียนบันทึกเกี่ยวกับสิ่งที่ภรรยาต้องทำเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าของตนเอง
2. พยายามซักถามและใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาคิดแนวทางในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติมในส่วนที่ภรรยาอ้างว่าไม่ครบ ตัดสินใจวางแผน และกำหนดเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม
3. พยายามร่วมกับภรรยาเขียนแผนและเป้าหมายในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ไว้ในสมุดเพื่อชีวิตที่ดีขึ้นของฉัน ในกิจกรรมที่ 2 : ความต้องการของฉัน
4. พยายามใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาพูดว่าจะดำเนินการตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมอย่างไรบ้าง (สิ่งสำคัญคือจะต้องเลือกดำเนินกิจกรรมที่ง่าย และมีโอกาสสำเร็จมากที่สุด เพื่อให้ภรรยา รู้สึกมีพลังอำนาจจากการจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้ด้วยตนเองในบางส่วน)

5. พยายามให้แรงเสริมทางบวก เมื่อภรรยาสามารถบอกได้ว่าจะดำเนินการตามแผนที่ตั้งใจไว้แล้วได้อย่างถูกต้อง เช่น กล่าวคำชมเชย เป็นต้น

6. พยายามและภรรยาช่วยกันวางแผนกิจกรรม เพื่อให้ภรรยากลับไปดำเนินการต่อที่บ้าน ดังนี้

6.1 พยายามพูดกระตุ้นให้ภรรยามีความมั่นใจ และต้องการที่จะนำแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่ได้กล่าวมาแล้วไปทดลองใช้

6.2 บันทึกการคิดในเชิงลบของภรรยาที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ไว้ในสมุดเพื่อชีวิตที่ดีขึ้นของฉันทัน ในกิจกรรมที่ 3 : คิดอย่างไรจะไม่ซึมเศร้า และพยายามให้ข้อมูลภรรยาเพิ่มเติมว่า ถ้าไม่สามารถเขียนได้ก็ไม่ใช่ไร เพราะเมื่อพบกันในครั้งต่อไป พยายามและภรรยาจะมาคุยกันเกี่ยวกับความคิดของภรรยาที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าร่วมกัน และพยายามให้ข้อมูลกับภรรยาเพิ่มเติมว่าถ้าไม่สามารถคิดและเขียนได้ก็ไม่ใช่ไร เพราะเมื่อพบกันในครั้งที่ 4 พยายามและภรรยาจะมาพูดคุยกันเกี่ยวกับ ความคิดในเชิงลบของภรรยาที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าร่วมกัน

6.3 พยายามแจกคู่มือการดูแลตนเองของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าให้กับภรรยา และกระตุ้นให้ภรรยาเห็นความสำคัญของการศึกษาความรู้และทักษะจากคู่มือฯ เพื่อนำไปใช้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบนี้อาจมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

**ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม**

**เป้าหมายในขั้นตอนนี้ คือ**

เพื่อให้ภรรยาได้รับการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจเพื่อใช้ในการดำเนินการตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบนี้อาจมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมที่ตนเองกำหนดไว้

**เนื้อหา**

1. การสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรนั้นจะต้องเกิดจากความต้องการของภรรยาเองที่มองเห็นว่าสิ่งเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ และดำเนินการตามแผนการจัดการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบนี้อาจมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

2. สนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร เพื่อให้ภรรยา นำไปใช้ในการดำเนินการตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็น ผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมที่ตนเองกำหนดไว้ในหัวข้อต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 2.1 การดูแลตนเองไม่ให้ถูกสามีทำทารุณกรรมซ้ำ
- 2.2 ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพของสตรี
- 2.3 การจัดการความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส
- 2.4 การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์
- 2.5 การจัดการกับความเครียด
- 2.6 การปรับความคิดด้านลบ
- 2.7 การยอมรับการเปลี่ยนแปลง

### กิจกรรม

1. พยายามเปิดโอกาสให้ภรรยาพูดถึงความรู้และทักษะที่ได้รับจากคู่มือการดูแลตนเองของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการใช้คำถาม เช่น “คุณคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุให้เกิด ความเครียดในชีวิตคุณ” เป็นต้น

2. พยายามและภรรยาช่วยกันสรุปว่าภรรยาต้องการการพัฒนาความรู้ และทักษะ เพื่อนำไปใช้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูก สามีทำทารุณกรรมในหัวข้อใดบ้าง

3. พยายามให้ความรู้เพิ่มเติมในหัวข้อต่างๆตามคู่มือฯ ในส่วนที่ภรรยาต้องการ (ความรู้ที่พยายามให้กับภรรยาแต่ละรายที่เข้าร่วมกิจกรรมอาจแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผลที่ได้ จากการประเมินความรู้และทักษะของภรรยา)

4. พยายามแจกใบงานให้กับภรรยา เพื่อให้ภรรยาได้ฝึกทักษะร่วมกับพยาบาล โดยภรรยาจะได้รับใบงาน 2 ใบ เรื่อง “การจัดการกับความเครียด” และ เรื่อง “การสื่อสารและการ จัดการกับความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์” (ภรรยาที่เข้าร่วมกิจกรรมทุกรายจะได้รับการฝึกทักษะจาก ใบงานทั้ง 2 ใบเหมือนกัน)

5. พยายามกระตุ้นให้ภรรยาสรุปความรู้ และทักษะที่ได้รับจากการพูดคุยและการ ฝึกทักษะกับพยาบาลว่ามีอะไรบ้าง

6. พยายามพูดคุยและสนับสนุนให้ภรรยานำความรู้ และทักษะที่ได้รับจาก กิจกรรมในครั้งนี้ไปใช้ในการดำเนินการตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อัน เป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

**ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิด และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม**

**เป้าหมายในขั้นตอนนี้ คือ**

1. เพื่อให้ภรรยาที่มีความคิดที่เกี่ยวข้องกับตนเอง อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง เพิ่มมากขึ้น

2. เพื่อให้ภรรยาที่มีความมั่นใจ และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

**เนื้อหา**

1. การที่ภรรยาดำเนินการตามแผนจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมได้อย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความสามารถ และความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ของตนเองได้ด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น

2. ภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมจะมีความคิดในด้านลบต่อตนเอง ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ดังนั้นการช่วยให้ภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมมีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่ออยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ภรรยาที่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา และมีความรู้สึกนับถือตนเองเพิ่มมากขึ้น และส่งผลถึงการลดลงของภาวะซึมเศร้าได้

**กิจกรรม**

1. พยายามกระตุ้นให้ภรรยาพูดถึงสิ่งที่ตนเองได้ดำเนินการตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ว่าได้ผลอย่างไรบ้าง

2. พยายามและภรรยาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน เกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกของภรรยา ถึงสิ่งที่ภรรยาได้ดำเนินการตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม โดยใช้คำถาม เช่น “คุณมีความคิดและความรู้สึกอย่างไรบ้าง เมื่อคุณได้จัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองไปแล้วบางส่วน”

3. พยายามและภรรยาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน เกี่ยวกับความคิดเชิงลบของภรรยาที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งภรรยาบันทึกไว้ในสมุดเพื่อชีวิตที่ดีขึ้นของฉัน ในกิจกรรมที่ 3 : คิดอย่างไรจะไม่ซึมเศร้า

4. พยายามและภรรยาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน เกี่ยวกับแนวทางที่ภรรยาจะปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองเสียใหม่ เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า



5. พยายามพูดคุยกับภรรยา และกระตุ้นให้ภรรยามีความคิดในด้านบวกต่อชีวิตของตนเอง

6. พยายามให้ข้อมูลโดยสังเขปกับภรรยาเกี่ยวกับการปรับความคิดในด้านลบ และการมีความคิดในด้านบวกต่อชีวิตของตนเองว่ามีอะไรบ้าง

7. พยายามกระตุ้นให้ภรรยาสรุปเกี่ยวกับการปรับความคิดในด้านลบ และการมีความคิดในด้านบวกต่อชีวิตของตนเองว่ามีอะไรบ้าง

8. พยายามพูดคุย สร้างแรงจูงใจ และให้กำลังใจกับภรรยา เพื่อให้ภรรยามองเห็นว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

### การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย

1. แผนกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดทั้ง 4 ขั้นตอน
2. คู่มือการดูแลตนเองของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้า
3. สมุดบันทึก : เพื่อชีวิตที่ดีขึ้นของฉัน

ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจแก้เนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาล 1 ท่าน นักวิชาการพยาบาล 1 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน และหัวหน้าศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทุกขั้นตอน พร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา คือ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงทางโครงสร้าง ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ เมื่อผู้วิจัยได้รับเครื่องมือที่ตรวจโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับภรรยาที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมกับภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจนครบทั้ง 4 ขั้นตอน เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาอุปสรรคอื่น ๆ อันอาจจะเกิดขึ้นได้

## 2. เครื่องมือกำกับการทดลอง 2 ชุด คือ

### 2.1 แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ

แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม เป็นเครื่องมือในการกำกับการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามการศึกษาของ ดารณี จามจุรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) มีขั้นตอนในการสร้างแบบประเมินดังนี้

2.1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ การที่สามีทำทารุณกรรมภรรยา และภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะการเสริมสร้างพลังอำนาจตาม การศึกษาของ ดารณี จามจุรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในภรรยาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

2.1.2 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินแหล่งพลังอำนาจ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ เป็นข้อคำถามรวม 19 ข้อ (ตัวอย่างคำถามแสดงในภาคผนวก ค.)

