



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาจะต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาจะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในตึกบำบัดด้วยยา สถาบันธัญญารักษ์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ ตึกบำบัดด้วยยา สถาบันธัญญารักษ์และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง
2. ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมาก (คือมีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่าง 16-29 คะแนน) ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory) เข้าร่วมการวิจัยเพื่อให้เห็นความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังได้รับการทดลอง
3. ไม่มีปัญหาในการ พูด การได้ยิน และการมองเห็น
4. สามารถสื่อสารเข้าใจได้ด้วยภาษาไทย
5. ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางจิต โรคประสาท และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภทคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา
2. เครื่องมือกำกับการทดลองมี 2 ชุด คือ
  - 2.1 แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ
  - 2.2 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ส่วนคือ
  - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
  - ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

#### โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา

ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาโดยประยุกต์มาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของคาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ร่วมกับแนวคิดการบำบัดทางปัญญาของ Beck et al. (1979) ผ่านการตรวจสอบความตรงครอบคลุมตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ ความชำนาญ มีความรู้ ความสามารถในสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 7 ท่าน โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญามี 6 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจ

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริง ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร

ขั้นตอนที่ 5 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาการดำเนินการด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 6 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ

## 2. เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือกำกับการทดลองในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ชุด คือ

### ชุดที่ 1 แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามการศึกษาของคาร์ณี จามจูรีและจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) โดยใช้แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) ลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อการคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยเป็นรายบุคคล พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ มีเกณฑ์ว่าจะต้องได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด (ประคอง กรรมสุด, 2542) แปลความหมายของค่าคะแนนดังนี้

| คะแนน       | ความหมาย                            |
|-------------|-------------------------------------|
| 4.50 - 5.00 | แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดีมาก      |
| 3.50 - 4.49 | แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดี         |
| 2.50 - 3.49 | แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง    |
| 1.50 - 2.49 | แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อย       |
| 1.00 - 1.49 | แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อยที่สุด |

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรง ความครอบคลุมตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ ความชำนาญ มีความรู้ ความสามารถในสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 7 ท่าน ตรวจสอบและนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 คน ตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88 กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

## ชุดที่ 2 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ Hollon & Kendall (1980)

ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา และคาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536) การคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำสุดคือ 30 คะแนน ส่วนคะแนนที่อยู่ในช่วง 30-80 คะแนน คือไม่มีความคิดในด้านลบและพบได้ในบุคคลทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้า (Deruels et al., 1990 cited in Furlong and Tian, 2002 อ้างถึงใน ทมาภรณ์ นุรณสมภพ, 2547) โดยการวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่าผู้ประเมินจะต้องได้คะแนนที่อยู่ในช่วง 30-80 คะแนน ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรีรงค์ (อ้างใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินประกอบไปด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 จนถึงข้อที่ 21 โดยคะแนนสูงสุดคือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำที่สุดคือ 0 คะแนน การประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

|       |         |   |
|-------|---------|---|
| 0-9   | หมายถึง | ภาวะซึมเศร้าช่วงคนปกติ (normal)                     |
| 10-15 | หมายถึง | ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression)             |
| 16-19 | หมายถึง | ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) |
| 20-29 | หมายถึง | ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression)   |
| 30-63 | หมายถึง | ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)         |

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาค่าความเที่ยง โดยหาสูตรสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ.80 กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

### การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ การเตรียมการทดลอง การดำเนินการทดลอง และ การรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองดังที่กล่าวมาแล้ว
2. ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการทดลองวิจัยในมนุษย์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. เตรียมสถานที่ในการดำเนินการทดลอง โดยติดต่อประสานงานกับสถาบันรัชฎวรักษ์ ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อม โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการสถาบัน โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว จึงขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเตรียมสถานที่กับกลุ่มงานการพยาบาล

4. เตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คนเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มซึ่งจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินกลุ่ม วิธีสัมภาษณ์ และการดำเนินการทดลองตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน มีการประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินกลุ่มร่วมกันทุกครั้ง

5. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับจะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### ระยะดำเนินการทดลอง

ในระยะดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาดังนี้

1. กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติได้แก่การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การตรวจวัดสัญญาณชีพ การบำบัดตามแผนการรักษาของแพทย์ การเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ

2. กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติตามกิจกรรมการพยาบาลทั่วไปของหอผู้ป่วย และได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกลุ่ม และผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มละ 8-10 คน การเข้าร่วมกิจกรรมครั้งละประมาณ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 31 พฤษภาคม 2548 ถึง 30 มิถุนายน 2548

หลังการทดลองผู้วิจัยประเมินแหล่งพลังอำนาจ และความคิดอัตโนมัติด้านลบทันทีหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาในขั้นตอนที่ 6

### ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (Post - test) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจากการพยาบาลเสร็จสิ้นตามโปรแกรม 2 สัปดาห์ โดยกลุ่มสุดท้ายประเมินภาวะซึมเศร้าวันที่ 14 กรกฎาคม 2548

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window โดยการนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลองมาหาค่าสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการบำบัดทางปัญญา และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (dependent t- test)
3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา กับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independen t-test)
4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาค่าต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้พลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ดังต่อไปนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาค่าต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาค่าต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายได้ว่า จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) ที่กล่าวว่าคนที่ผู้ป่วยจะมีพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งของผู้ป่วยได้แก่ พลังงาน ความเข้มแข็งทางกายภาพ อึดทนโน้ตศน์ทางบวก ความรู้ ความเชื่อ แรงจูงใจ ความอดทนทางจิต และการสนับสนุนทางสังคม ต้องมีความเข้มแข็งหรือมีความสมดุลเพียงพอที่จะให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงแหล่งพลังอำนาจในคนได้ แต่บางสภาวะการณ์ผู้ป่วยอาจมีความพร้อมหรือไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ซึ่งการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าการควบคุมคนหรือเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งการสูญเสียพลังอำนาจนำไปสู่ความรู้สึกเก็บกด ซึมเศร้า และความนับถือตนเองต่ำเป็นสาเหตุของความรู้สึกหมดหวัง (Hopelessness) ที่หมุนเวียนในตัวเอง การที่ผู้ป่วยจะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้นั้นขึ้นอยู่กับเพิ่มแหล่งพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการตัดสินใจ

กับโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยเรื้อรังมักจะขาดแหล่งพลังอำนาจ ดังนั้นองค์ประกอบของพลังอำนาจจะช่วย  
ให้ผู้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองเพื่อป้องกันหรือเอาชนะต่อภาวะการสูญเสียพลังอำนาจได้

ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังก็เช่นกัน เป็นโรคที่เรื้อรังต้องการผู้ดูแลเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือ  
ตนเองได้น้อยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ในด้านความคิด การแสดงอารมณ์และการกระทำต่างๆ  
มีภาวะถดถอยในการทำหน้าที่ทั้งในครอบครัว การงาน และสังคม มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บ  
ป่วยทางกายและเกิดความเจ็บป่วยในใจ ไม่มีกำลังที่จะจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง แสดงให้  
เห็นว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีความพร้อมหรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจและนำไปสู่  
การสูญเสียพลังอำนาจ

ดังนั้นหากมีการช่วยเหลือและสนับสนุนให้แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยมีความเข้มแข็งขึ้น  
จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจ สร้างทางเลือกเพื่อจัดการกับปัญหา มีความนับถือ  
ตนเอง (self esteem) มีความสามารถในการควบคุมการดำเนินชีวิต (personal control) มีการรับรู้  
ความสามารถในตน (self efficacy) มีความเข้มแข็งของพลังงานที่ช่วยในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย มี  
การปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ความหวัง รวมทั้งมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิต  
ใจจะส่งผลให้แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยตามแนวความคิดของ Miller มีความเข้มแข็งขึ้น