2.1.3 การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ โดยการหาค่าเฉลี่ย พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ มีเกณฑ์ว่าจะต้องได้คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็มแล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด แปลความหมายของค่าคะแนนดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

4.50 – 5.00	หมายถึง แหล่งพลังอำนาจดีมาก
3.50 - 4.49	หมายถึง แหล่งพลังอำนาจดี
2.50 – 3.49	หมายถึง แหล่งพลังอำนาจปานกลาง
1.50 – 2.49	หมายถึง แหล่งพลังอำนาจน้อย
1.00 – 1.49	หมายถึง แหล่งพลังอำนาจน้อยที่สุด

2.1.4 หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดประเมินแหล่งพลังอำนาจทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนที่ได้จากการประเมินแหล่งพลังอำนาจผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ แหล่งพลังอำนาจปานกลางทุกคน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาล 1 ท่าน นักวิชาการพยาบาล 1 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์

1 ท่าน และหัวหน้าศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ พร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 1 – 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยเป็น 1 คะแนน และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .83 ซึ่งปกติแล้วค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) จะต้องมากกว่า .80 ขึ้นไปจึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2544) ดังนั้นแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในครั้งนี้จึงมีค่าความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์

ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับลำดับของเนื้อหา ปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น เช่น

ข้อ 1 ท่านรับรู้เกี่ยวกับอาการต่างๆ ซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำร้าย เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เครียด ไม่มั่นใจในตนเอง หรือคิดทำร้ายตนเองฯ เป็นต้นรับรู้เกี่ยวกับอาการต่างๆซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับตัวฉัน เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เครียด ไม่มั่นใจในตนเอง หรือคิดทำร้ายตนเองฯ

ข้อ 3 ท่านมีความรู้ในการดูแลและจัดการกับผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำร้าย เป็น ฉันสามารถจัดการกับผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับตัวฉันเองได้

ข้อ 6 ท่านมีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่เป็น ฉันมีความหวังว่าชีวิตฉันจะดีขึ้นกว่าตอนนี้

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับภรรยาที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 กับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

**2.2 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ ฮอลลอน และ เค็นดอลล์ (Hollon and Kendall)**

เป็นแบบประเมินที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา (2536) และได้นำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จำนวน 50 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของฮอลลอน และ เค็นดอลล์ กับแบบประเมิน

ภาวะซึมเศร้าของ Beck มีความสัมพันธ์เท่ากับ 0.8 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ

การคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนน ส่วนคะแนนที่ต่ำสุดคือ 30 คะแนน ส่วนคะแนนที่อยู่ในช่วง 30 – 80 คะแนน คือไม่มีความคิดในด้านลบและพบได้ในบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Deruels et, al., 1990 cited in Furlong and Tian, 2002) โดยการวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่าผู้ประเมินจะต้องได้คะแนนอยู่ในระดับ 30 – 80 คะแนน หากพบว่าภายหลังการประเมินความคิดอัตโนมัติแล้วมีภรรยาไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือ มีคะแนนสูงกว่า 80 คะแนน พยาบาลจะต้องประเมินผลร่วมกับภรรยาว่าเป็นเพราะสาเหตุใด แล้วจึงพิจารณาแก้ไขตามสาเหตุ

หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนที่ได้จากการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ อยู่ในช่วง 30 – 80 คะแนนทุกคน

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับภรรยาที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 กับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการสมรส / การอยู่แบบสามีภรรยา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรีรงค์ (2522 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) และมีผู้นำแบบวัดนี้ไปใช้ในงานวิจัย เช่น ลัดดา แสนสีหา (2536) ได้นำแบบวัดไปทดสอบกับกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck เป็นแบบประเมินที่ใช้งานง่ายและสามารถประเมินซ้ำได้ (ลัดดา แสนสีหา, 2536) เป็นแบบประเมินที่มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วย 21 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีข้อคำถามให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ซึ่ง 15 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย

การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 จนถึงข้อที่ 21 โดยคะแนนสูงที่สุดคือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน การประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

- 1 - 10 ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (normal)
- 11 - 16 ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression)
- 17 - 20 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression)
- 21 - 30 ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression)
- 31 - 63 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับภรรยาที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 กับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

### ขั้นตอนการทดลอง

การดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

#### ระยะเตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
2. ประสานงานกับศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยส่งหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัย ถึงหัวหน้าศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรีมูลนิธิเพื่อนหญิง เพื่อขออนุญาตทำการทดลอง
3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน และประเมินระดับภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มตัวอย่าง (Pre-test) จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ และ ครั้งที่ 2 คือ ก่อนได้รับโปรแกรมทันที นัดเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง เดือน กันยายน 2547
4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และบอกว่าวิจัยนี้ได้ผ่านกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยแล้ว เพื่อขอความร่วมมือ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับ หรือการปฏิเสธการเข้าร่วมใน



ครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง เช่นยินยอมเข้าร่วมวิจัย

### ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ณ ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอน ตามแผนกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดที่สร้างขึ้นกับภรรยาเป็นรายบุคคล โดยจะพบกับภรรยา 1 ครั้ง / สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละประมาณ 60 นาที เริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 22 กรกฎาคม ถึง 13 กันยายน 2547 ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดโดยสรุปดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนความคิดของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้า จากการถูกสามีทำทารุณกรรม**

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

1. ภรรยาเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ จำนวนครั้ง และระยะเวลาที่จะต้องเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งการที่พยาบาลจะปกปิดเรื่องราวของตนเองไว้เป็นความลับ
2. พยาบาลและภรรยามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ภรรยาบอกว่าเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ในขณะที่พยาบาลพูดคุยกับภรณานั้น พบว่าภรรยาส่วนใหญ่ยังคงมีสีหน้าเคร่งเครียด และร้องไห้ขณะพูดถึงปัญหาของตนเอง
3. ภรรยาตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม เช่น ระบุว่าตนเองรู้สึกไม่แจ่มใส ไม่อยากทำอะไร อ่อนเพลีย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำหีนตนเองเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น คิดอยากฆ่าตัวตายแต่ไม่ได้ลงมือกระทำจริง รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ และนอนไม่หลับ เป็นต้น
4. ภรรยาเข้าใจรูปแบบ สาเหตุ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการถูกสามีทำทารุณกรรม รวมทั้งผลกระทบของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม
5. ภรรยาระบุว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น มีสาเหตุมาจากการที่ตนเองมีความคิดในด้านลบ เช่น คิดว่าตนเองไม่มีค่า เป็นคนไม่ดีสามีจึงไปมีผู้หญิงอื่น หรือคิดว่าตนเองเป็นต้นเหตุของการทำทารุณกรรม เป็นต้น
6. ภรรยาบอกกับพยาบาลด้วยน้ำเสียงที่จริงจังว่าจะจัดการกับชีวิตของตนเองให้ดีขึ้นกว่าตอนนี้ และสามารถบอกได้ว่าตนเองจะจัดการกับปัญหาในเรื่องใดบ้าง โดยพยาบาล

สนับสนุนให้ภรรยาเริ่มจัดการกับปัญหาที่ตนเองคิดว่าสามารถจัดการได้สำเร็จก่อน เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง เป็นต้น

## ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้วยตัวของภรรยาเอง

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

1. ภรรยาเข้มและกล้าวาทักทายกับพยาบาลด้วยความเป็นกันเองมากขึ้น

2. เมื่อพยาบาลพูดคุยกับภรรยาเกี่ยวกับกิจกรรมการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ภรรยาต้องคิดและเขียนบันทึกลงในสมุดบันทึก ในส่วนของกิจกรรมที่ 1 : สิ่งที่ต้องทำเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าของตัวเองนั้น พบว่า ส่วนใหญ่แล้วภรรยาไม่ค่อยได้เขียนบันทึกโดยจะให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา หรือเขียนไม่ได้ เป็นต้น แต่เมื่อพยาบาลซักถามภรรยาสามารถบอกได้ว่าจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างไรบ้าง

3. เมื่อพยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ภรรยาคิดหาแนวทางในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติมในส่วนที่ภร่ายังกล่าวไม่ครบ พบว่า ภรรยาสามารถคิดและบอกได้ว่าตนเองมีแผนและเป้าหมายในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบนี้อาจมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมที่ครอบคลุมและชัดเจนมากขึ้น เช่น แผนในการจัดการกับความเครียด แผนการดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน และแผนการปรับเปลี่ยนความคิดในด้านลบของตนเอง เป็นต้น

4. ภรรยาบอกกับพยาบาลว่าตนเองตั้งใจที่จะนำแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบนี้อาจมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมไปปฏิบัติ (พยาบาลจะสนับสนุนให้ภรรยาเลือกดำเนินกิจกรรมที่ง่าย และมีโอกาสสำเร็จมากที่สุดก่อน เพื่อให้ภรรยารู้สึกมีพลังอำนาจจากการจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้ด้วยตนเองในบางส่วน) พยาบาลกล่าวคำชมเชย และให้กำลังใจกับภรรยา เพื่อให้ภรรยามีกำลังใจและรู้สึกมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบนี้อาจมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมได้

5. พยาบาลและภรรยาร่วมกันวางแผนกิจกรรม เพื่อให้ภรรยากลับไปเขียนบันทึกการคิดในเชิงลบของตนเองที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ไว้ในสมุดเพื่อชีวิตที่ดีขึ้นของฉันทัน ในกิจกรรมที่ 3 : คิดอย่างไรจะไม่ซึมเศร้า และพยาบาลให้ข้อมูลกับภรรยาเพิ่มเติมว่าถ้าไม่สามารถคิดและเขียนได้ก็ไม่ใช่ไร เพราะพยาบาลและภรรยาจะมาพูดคุยกันเกี่ยวกับความคิดในเชิงลบของภรรยาที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าร่วมกันเมื่อพบกันอีกครั้งที่ 4

6. ภรรยาได้รับคู่มือการดูแลตนเองของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากพยาบาล เพื่อนำไปศึกษาความรู้และทักษะเพิ่มเติม

### ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

1. ภรรยาพักทหายพยาบาลด้วยความเป็นกันเอง และมีสีหน้าสดชื่นขึ้นขึ้นมากกว่าการพบกันในครั้งก่อน
2. ภรรยาได้รับความรู้เพิ่มเติมในหัวข้อต่างๆ ตามคู่มือฯ ในส่วนที่ภรรยาต้องการ (ความรู้ที่พยาบาลให้กับภรรยาแต่ละรายที่เข้าร่วมกิจกรรมอาจแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผลที่ได้จากการประเมินความรู้และทักษะของภรรยา)
3. ภรรยาได้ฝึกทักษะเรื่องการจัดการกับความเครียด และเรื่องการสื่อสารและการจัดการกับความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ร่วมกับพยาบาล
4. ภรรยาได้รับความรู้เพิ่มเติมในหัวข้อที่นอกเหนือจากคู่มือฯ ในส่วนที่ภรรยาต้องการ เช่น ความรู้เรื่องการศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา เป็นต้น (ความรู้ที่ให้กับภรรยาในส่วนนี้ จะมีความแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการของภรรยาแต่ละราย )
5. ภรรยาบอกได้ว่าจะนำความรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมในครั้งนี้นำไปทดลองปฏิบัติ

### ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิด และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

1. ภรรยาพักทหายพยาบาลด้วยความเป็นกันเอง และมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถพูดคุยเรื่องอื่นๆที่นอกเหนือจากเรื่องของตนเองได้มากขึ้น
2. ภรรยามีความรู้สึกว่าสภาพร่างกายและจิตใจของตนเองดีขึ้น หลังจากได้ดำเนินการตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม เช่น นอนหลับและรับประทานอาหารได้ตามปกติ รู้สึกว่าตนเองมีความเครียดลดลง และมีสมาธิในการทำงานเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น
3. เมื่อพยาบาลพูดคุยกับภรรยาเกี่ยวกับกิจกรรมที่ภรรยาจะต้องบันทึกความคิดเชิงลบของตนเองที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าไว้ในสมุดบันทึก ในกิจกรรมที่ 3 : คิดอย่างไรจะไม่ซึมเศร้าพบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วภรรยาจะไม่ค่อยเขียนบันทึกความคิดในเชิงลบของตนเองที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อพยาบาลสอบถามถึงความเข้าใจในกิจกรรมดังกล่าวภรรยาส่วนใหญ่บอกว่าเข้าใจ แต่สาเหตุที่ทำให้ไม่ได้เขียนนั้นมาจากการที่ตนเองไม่มีเวลา ต้องทำงานนอกบ้าน ทำงานบ้าน หรือดูแลลูก จึงไม่ได้เขียน แต่ภรรยาสามารถบอกเกี่ยวกับความคิดในด้านลบของตนเองได้ เช่น ภรรยา

บางรายกล่าวว่า “ฉันไม่มีความหมายกับใครอีกแล้ว ฉันไม่รู้จะอยู่ต่อไปทำไม” และสามารถพบทวนได้ว่าความคิดที่เกิดขึ้นของตนเองนั้นถูกต้องหรือไม่ เช่น ภรรยาบางรายกล่าวว่า “ฉันยังมีพ่อ แม่ และลูกที่ต้องดูแล ฉันคงต้องอยู่ต่อไปเพื่อดูแลพวกเขาใช่หรือไม่”

4. เมื่อพยายามพูดคุย และกระตุ้นให้ภรรยามีความคิดในด้านบวกต่อชีวิตของตนเอง พบว่า ภรรยาสามารถบอกความคิดในด้านบวกที่มีต่อตนเองได้ เช่น “ตัวฉันยังมีค่า ฉันต้องอยู่เพื่อดูแลลูกให้เติบโตเป็นคนดี” “ฉันต้องมีชีวิตที่ดีขึ้นกว่าตอนนี้” “ถึงแม้จะไม่มีเขา (สามี) อยู่ด้วย ฉันก็สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้” เป็นต้น

5. ภรรยาพูดว่าจะดำเนินการตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

**ผู้วิจัยประเมินแหล่งพลังอำนาจ และความคิดอัตโนมัติด้านลบทันที หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดในขั้นตอนที่ 4**

ผลการประเมิน พบว่า คะแนนแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของภรรยาซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าอยู่ระหว่าง 3.53 – 4.32 ซึ่งจัดว่ามีแหล่งพลังอำนาจอยู่ในเกณฑ์ดี และผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้ง 20 คน ส่วนคะแนนแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของกลุ่มตัวอย่างมีค่าอยู่ระหว่าง 68 – 80 คือไม่มีความคิดในด้านลบสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้เช่นกัน ดังนั้นจึงถือว่าภรรยาได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลองอย่างครบถ้วน และมีประสิทธิภาพ

#### **ระยะประเมินผลการทดลอง**

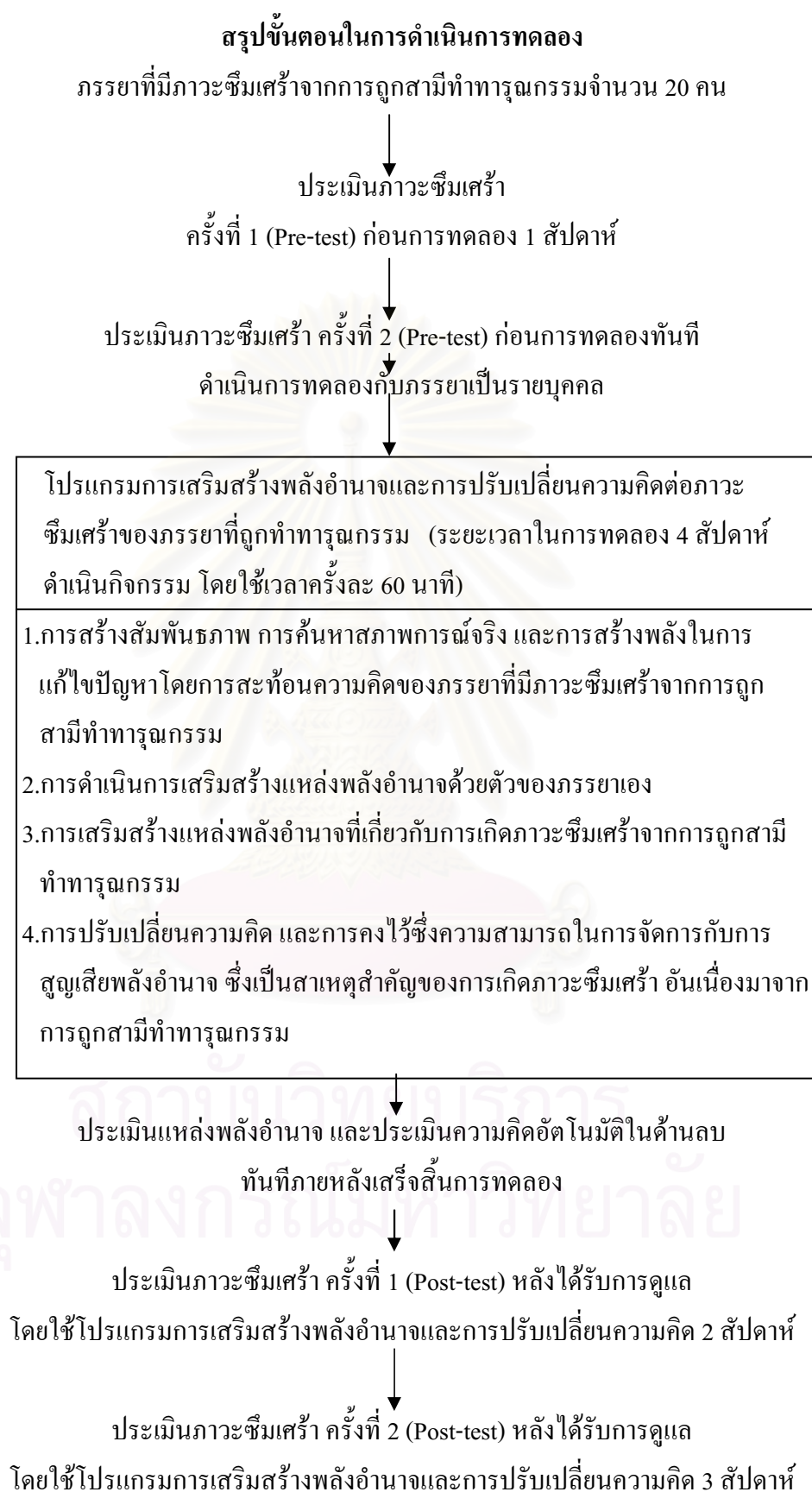
ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (Post-test) ครั้งที่ 1 หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด 2 สัปดาห์ เนื่องจากระยะเวลาของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีเมื่อประเมินผลในระยะเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป (Heflinger et al., 1997 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545) และประเมินภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มตัวอย่าง (Post-test) ครั้งที่ 2 หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด 3 สัปดาห์ เพื่อติดตามความคงอยู่ของผลที่เกิดจากการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) ตามลำดับดังนี้

1. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2
2. วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้าของภรรยา ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 โดยใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA)
3. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Least Significant Different (LSD)
4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05





## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการสมรส/การอยู่อย่างสามีภรรยา (n=20)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ * (ปี)		
20-29	7	35
30-39	8	40
40-49	5	25
2. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	20
มัธยมศึกษา	6	30
อนุปริญญาปวช.และ ปวส.	6	30
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	20
3. อาชีพ		
รับจ้าง	8	40
ข้าราชการ	1	5
ค้าขาย/ธุรกิจ	2	10
พนักงานบริษัท	5	25
ว่างงาน	4	20
2. ระยะเวลาของการสมรส/ การอยู่อย่างสามีภรรยา** (ปี)		
1-5	7	35
6-10	6	30
11-15	5	25
16-20	2	10

\*  $\bar{X} = 32.95$ , S.D. = 7.92

\*\*  $\bar{X} = 8.15$ , S.D. = 4.69

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี (ร้อยละ 60) โดยมีอายุเฉลี่ย 32.95 ปี (S.D. = 7.92) ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับ มัธยมศึกษาและระดับอนุปริญญา ปวช./ปวส.จำนวนเท่าๆกัน (ร้อยละ 30) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 35) และ สำหรับระยะเวลาของการสมรสหรือการอยู่อย่างสามีภรรยาส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 35) โดยมีค่าเฉลี่ย 8.15 ปี (S.D. = 4.69)

ตอนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ (n=20)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	Min	Max
แหล่งพลังอำนาจ	3.929	0.241	3.53	4.32