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของคาร์นิ  
จามจรี และจินตนา ชูนิพันธ์ (2545) ซึ่งศึกษาต่อเนื่องจากแหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller  
(1992) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างความร่วมมือ 2) การค้นหาสภาพการณ์จริง 3) การ  
สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4) การสนับสนุน เอื้ออำนวย ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร 5)  
การดำเนินการด้วยตนเอง 6) การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการจัดการกับความเจ็บป่วย  
โดยผู้วิจัยผสมผสานกับแนวคิดการบำบัดทางปัญญาของ Beck et al (1979) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้น  
ตอนคือ 1) การค้นหาแนวคิดอัตโนมัติในทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ 3)  
การปรับเปลี่ยนความคิด 4) การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา

การปรับเปลี่ยนความคิดที่มีต่อการเจ็บป่วยและต่อตนเองถือว่าเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของ  
การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติเดิมที่เห็นว่า  
ตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือตัดสินใจในสิ่งที่  
นำพาชีวิตคนไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่และเชื่อว่าชีวิตยังมีความหมาย  
ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาวะที่ดีในผู้ป่วย

จากแนวคิดทั้งหมดที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการเสริม  
สร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาค่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังซึ่งเป็นการ  
พยาบาลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะเจาะจง ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการ



การเสริมสร้างพลังอำนาจจะส่งถึงความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจและการลดลงของภาวะซึมเศร้าดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การสร้างสัมพันธภาพที่ค้ำระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโดยพยาบาลแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และมีการสร้างสัมพันธภาพที่ค้ำระหว่างผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกันมากขึ้นซึ่งบางคนรู้จักกันมาบ้างแล้วแต่ไม่มากนัก บางคนก็เพิ่งรู้จักกันก็สนิทสนมกันมากขึ้น การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกซึมเศร้า สามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึกกันได้ มีความรู้สึกในทางบวกต่อตนเอง(Devito, 1995 อ้างถึงใน สุกัญญา พิระวรรณกุล, 2541) เมื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันเป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางจิตทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมกิจกรรมขั้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริงและความคิดอัตโนมัติในทางลบ เป็นขั้นตอนที่พยาบาลรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจและความคิดอัตโนมัติในทางลบ ในขั้นตอนนี้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และให้พิจารณาถึงอาการที่ตนเองเป็นว่านั่นคืออาการซึมเศร้าและให้บอกเล่า เป็นการสะท้อนคิดเกี่ยวกับตนเอง จัดลำดับความสำคัญของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ป่วยเกิดการยอมรับ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อจะหาแนวทางแก้ไข และย้าให้ทำการบ้านโดยบันทึกความคิดด้านลบของคนที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้ป่วยได้มีการทบทวนและเขียนบันทึกทุกครั้งพบว่ามีอารมณ์คล้อยกับการศึกษาของ กุลระวี วิวัฒน์ชีวัน (2541) ที่พบว่าการบันทึกเป็นสิ่งหนึ่งที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการทบทวนไตร่ตรองเกี่ยวกับตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบตามความเป็นจริง กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นสาเหตุที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและพยาบาลให้ข้อมูลโดยสังเขปกับผู้ป่วย และเกิดความเข้าใจว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นมาจากการมีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง เพื่อที่วางแผนจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนเอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร ผู้ป่วยจะได้รับความรู้ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีภาวะซึมเศร้า แล้วให้ข้อมูล ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย เช่นการผ่อนคลายความตึงเครียด การปรับความคิด เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ทำให้บุคคลได้รับความรู้ข้อมูล คำแนะนำที่

เป็นประโยชน์ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Orem cited in Hanucharumkul, 1998 อ้างถึงใน ลักขมี บุญธรรม, 2540)

ขั้นตอนที่ 5 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาและการดำเนินการด้วยตนเอง ผู้ป่วยสามารถร่วมกันแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ อภิปราย แนวทางในการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ตัวอย่างได้เหมาะสม และผู้ป่วยได้ทบทวนถึงภาวะซึมเศร้าของคน โดยทบทวนความคิดในทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตที่ตนได้บันทึกไว้ แล้วได้ร่วมกันค้นหาแนวทางในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม การจัดกิจกรรมให้บุคคลได้มีส่วนร่วมกันภายในกลุ่ม ทำให้ทุกคนได้มีส่วนร่วม มีการถกเถียงปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้เพิ่มความเชื่อในความสามารถของตนเอง เกิดการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง(อลิศรา ชูชาติและคณะ, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของสุกมา แสงเดือนฉาย (2544) ศึกษาประสิทธิผลของการสร้างพลังเพื่อป้องกันการคิดฆ่าของผู้เสพแอมเฟตามีนที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังได้มีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ระบุปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางปฏิบัติ ทำให้มีการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 6 การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ในขั้นตอนนี้พยาบาลได้ให้ผู้ป่วยทบทวนถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และการดำเนินการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น พยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดของตนไปในทางบวก และพูดให้กำลังใจกับผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีความสามารถที่จะจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอย่างค่อเนื่อง

จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายมา จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของคาร์ณี จามจรี และจินคณา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งศึกษาตามแนวคิดของ Miller (1992) และนำแนวคิดการบำบัดทางปัญญาของ Beck et al (1979) มาผสมผสานทำให้ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงความคิดต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและอนาคตไปในทางบวก ส่งผลถึงความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจ ทำให้ระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

จากเหตุผลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของคาร์ณี จามจรี และจินคณา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งศึกษาต่อเนื่องจากแหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) และแนวคิดการบำบัดทางปัญญาของ Beck et al (1979) มาใช้ สามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญามีภาวะซึมเศร้ามต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

สมมุติฐานข้อที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายได้ว่า ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติได้รับการดูแลเหมือนผู้ป่วยยาเสพติดชนิดอื่น ๆ โดยทั่วไปคือกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การตรวจวัดสัญญาณชีพ การให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และการเข้ากลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ เช่นกลุ่มประชุมเช้า กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มนันทนาการ เป็นต้น ซึ่งมีได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเฉพาะเจาะจง โดยในการปฏิบัติ การพยาบาลตามปกติพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีงานประจำค่อนข้างมาก จึงมุ่งปฏิบัติงานให้เสร็จตามเวลา เรื่องของกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง พยาบาลอาจกระตุ้นให้ปฏิบัติให้เรียบร้อยเท่านั้น เช่น เรียกให้อาบน้ำ เรียกให้รับประทานอาหาร และเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนเองต้องเข้ากลุ่มก็ปฏิบัติตาม แต่ไม่มีโอกาสที่จะเลือกรับหรือปฏิเสธ การทำกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ต้องเข้ากลุ่มเพราะเจ้าหน้าที่ให้ทำ ทำให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มโดยไม่มีจุดหมาย แม้ว่าการเข้ากลุ่มกิจกรรมบางอย่างผู้ป่วยจะได้แสดงความคิดเห็นร่วมกันภายในกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาต่างๆ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงในระดับหนึ่ง

การปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร จิรวัดนกุลและคณะ (2540) ได้ทำการศึกษา สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่าการปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลฝ่ายกายและโรงพยาบาลจิตเวชปฏิบัติการพยาบาลเป็นแบบ “Task Oriented” โดยมุ่งที่การทำงานประจำให้เสร็จสิ้นในแต่ละเวร ไม่มีการดำเนินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบชัดเจน การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นไปตามธรรมชาติ ไม่เน้นการสื่อสารเพื่อการบำบัด การสื่อสารเป็นแบบการสื่อสารทางเดียว จากพยาบาลสู่ผู้ป่วยในรูปแบบ คำสั่ง คำสอน และคำแนะนำ

จากการพูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยบางคนบอกว่าบางครั้งก็ไม่อยากเข้ากลุ่มรู้สึกเบื่อ แต่เจ้าหน้าที่ให้เข้าก็ต้องเข้า ในการเข้ากลุ่มผู้ป่วยไม่มีโอกาสที่จะเลือกรับหรือปฏิเสธ เข้ากลุ่มอย่างไม่มีจุดหมายเข้ากลุ่มเพราะเจ้าหน้าที่ให้ทำ และกลุ่