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนแหล่งพลังอำนาจของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรมอยู่ระหว่าง 3.53 - 4.32 โดยมีค่าเฉลี่ย 3.929 ( S.D. = 0.241 ) ซึ่งจัดว่าแหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป จึงจัดว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดมีคะแนนเฉลี่ยทั้งหมดผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกคน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ (n=20)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	Min	Max
ความคิดอัตโนมัติด้านลบ	74.3	3.113	68	80

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรมอยู่ในช่วง 68 - 80 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย 74.3 ( S.D. = 3.113 ) ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ตอนที่ 3 คะแนนระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรมก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 (n=20)

ตัวแปร	คะแนนภาวะซึมเศร้า		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความรุนแรง
ก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1	25.7	3.34	มาก
ก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2	25.4	3.68	มาก
หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1	19.2	4.80	ปานกลาง
หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2	16.9	3.81	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมทั้งสองครั้งอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 25.7$  และ  $\bar{X} = 25.4$  ตามลำดับ) แต่ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 2 ครั้ง ( $\bar{X} = 19.2$  และ  $\bar{X} = 16.9$  ตามลำดับ)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) จากคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 และหลังสิ้นสุดโปรแกรม ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 (n=20)

ตัวแปร	df	SS	MS	F	P-VALUE
คะแนนภาวะซึมเศร้า	3	1178.8	729.52	135.334	0.000

จากตารางที่ 5 พบว่า เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรม ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 มาทดสอบด้วยการวิเคราะห์แบบ Repeated measure ANOVA พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการวัดทั้ง 4 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ( $F = 135.334, df = 3$ ) จึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเป็นรายคู่จากการวัดทั้ง 4 ครั้ง ด้วยวิธีของ Least Significant Different (LSD) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า จากการวัดทั้ง 4 ครั้ง เป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Least Significant Difference (LSD) (n=20)

ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า				
ตัวแปร	ก่อนได้รับ โปรแกรมครั้งที่ 1	ก่อนได้รับ โปรแกรมครั้งที่ 2	หลังได้รับ โปรแกรมครั้งที่ 1	หลังได้รับ โปรแกรมครั้งที่ 2
ก่อนได้รับโปรแกรม ครั้งที่ 1	-	0.300	6.500*	8.800*
ก่อนได้รับโปรแกรม ครั้งที่ 2	-	-	6.200*	8.500*
หลังได้รับโปรแกรม ครั้งที่ 1	-	-	-	2.300*
หลังได้รับโปรแกรม ครั้งที่ 2	-	-	-	-

\* หมายถึง  $P < 0.05$

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการวัดทั้ง 4 ครั้ง เป็นรายคู่ด้วยการทำ Least Significant Difference (LSD) พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 แตกต่างกับค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 6.5, 6.2, 8.8$  และ  $8.5$  ตามลำดับ) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง ( $\bar{X} = 19.2$  และ  $\bar{X} = 16.9$  ตามลำดับ) มีค่าต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง ( $\bar{X} = 25.7$  และ  $\bar{X} = 25.4$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.3$ ) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 2 ( $\bar{X} = 16.9$ ) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 ( $\bar{X} = 19.2$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ใช้รูปแบบกลุ่มเดียว วัดหลายครั้งแบบอนุกรมเวลา (The One-Group Time-Series Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด

#### สมมุติฐานของการวิจัย

ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรมที่ได้รับดูแลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด จะมีระดับภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

**ประชากร** คือ ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ที่มาขอรับคำปรึกษา ณ ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรีมูลนิธิเพื่อนหญิง จำนวน 20 คน โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

1. ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ในระดับปานกลางถึงระดับมาก (คือ มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่าง 17-30)
2. ภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมทั้งทางร่างกายและด้านจิตใจ หรือถูกสามีทำทารุณกรรมเพียงด้านใดด้านหนึ่ง
3. ภรรยาที่จดทะเบียนสมรสหรือไม่ก็ได้กับสามี ไม่จำกัดระยะเวลาการอยู่ร่วมกัน
4. ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูดและการมองเห็น พูดและฟังภาษาไทย ได้รู้เรื่องและเข้าใจ
5. ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์มาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของ คาร์นี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์(2545) ร่วมกับกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Restructuring) ตามการศึกษาของ Burman (2003) ผ่านการตรวจสอบความตรงความครอบคลุมตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ ความชำนาญ มีความรู้ ความสามารถในสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 6 ท่าน โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนความคิดของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้วยตัวของภรรยาเอง

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างพลังแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมอันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดความคิด และคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง มี 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรมเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการศึกษาของ คาร์นี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) เป็นข้อคำถามรวม 19 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ โดยการหาค่าเฉลี่ยพิจารณาตามเกณฑ์มาตราวัด 5 ระดับ มีเกณฑ์ว่าจะต้องได้คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็มแล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด แปลความหมายของค่าคะแนนดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร,2542) ดังนี้

4.50 – 5.00	หมายถึง แหล่งพลังอำนาจดีมาก
3.50 - 4.49	หมายถึง แหล่งพลังอำนาจดี
2.50 – 3.49	หมายถึง แหล่งพลังอำนาจปานกลาง
1.50 – 2.49	หมายถึง แหล่งพลังอำนาจน้อย
1.00 – 1.49	หมายถึง แหล่งพลังอำนาจน้อยที่สุด

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรง ความครอบคลุมตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ ความชำนาญ มีความรู้ ความสามารถ ในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 ท่าน ตรวจสอบและนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้กับภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 คน ตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

**ตอนที่ 2** แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ ฮอลลอน และ เค็นดอลล์ (Hollon and Kendall) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา (2536) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบออกเป็น 3 ด้าน คือเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือประสบการณ์ และอนาคต แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของฮอลลอน และ เค็นดอลล์ กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็คมีความสัมพันธ์เท่ากับ 0.8 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มากมากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ

การคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนน ส่วนคะแนนที่ต่ำสุดคือ 30 คะแนน ส่วนคะแนนที่อยู่ในช่วง 30 – 80 คะแนน คือไม่มีความคิดในด้านลบและพบได้ในบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Deruels et, al., 1990 cited in Furlong and Tian, 2002) โดยการวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่าผู้ประเมินจะต้องได้คะแนนอยู่ในระดับ 30 – 80 คะแนน ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 10 คน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86



### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ตอน คือ

**ตอนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ

**ตอนที่ 2** แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสิงหา ,2536) แบบประเมินประกอบด้วยคำถามจำนวน 21 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีข้อคำถามให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกาย 6 ข้อ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 คน ตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

#### ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

##### ระยะเตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
2. ประสานงานกับศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยส่งหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัย ถึงหัวหน้าศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรีมูลนิธิเพื่อนหญิง เพื่อขออนุญาตทำการทดลอง โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม
3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน และประเมินระดับภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มตัวอย่าง (Pre-test) จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ และ ครั้งที่ 2 คือ ก่อนได้รับโปรแกรมทันที นัดเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ระหว่างวันที่ 22 กรกฎาคม ถึง 13 กันยายน 2547
4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และบอกว่าการวิจัยนี้ได้ผ่านกรรมการจริยธรรมของ มหาวิทยาลัยแล้ว เพื่อขอความร่วมมือ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับ หรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง เช่นยินยอมเข้าร่วมวิจัย

### ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดให้กับกลุ่มตัวอย่าง ณ ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอน ตามแผนกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดที่สร้างขึ้นกับภรรยาเป็นรายบุคคล โดยจะพบกับภรรยา 1 ครั้ง / สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละประมาณ 60 นาที เริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม ถึง 13 กันยายน 2547

ผู้วิจัยประเมินแหล่งพลังอำนาจ และความคิดอัตโนมัติด้านลบทันทีหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดในขั้นตอนที่ 4

### ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (Post-test) ครั้งที่ 1 หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด 2 สัปดาห์ และประเมินภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มตัวอย่าง (Post-test) ครั้งที่ 2 หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด 3 สัปดาห์ เพื่อติดตามความคงอยู่ของผลที่เกิดจากการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) ตามลำดับดังนี้.

1. คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดโปรแกรม ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2
2. วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้า ของภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 และหลังสิ้นสุดโปรแกรม ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 โดยใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)
3. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 และหลังสิ้นสุด โปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Least Significant Difference (LSD)
4. กำหนดค่านัยสำคัญของทางสถิติที่ระดับ 0.05

## สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกละเมิดทางเพศ สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. จากการนำคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของภรรยาทั้ง 4 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\bar{X} = 25.7, 25.4, 19.2$  และ  $16.9$  ตามลำดับ,  $F = 135.334, df = 3$ )

2. จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำดังกล่าวข้างต้น เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการวัดทั้ง 4 ครั้ง เป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Least Significant Difference (LSD) พบว่า

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 แตกต่างกับค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 6.5, 6.2, 8.8$  และ  $8.5$  ตามลำดับ) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าภายหลังจากได้รับโปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง ( $\bar{X} = 19.2$  และ  $\bar{X} = 16.9$  ตามลำดับ) มีค่าต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง ( $\bar{X} = 25.7$  และ  $\bar{X} = 25.4$  ตามลำดับ)

2.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.3$ ) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 2 ( $\bar{X} = 16.9$ ) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 ( $\bar{X} = 19.2$ )

ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดมีผลทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกละเมิดทางเพศลดลง

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

1. ภรรยาที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หรือ ด้านใดด้านหนึ่งมาขอรับคำปรึกษา พบว่า การให้คำปรึกษาในระดับบุคคลช่วยให้ภรรยารู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียด และลดความวิตกกังวลลงได้ แต่ภร่ายังคงมีความคิด และความเชื่อว่าสามีเป็นผู้ที่มีอำนาจภายในครอบครัวเหนือกว่าภรรยา ตนเองเป็นสาเหตุให้ความรุนแรงเกิดขึ้น มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าและไม่ดีพอสามีจึงทำร้ายหรือไปมีผู้หญิงอื่น ซึ่งความคิดดังกล่าวเป็นความคิดในด้านลบที่เกิดขึ้นต่อตัวของภรรยาเอง (Boozin, Ross and Alloy, 1993 cited in Campbell, Kub and Rose, 1996 ; Jack, 1991 cited in Zust, 2000 ; Fontaine, 1999) ที่ยังคงมีอยู่รวมทั้งการที่ภรรยาบางรายยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัวในสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมเดิม ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม จึงพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดทั้ง 2 ครั้ง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ภายหลังจากทดลอง พบว่า ภรรยาที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 แตกต่างกับค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 6.5, 6.2, 8.8$  และ  $8.5$  ตามลำดับ) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าภายหลังจากได้รับโปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง ( $\bar{X} = 19.2$  และ  $\bar{X} = 16.9$  ตามลำดับ) มีค่าต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง ( $\bar{X} = 25.7$  และ  $\bar{X} = 25.4$  ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย

สามารถอธิบายได้ว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลงนี้เป็นผลอันเนื่องมาจากการที่ภรรยาซึ่งมีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรมได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนความคิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของ คาร์ณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ร่วมกับกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Restructuring) ตามการศึกษาของ Burman (2003) ทั้ง 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหา โดยการสะท้อนความคิดของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม เมื่อภรรยามีความไว้วางใจในตัวพยาบาล ภรรยาจะบอกถึงความคิด ความรู้สึก และสภาพปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ต่อจากนั้นพยาบาลและภรรยาจะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเกี่ยวกับปัญหาค้างที่ได้กล่าวมาแล้ว เพื่อให้ภรรยารับรู้และยอมรับกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง และเกิดความเข้าใจว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นมาจากการมีความคิดในด้านลบต่อตนเอง เช่น “ฉันไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกแล้ว เพราะถ้าไม่มีเขา (สามี) ฉันก็ไม่รู้จะมีชีวิตอยู่ต่อไปทำไม” “เป็นเพราะฉันไม่ดีใช้หรือเปล่า เขาจึงตบตี และด่าว่าฉันบ่อยๆ”

ขั้นตอนที่ 2) การดำเนินการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้วยตัวของภรรยาเอง ภรรยาจะวางแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้า โดยพยาบาลจะเป็นผู้ส่งเสริมให้ภรรยาเกิดความมั่นใจ และมีความต้องการที่จะนำแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าไปทดลองปฏิบัติ โดยให้ภรรยาเริ่มจากกิจกรรมที่ง่ายและมีโอกาสประสบความสำเร็จได้ เช่น การรับประทานอาหารเช้าให้ครบทุกมื้อ ฟังเพลงหรือหางานอดิเรกทำเมื่อเกิดความเครียด เพื่อให้ภรรยารู้สึกมีพลังอำนาจจากการจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้ด้วยตนเองในบางส่วน

ขั้นตอนที่ 3) การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ภรรยาจะได้รับข้อมูล ความรู้ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของ ตนเอง จากพยาบาล เช่น ภรรยาบอกว่า “จะกินยานอนหลับเวลาเครียดมากๆ เพื่อที่จะได้ลืมปัญหาที่เกิดขึ้นรู้ว่าไม่ดีแต่ก็ไม่รู้จะทำอย่างไรดี” พยาบาลจะพูดคุยกับภรรยาเกี่ยวกับความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียด และผลกระทบของการใช้ยานอนหลับ เพื่อให้นำไปใช้ในการดำเนินการตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4) การปรับเปลี่ยนความคิด และคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม พยาบาลสนับสนุนให้ภรรยาปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองไปในทางบวก เช่น “ตัวฉันยังมีค่า ฉันยังมีพ่อ แม่ และมีลูกที่ยังต้องการฉันอยู่” พยาบาลพูดให้กำลังใจกับภรรยาเพื่อให้ภรรยามีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ภรรยาเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถที่จะนำพาชีวิตไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการและมีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่

ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของภรรยา อันเป็นผลมาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดในการวิจัยครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผ่านมาหลายฉบับ เช่น การศึกษา



ของ Davison and Degner (1997) ที่พบว่า ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากโดยใช้วิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและอาการของโรค รวมทั้งการให้คำปรึกษาในระดับบุคคล ช่วยให้อัตราความวิตกกังวล และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนให้การเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการศึกษาของ Gleason (1979 cited in Züst, 2000) พบว่า ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยการสนับสนุนให้ภรรยาปรับเปลี่ยนความคิดอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ส่งผลให้ภรรยามีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงได้ จากการศึกษาของ จารุวรรณ จินตามงคล (2541) ที่พบว่า ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พนารัตน์ เจนจบ (2542) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของ Anderson (1995) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและให้ความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งการศึกษาของ Gibson (1995) และ Musker (1997) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล ช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกดี มีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ พัฒนาศักยภาพเชิงความรู้ ความคิด ความเข้าใจ และการรู้จักตนเองตามความเป็นจริง ควบคุมตนเองได้ มีความมั่นใจ และพยายามที่จะแก้ไขปัญหของตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นเมื่อภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคตไปในด้านบวกนั้น จะช่วยให้ภรรยารับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ ซึ่งเป็นความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ มีระดับของการนับถือตนเอง (Self-esteem) และความสามารถในตนเอง (Self-efficacy) เพิ่มสูงขึ้น (Shin, 1999 cited in Kim and Kim, 2001) ซึ่งปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้ นั้น เป็นปัจจัยสำคัญที่เกิดจากการที่ภรรยาไม่หลงพลังอำนาจที่มีความเข้มแข็งหรือมีความสมดุลเพียงพอ จนทำให้ภรรยา รู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง และส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาลดลงได้

นอกจากนี้จากการสังเกตและจดบันทึกของผู้วิจัย พบว่า มีคำพูดของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการมีความคิดต่อตนเองด้านบวกซึ่งเกิดขึ้นภายหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดดังนี้ “เมื่อก่อนคิดว่าเป็นเพราะตนเองไม่ดีหรือเปล่า สามีจึงทุบตีบ่อยๆ แต่ตอนนี้เข้าใจแล้วว่า สามีไม่มีสิทธิ์ที่จะมาทุบตีตนเองได้” “การพูดกับคนอื่นทำให้เราสบายใจมากขึ้น ดีกว่าเก็บไว้คนเดียว” “สามีและภรรยาควรมีอำนาจภายในครอบครัวเท่าเทียมกัน” “ชีวิตเรายังมีคุณค่า เพราะเราเป็นคนที่จะต้องดูแลลูกให้เติบโตเป็นคนดี” จากความคิดของภรรยาที่เปลี่ยนแปลงไปจะเห็นได้ว่า การช่วย

ให้ภรรยาปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาสามี ไปสู่การมีความคิดว่าตนเองมีคุณค่า (Cascardi and O'Lesry, 1992) มีความสามารถที่จะนำพาชีวิตของตนเองไปสู่ เป้าหมายที่ตนเองต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ และเชื่อว่าช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย ซึ่งการที่ภรรยามีความคิด ความเชื่อในด้านบวกเกี่ยวกับตนเองนั้น เป็นปัจจัยสำคัญที่เกิดขึ้นจากการที่ภรรยามีแหล่งพลังอำนาจที่เข้มแข็ง หรือมีความสมดุลเพียงพอที่จะทำให้ภรรยา รู้สึกมีพลังอำนาจ และสามารถส่งผลถึงการลดลงของระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาได้ (Gordon, 1999) นอกจากการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด จะช่วยให้ระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาลดลงแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมให้ภรรยาดูแลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ภรรยามีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอีกด้วย

3. จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ยังพบอีกว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.3$ ) โดยพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 2 ( $\bar{X} = 16.9$ ) ต่ำกว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 ( $\bar{X} = 19.2$ )

สามารถอธิบายได้ว่า เป็นผลเนื่องมาจากระยะเวลาของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีเมื่อประเมินผลในระยะเวลาประมาณ 3 เดือน หรือมากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป (Heflinger et al., 1997 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราที, 2545) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมในครั้งที่ 2 ซึ่งก็คือเวลาประมาณ 3 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด นอกจากนี้การที่ภรรยายังคงดำเนินการตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองต่อบ้านอย่างต่อเนื่อง เพราะภรรยารับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมได้ โดยการที่ภรรยาฝึกตนเองให้มีความคิดด้านบวก มีทัศนคติที่ถูกต้อง มองความเป็นจริงให้กว้าง ยืดหยุ่นขึ้น และหัดมองเหตุการณ์ต่างๆ ในแง่บวก (Gordon, 1999 ; Fontain, 1999 ; Burman, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) ที่กล่าวว่า บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อคาดว่าจะได้รับประโยชน์จากการกระทำนั้น บุคคลจะหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพเมื่อรับรู้ว่ามีอุปสรรค แต่เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพและเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้ บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพนั้น นอกจากนี้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อการส่งเสริมสุขภาพ จะช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพนั้นได้อย่างต่อเนื่องต่อไป ดังนั้น เมื่อภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้ารับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า

อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมได้ จะช่วยให้ภรรยาเกิดความรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง และมีแนวโน้มที่จะจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

และจากการที่ผู้วิจัยได้สอบถามความคิด ความรู้สึกของภรรยาภายหลังการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมในครั้งที่ 2 พบว่า ภรรยามีความคิดต่อตนเองเปลี่ยนแปลงไป เช่น “คิดว่าจะมีความสามารถที่จะดูแลตนเองและลูกต่อไปได้” “ฉันคิดว่าฉันสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าเดิม” “ต้องรัก และเอาใจใส่ตนเอง รวมทั้งรู้สึกภูมิใจในสิ่งต่างๆ ที่ตนเองได้ทำ” “มีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน” “ไม่ใช่ฉันคนเดียวที่เจอกับปัญหาแบบนี้” “ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขได้”

เมื่อภรรยามีความคิด และความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะดำเนินการตามแผนการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรมได้อย่างต่อเนื่องนั้น ย่อมส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของภรรยาลดลงได้ ดังนั้น จึงพบว่า คะแนนระดับภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 2 ต่ำกว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1

**สรุปได้ว่า** ภรรยาที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด มีการเปลี่ยนแปลงความคิดต่อตนเองไปในทางบวก และการที่ภรรยามีความคิดทางบวกจะช่วยให้ภรรยาู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเอง มีความคิดว่าตนเองมีคุณค่า มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ จนทำให้ภรรยาู้สึกมีพลังอำนาจ และส่งผลถึงการลดระดับภาวะซึมเศร้าได้

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะทั่วไป**

ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

### 1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดไปใช้พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้การปรึกษาด้านสุขภาพ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การเสริมสร้างพลังอำนาจ การปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ รวมทั้งมีทักษะในการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและตัวภรรยาเอง เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดที่จะนำไปใช้พยาบาลอาจปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ได้ตามความเหมาะสมและตามความสามารถของภรรยาที่เข้าร่วมกิจกรรม เช่น ในขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหา โดยการสะท้อนความคิดของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม และขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้วยตัวของภรรยาเอง พยาบาลสามารถดำเนินกิจกรรมทั้ง 2 ขั้นตอนนี้ต่อเนื่องกันไปภายในครั้งเดียวกัน เนื่องจากภรรยาบางรายสามารถตระหนักถึงภาวะซึมเศร้า รับรู้สาเหตุ และคิดหาแนวทางในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ภายในครั้งแรกที่ได้รับ โปรแกรม

1.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมควรมีการติดตามผลระยะยาว เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ภรรยาสามารถดำเนินการตามแผนการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจได้อย่างต่อเนื่อง

## 2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลได้มีการศึกษา และอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับพยาบาล ในการให้การพยาบาลกับผู้หญิงกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

2.2 ควรจัดหลักสูตรให้มีเนื้อหาวิชา ที่เน้นถึงความสำคัญของการดูแลภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการให้การพยาบาลกับผู้หญิงกลุ่มนี้ได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนความคิดให้กับสามีของภรรยาที่มีปัญหาเรื่องการทำทารุณกรรม เพื่อให้สามีในกลุ่มนี้ตระหนักถึงบทบาท หน้าที่ และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัวระหว่างสามีและภรรยา รวมทั้งช่วยให้คู่สมรสสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมที่รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่ภรรยาจะกลับออกสู่ชุมชน และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กมลพร แพทย์ชีพ. 2542. ความรุนแรงในคู่ครองและผลกระทบต่อปัญหาด้านจิตใจในกลุ่มอาการความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความก้าวร้าว:กรณีศึกษา อ.เมือง จ.ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤตยา อาชวนิจกุล. 2538. เคียงข้างสร้างแผ่นดิน:บันทึกการต่อสู้ของผู้หญิงธรรมดา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: Gender Publishing Home.
- กิตติภา สุวรรณรัตน์. 2545. การสร้างพลังอำนาจในตนเองของสตรีที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว:ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรีมูลนิธิเพื่อนหญิง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เกสรดา ศรีพิชญากุล, ยุพิน เพ็ชรมงคล, นงนุช ไชยยศ และแสงเดือน กฤษณรักษ์. 2545. ความซุกปังภัยและผลกระทบต่อความรุนแรงในคู่สมรส. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุวรรณ จินตามงคล. 2541. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมชื่น เจริญยุทธ, ประยุกต์ เสรีเสถียร, ปนัดดา ปรียทฤณ, จิราพร ชีรพัฒนา, และไข่มุก มะลิทอง. 2543. การทำทารุณกรรมในครอบครัว:ศึกษาเฉพาะกรณีสตรีถูกทำร้ายโดยคู่สมรสที่มารักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดกรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชมพูนุท ศรีวิชัย. 2544. ภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ซัดเจน จันทรพัฒน์. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชูลีพร ปิยสุทธิ. 2539. กิจกรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลสถาบันพระบรมราชชนก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- โชติมา กาญจนกุล และสันสนีย์ เรืองสอน. ใน พิมพวัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สัมหจรียา, สันสนีย์ เรืองสอน, กฤตยา อาชวนิจกุล. 2542. รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส.
- คนยา ธนอุดม. 2539. ความรุนแรงในครอบครัว: ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดลนภา หงษ์ทอง. 2542. ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีในครอบครัว และผลสืบเนื่องทางสุขภาพ: กรณีศึกษาสตรีที่สมรสแล้วในเขตจังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดาริกา ธารบัวสวรรค์. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาเอกพยาบาลสาธารณสุขและสัตวศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดารณี จามจุรี. 2544. การศึกษาพลังอำนาจในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย. เอกสารประกอบปริญญาโทระดับดุขฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดารณี จามจุรี. 2545. พลังอำนาจกับการจัดการความเจ็บป่วยเรื้อรัง (2) : การเสริมสร้างพลังอำนาจ. วารสารกองการพยาบาล. 29(3):79-88.
- ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์. 2545. รายงานการวิจัยการศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ดารณี จามจุรี, ชุศักดิ์ ชัมภลิจิต, จินตนา ยูนิพันธุ์ และ มนัส บุญประกอบ. 2545. การพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารกองการพยาบาล. 29(3): 22-36.
- นิศารัตน์ เขตวรรณ. 2543. การรับรู้สถานะแห่งตนในการดูแลตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. 2544. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง วรรณสุด. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ปรีชา สุวังบุตร. 2543. ภาวะซึมเศร้าและการแสวงหาความช่วยเหลือ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปัญญาธิ โชคิคุต. 2541. การใช้ความรุนแรงต่อคู่สมรส. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พนารัตน์ เจนจบ. 2542. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พนิดา รัตนไพโรจน์. 2542. ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ผลที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและเจตคติต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ. 2534. การศึกษาด้านการรับรู้ความรุนแรงในครอบครัวจากข่าวหนังสือพิมพ์. เอกสารการศึกษารัฐประศาสนศาสตร์ อันดับที่ 67 สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ไพรัตน์ พลฤกษ์ชาติคุณากร. 2534. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน. 2534. ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรสต่อการปรับตัวทางเพศ และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัสสร ลิมานนท์. 2544. บทบาทเพศสถานภาพสตรีกับการพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์.
- มูลนิธิเพื่อนหญิง. 2545. สถิติการให้คำปรึกษาทางสังคมฝ่ายศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรีเดือน(มกราคม-ธันวาคม).เอกสารอัดสำเนา.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2542. จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สุวีชาญการพิมพ์.
- เขาวเรศ วรศิตกาลกุล. 2544. ผลกระทบทางด้านสุขภาพและการจัดการกับปัญหาของภรรยาที่ถูกทารุณกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลัดดา แสนสีหา. 2536. ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ยุพิน อังสุโรจน์, กมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ และ ศิริพันธุ์  
 สาส์ตย์. 2544. พยาบาลพร้อมช่วยท่านร่วมป้องกันความรุนแรง. วารสารพยาบาล. 50(2)  
 : 82-94.
- ยุวดี ภาษา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เขียวลักษณ์ เกาเหะจินดา, วิไล ลีสุวรรณ, พรรวดี พุชวัฒนะ, รุจิเรศ  
 ธนุรักษ์. 2540. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์การ  
 พิมพ์ จำกัด.
- วราภา จันทร์โชติ. 2540. ประสิทธิผลของการฝึกอบรมการสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติ การเห็น  
 คุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเองในนักศึกษาพยาบาล.  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริชัย การญจนวาสี, สุวิมล ศิริกานันท์ และศิริเดช สุชีวะ. 2543. การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์  
 SPSSสำหรับงานวิจัย:การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมาย. พิมพ์ครั้งที่ 3.  
 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และดิเรก ศรีสุโข. 2544. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสม  
 สำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- ศิริรัตน์ วิจิตระกุลถาวร. 2545. ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม  
 ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ  
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริเพชร ศิริวัฒนา. 2538. ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว:ศึกษาเฉพาะกรณีผลกระทบทางด้าน  
 สุขภาพจิตในหญิงที่ถูกสามีทุบตีทำร้ายร่างกาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา  
 จิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริรัตน์ โชติกสถิตย์. 2542. การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะครอบครัว การปฏิบัติตามบทบาทที่  
 ศาสนากำหนด การรับรู้การปฏิบัติในการ ป้องกันความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรี  
 และความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรี:กรณีศึกษาในวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วที่นับถือ  
 ศาสนาพุทธกับศาสนาอิสลามในจังหวัดระนอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา  
 เอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2532. ภาวะเครียดกับ โรคมะเร็ง. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาธิบดี.  
 8(กุมภาพันธ์-พฤษภาคม): 33-34.
- สมภพ เรืองตระกูล. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

- สมคิด ตีรารักษ์. 2545. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มปป. คู่มือประกอบการใช้ ICD-10.
- สรินทร์ เชี่ยวโสธร. 2545. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายฝน เอกวางกูร. 2542. การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ. 2545. เอกสารเผยแพร่ชุดส่งเสริมศักยภาพสตรีสู่บทบาทใหม่ของสตรีในยุค 2000. กรุงเทพมหานคร.
- สุรศักดิ์ วาจาสิทธิ์ และคนอื่นๆ. 2546. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโรงพิมพ์เดือนตุลาคม จำกัด.
- หทัยรัตน์ จิรนนทิพัทธิ. 2539. สัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. 2545. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทด้านสุทธาการพิมพ์ จำกัด.
- อรอนงค์ อินทรจิตร และนรินทร์ กรินชัย. 2542. ผู้หญิงและเด็ก:เหยื่อความรุนแรงในครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ปกเกล้าการพิมพ์.
- อวยพร ตัฒมุขกุล. 2540. พลังอำนาจกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในวิชาชีพการพยาบาล. พยาบาลสาร. 24(มกราคม-มีนาคม): 1-9.
- อวิศา จันทร์แสนตอ. 2544. ความรุนแรงในครอบครัว:มุมมองของผู้หญิง. โครงการฝึกอบรมนักวิจัยด้านสตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2541. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต:แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หจก.วี.เจ.พรินติ้ง.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2543. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ชันต์การพิมพ์.

เอี่ยมเดือน เนตรแถม. 2541. ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง.  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

### ภาษาอังกฤษ

Anderson, C. L. Violence Within the Family. In Johnson, B. S. 1993. Psychiatric Mental Health Nursing. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: J.B.Lippincott.

Bandura, A. 1986. Social foundation of thought and action : A social cognitive theory.  
 New Jersey: Prentice-hall.

Beck, A. 1967. Depression: Clinical experimental and theoretical aspect. New York: International Universities Press, INC.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, G. 1979. Cognitive Therapy of Depression.  
 New York: Guilford Press.

Beeber, L. S. Depression in Women. In McBride, A. B. and Austin, J. K. 1996. Psychiatric Mental Health Nursing. 1<sup>st</sup> ed. Philadelphia: W.B.Saunders Com.

Birckhead, L. M. 1989. Psychiatric / Mental Health Nursing: The Therapeutic Use of Self. 1<sup>st</sup> ed.  
 Philadelphia: J.B.Lippincott.

Bruesker and O'Halloran. 1999. Believe client empowerment [Online]. Available from :  
<http://goodlyfe.healingwell.com/research/res11.htm>. [2003, December 20]

Burman, S. 2003. Battered Women : Stage of Change and Other Treatment Model That Instigate and Sustain Leaving. Brief Treatment and Crisis Intervention. 3:83-98.

Burns, N. and Grove, S.K. 2001. The Practice of Nursing Research: Conduct Critique and Utilization. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders.

Chamberlin, J. 2003. A Working Definition of Empowerment [Online]. Available from :  
[http://www.power2u.org/empower/working\\_def.html](http://www.power2u.org/empower/working_def.html) [2003, December 20]

Campbell, J.C., Kub, J. and Rose, L. 1996. Depression in Battered Women. [Online]. Available from :  
[:http://www.google.com/search?q=cache:qQmgaHREd7sJ:jamwa.amwa-doc.org/vol51/pdf](http://www.google.com/search?q=cache:qQmgaHREd7sJ:jamwa.amwa-doc.org/vol51/pdf) [2004, January 30]



- Campbell, J. C, Torres, S., McKenna, L. S., Sheridan, J. D. and Lendenburger, K. Nursing Care of Survivors of Intimate Partner Violence. In Campbell, J. C. and Humphreys, J. 2004. Family Violence and Nursing Practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carlson, B. E. 1997. A Stress and Coping Approach and Intervention With Abused Women. United state: UMI Com.
- Cascadi, M. and O'Leary, K. D. 1992. Depression symptomatology, self-esteem, and self-blame women. J fam Violence. 7(4):249-259.
- Corrigan, W. P. 1997. Behavior Therapy Empowers Person with Severe Mental Illness:Behavior Modification. 21(January):45-61.
- Craig, K. D. and Dobson, K. S. 1995. Anxiety and Depression in Adults and Children. London: Sage Publications, Inc.
- Davison, B. J. and Denger, L. F. 1997. Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. [Online]. Available from :<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list>[2003, December 20]
- Draucker, C. K. 1999. The Emotional Impact of Sexual Violence Research on Participants. Archives of Psychiatric Nursing. 13(4):161-169.
- Fishwick, J. N., Campbell, J. C, and Taylor, J. Y. Theories of Intimate Partner Violence. In Campbell, J. C. and Humphreys, J. 2004. Family Violence and Nursing Practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Follingstad, D.R., Wright, S., and Sebastian, J.A. 1991. Sex differences in motivation and effects in dating violence. Family Relations. 40(1):51-57.
- Fontaine, K. L. Domestic Violence. In Fontaine, K. L. and Fletcher, J. S. 1999. Mental Health Nursing. 4<sup>th</sup> ed. New York: Addison Wesley longman, Inc.
- Fortinash, M. K. and Holoday-Worret, P. A. 1999. Psychiatric Mental Health Nursing Care Plans. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Mosby.
- Furlong, M. and Oei, T. P. 2002. Change to Automatic Thoughts and Dysfunctional Attitudes in Group CBT for Depression. [Online]. Available from: :<http://eprint.uq.au/archive/>.pdf [2004, ,January 30]
- Gibson, C. H. 1991. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing. 16:354-361.

- Gibson, C. H. 1995. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing. 21:1201-1210.
- Giles-Sims, J. 2002. The Psychological and Social Impact of Partner Violence.  
[Online].Available from :[http://www.agnr.umd.edu/nnfr/research/pv/pv\\_ch2.html](http://www.agnr.umd.edu/nnfr/research/pv/pv_ch2.html)  
[2004,January 30]
- Gordon, V. 1999. Insight Program : A Cognitive Group Therapy. [Online].Available from :  
[www.insightforwomen.com](http://www.insightforwomen.com)[2003, March 12]
- Hilberman, E. 1980. Overview : The Wifebeater's Wife Reconsidered. American Journal of Psychiatry. 137:11
- Humphreys, J. and Campbell, J. C. 2004. Family Violence and Nursing Practice. Philadelphia:  
Lippincott Williams & Wilkins.
- Johnson, B. S. 1993. Psychiatric Mental Health Nursing:Adaptation and Growth. 3<sup>rd</sup> ed.  
Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Kar, S. B., Pascual, C., Chickering, K. and Hazelton, S. 2000. Empowerment of women for health development:A gobal perspective. [Online].Available from :  
[www.jhpd.unc.edu/Journal\\_141/empower.pdf](http://www.jhpd.unc.edu/Journal_141/empower.pdf) [2004, February 25]
- Kim, S. and Kim, J. 2001. The Effect of Group Intervention for Battered Women in Korea.  
Archives of Psychiatric Nursing.15(6):257-264.
- Maureen, K. 1999. Domertic Violence. [Online].Available from :<http://www.fiu.edu/kennym/>  
[2003, May 6]
- Miller, J. F. 1992. Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia  
: FA.Davis.
- Murakumi, J. 2002. Gender and Depression : Explaining the Different Rate of Depression Between Men and Women. [Online].Available from :  
<http://www.bespin.stwing.upenn.edu/~upsych/Perspectives/2002/Murakumi>  
[2004,February 25]
- Naumann, P., Langford, D., Torred, S. Campbell, J. C. and Glass, N.1999. Women battering in primary care practice. Family Practice. 16:343-352.
- Niaz, Hassan and Tariq. 2002. Psychological Consequences of Intimate Partner Violence : Form of Domestic Abuse in Both Gender. Pakistan Journal of Medical Seienes.  
15(3):205-214.

- Rawlins, R. P. and Heacock, P. E. 1993. Clinical Manual of Psychiatric Nursing. 2nd ed. Philadelphia: Mosby Year Book.
- Robert, S. L. 1986. Behavioral concepts and the critically ill patients. Norwalk: Appleton-Century Crofts.
- Roy, S. C. 1984. Introduction To Nursing An Adaptation Model. 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Shank, S. L. 2003. Intimate Partner/Family Violence. [Online]. Available from :<http://www.nursece.com/onlinecourses/910.html> [2004, February 25]
- Shea, C. A., Pelletier, L. R., Poster, C. P., Stuart, G.W. and Verhey, M. P. 1999. Advance Clinical Practice. Philadelphia: Mosby.
- Sutton, J. D. 2004. The Depression and Anxious Child : Bring a youngster out of the shadow. [Online]. Available from :<http://www.oip.usdoj.gov/ovc/publication/inforces/student/html> [2003, December 20]
- Townsend M.C. 1996. Psychiatric Mental Health Nursing : Concept of Care. 2nd ed. Philadelphia : F.A.Davis com.
- Violence Prevention Council of Durham Region. 2000. Response To The Abused Women. [Online]. Available from :<http://www.durhamresponsetomannabuse.com/counselling.html> [2004, February 25]
- Walker, L. E. 1979. The Battered Women. New York, NY: Harper & Row.
- Zauszniewski, J.A. and Rong, J.R. 1999. Depressive Cognitions and Psychosocial Functioning: A Test of Beck's Cognitive Theory. Archives of Psychiatric Nursing. 13(6):286-293.
- Zust, B. L. 2000. Effect of Cognitive Therapy on Depression in Rural, Battered Women. Archives of Psychiatric Nursing. 14(2):51-63.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

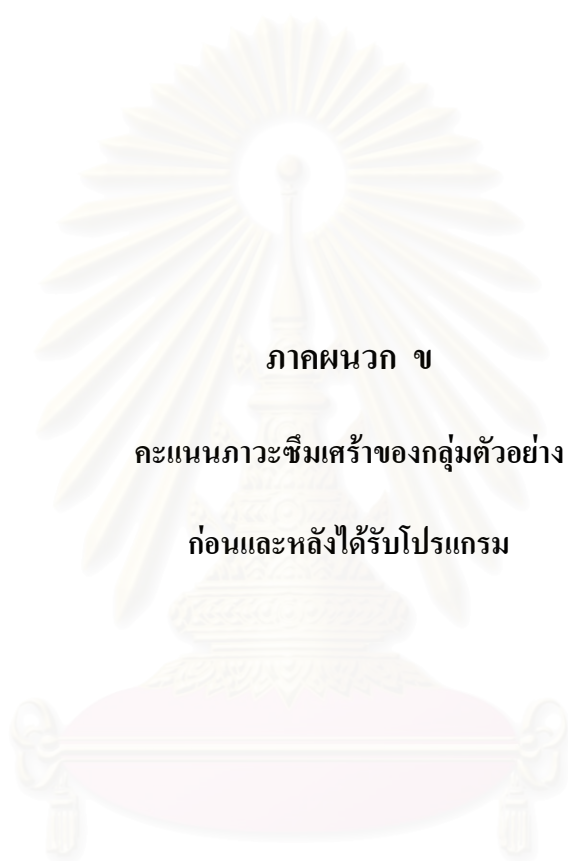
สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายนามทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. รศ. ดร. เกสรฯ ศรีพิชญากา	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ดร. ดาเรณี จามจุรี	นักวิชาการพยาบาล สำนักการพยาบาล กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
3. นางสาวสุเพ็ญศรี พึ่งโคกสูง	หัวหน้าศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง
4. นางสาวพัชรี จุลหิรัญ	นักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง
5. นางเยาวเรศ วรศีตกาลกุล	พยาบาลวิชาชีพ 7 งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจอมทอง
6. นางสาวเอื้อมเดือน เนตรแวม	พยาบาลวิชาชีพ 6 ภาควิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีกรุงเทพฯ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด

คนที่	ก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่1	ก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่2	หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่1	หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่2
1	22	23	17	16
2	21	22	16	15
3	26	26	21	19
4	27	28	22	18
5	29	29	25	20
6	26	27	19	17
7	27	27	24	21
8	23	21	12	12
9	22	22	11	10
10	24	20	10	10
11	21	20	16	14
12	19	19	13	11
13	27	26	20	16
14	28	29	24	21
15	30	30	23	20
16	29	28	22	18
17	30	30	22	19
18	29	29	25	22
19	28	28	23	21
20	26	24	19	18

## ภาคผนวก ก

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
- แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ
- แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ
- แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด
- คู่มือการดูแลตนเองของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้า
- สมุดบันทึก : เพื่อชีวิตที่ดีขึ้นของฉัน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล**

1. อายุ (ระบุ) ..... ปี
2. ระดับการศึกษาสูงสุด (ระบุ) .....
3. อาชีพ  ไม่มีอาชีพ  รับราชการ  รับจ้าง  ธุรกิจส่วนตัว  อื่นๆ(ระบุ)...
4. ระยะเวลาของการสมรสหรือการอยู่แบบสามีภรรยา (ระบุ) ..... ปี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย / ทับ ตัวเลขหน้าข้อเพียงข้อเดียวเท่านั้นที่ตรง หรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

“เมื่อท่านเป็นภรรยาที่ถูกสามีทำร้ายร่างกายและจิตใจ หรือทำร้ายด้านใดด้านหนึ่ง”

1.     0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า
  - 1   ฉันรู้สึกซึมเศร้า
  - 2   ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
  - 3   ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว
  
2.     0 ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้กับอนาคต
  - 1   ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
  - 2   ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
  - 3   ฉันรู้สึกว่าไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้
  
3.     0 ฉันไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว
  - 1   ฉันรู้สึกจะทำอะไรล้มเหลวมากกว่าบุคคลอื่น
  - 2   เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ทำให้ฉันจำได้คือความล้มเหลวทั้งหมด
  - 3   ฉันรู้สึกว่าเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด
  
4.     0 ฉันมีความพอใจในทุกสิ่งทุกอย่าง
  - 1   ฉันรู้สึกไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่างที่ฉันทำดังเช่นเคย
  - 2   ฉันไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป
  - 3   ฉันไม่รู้สึกรู้สึกพอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง
  
5.     .....
6.     .....
7.     .....
8.     .....
9.     .....
10.    .....

- 11 .....  
12 .....  
13 .....  
14 .....  
15 .....  
16 .....
17. 0 ฉันไม่รู้สึกละอาย  
1 ฉันรู้สึกละอายกว่าแต่ก่อน  
2 ฉันรู้สึกละอายจากการทำสิ่งต่างๆ  
3 ฉันรู้สึกละอายเกินกว่าที่จะทำอะไรได้
18. 0 ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ  
1 ฉันรับประทานอาหารไม่ได้มากอย่างที่เคย  
2 ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลง  
3 ฉันไม่อยากรับประทานอาหารใดๆเลย
19. 0 น้ำหนักของฉันไม่ลดลง  
1 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม  
2 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 4 กิโลกรัม  
3 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 6 กิโลกรัม
20. 0 ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ  
1 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก  
2 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเรื่องอื่นๆ  
3 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
21. 0 ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ  
1 ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยกว่าที่เคย  
2 ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยลงมาก  
3 ฉันไม่สนใจทางเพศอีกเลย



### แบบประเมินพลังอำนาจ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างเพียงคำตอบเดียว โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

“เมื่อท่านเป็นภรรยาที่ถูกสามีทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจ หรือทำร้ายด้านใดด้านหนึ่ง”

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ฉันรับรู้อาการต่างๆ ซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับตัวฉัน เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เครียด ไม่มั่นใจในตนเอง หรือการคิดทำร้ายตัวเองๆ					
2.ฉันทราบว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับฉัน เป็นผลมาจากการที่ฉันมีความคิดในด้านลบต่อตัวเอง เช่น ดำเนินว่าตัวเองเป็นสาเหตุของการทำร้าย หรือคิดว่าสามีเป็นผู้ที่มีอำนาจภายในครอบครัวเหนือกว่าตัวเอง					
3. ....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
18.....					
19.ฉันได้รับความช่วยเหลือในการจัดการกับความคิดในด้านลบของตัวเอง และผลกระทบทางด้าน ร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำร้าย จากพยาบาล / นักสังคมสงเคราะห์ / ทนายความ					

### แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ขั้นตอนที่ 1

เรื่อง	การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนความคิดของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม
วิธีจัดกิจกรรม	ใช้แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด
ผู้จัดกิจกรรม	นางสาวทมาภรณ์ บุณยสมภพ รหัสนิสิต 4577570736
หลักสูตร	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้เรียน	ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม
สถานที่	ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง
วันที่	.....เวลา .....
วัตถุประสงค์เฉพาะ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ภรรยามีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล</li> <li>2. เพื่อเพื่อค้นหาสภาวะการณ์ของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในภรรยา</li> <li>3. เพื่อให้ภรรยาเข้าใจ และยอมรับ ได้กับปัญหาของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม</li> <li>4. เพื่อให้ภรรยาตระหนักถึงบทบาทของตนเอง เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม</li> <li>5. เพื่อให้ภรรยาสามารถกำหนดและจัดลำดับความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม</li> </ol>



วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนความคิด	สื่อประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การ ประเมินผล
เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจ แล้วภรรยาที่มีภาวะ ซึมเศร้าจากการถูกสามี ทำทารุณกรรมสามารถ ..... ..... ..... ..... 5. กำหนดและจัดลำดับ ความสำคัญของ ปัญหา.....	<p><u>การเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ</u></p> <p>การพบกันในครั้งแรก ทั้งพยาบาลและภรรยา ต่างก็เป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน ดังนั้นการ สร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคยกันจึงเป็นสิ่ง สำคัญ พยาบาลควรเริ่มต้นด้วยการแนะนำ ตนเอง .....</p> <p><u>สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูก</u> <u>สามีทำทารุณกรรม</u></p> <p>สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำ ทารุณกรรมนั้น เกิดมาจากการที่ภรรยารับรู้ ว่าตนเองขาดความสามารถในการควบคุม สถานการณ์ซึ่งเป็นความรุนแรงในครอบครัวที่ เกิดขึ้นกับตนเอง ..... .....</p>	<p><u>ขั้นนำ</u> (5 นาที)</p> <p>1. สร้างสัมพันธภาพโดยพยาบาลแนะนำ ตัวเองกับภรรยา กล่าวทักทายภรรยาด้วย ใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ..... .....</p> <p><u>ขั้นการพูดคุยระหว่างพยาบาลและภรรยา</u> (50 นาที)</p> <p>1. พยาบาลซักถามและกระตุ้นให้ภรรยาพูด ถึงสภาวะการณ์ของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับ ตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ..... .....</p> <p><u>ขั้นสรุป</u> (5 นาที)</p> <p>1. พยาบาลร่วมกับภรรยาสรุปการกำหนด และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา .....</p>	<p>คู่มือการดูแล ตนเองของ ภรรยาที่มีภาวะ ซึมเศร้า หน้าที่ 4 - 6</p>	<p>สังเกตจากความ สนใจ และความ ตั้งใจฟัง และการ มี ปฏิสัมพันธ์ โต้ตอบของภรรยา กับพยาบาล ..... ..... ..... ..... ภรรยาสามารถ กำหนดและ จัดลำดับ ความสำคัญ...</p>

## คู่มือการดูแลตนเองของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้า



## สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โดย นางสาวทมาภรณ์ บุรณสมภพ

นิสิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำนำ

ภาวะซึมเศร้าอันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการถูกสามีทำร้ายร่างกายและจิตใจ หรือทำร้ายด้านใดด้านหนึ่งนั้น เป็นปัญหาที่มีความสำคัญปัญหาหนึ่ง เนื่องจากทำให้ภรรยาเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง ที่เกี่ยวข้องด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ด้วยเหตุนี้ คู่มือการดูแลตนเองของภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าเล่มนี้ จึงได้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับภรรยาที่ประสบปัญหาเหล่านี้ ได้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังช่วยให้ภรรยาสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีท่ามกลางปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากการถูกสามีทำทารุณกรรม

นางสาวทมาภรณ์ บุรณสมภพ

25 พฤษภาคม 2547

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การทำทารุณกรรมภรรยาของสามี	1
- รูปแบบที่สามีทำทารุณกรรมภรรยา	1
- สาเหตุที่สามีทำทารุณกรรม	1
- ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับภรรยาเมื่อถูกสามีทำทารุณกรรม	2
ภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรม	2
- สถานการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ ถูกสามีทำทารุณกรรม	2
- ผลที่ตามมาจกภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามี ทำทารุณกรรม	3
- สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในภรรยาที่ถูกสามีทำ ทารุณกรรม	3
ภรรยาจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างไร	4
- การดูแลตนเองมาให้ถูกสามีทำทารุณกรรมซ้ำ	4
- ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพของสตรี	5
- การจัดการจัดการความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส	6
- การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์	10
- การจัดการความเครียด	11
- การยอมรับการเปลี่ยนแปลง	12
- การปรับความคิดด้านลบ	13

เพื่อชีวิตที่ดีขึ้นของฉัน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวทมาภรณ์ บุรณสมภพ เกิดเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2520 ที่อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ เมื่อปี พ.ศ. 2542 จากนั้นเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2545

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 4 สังกัดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย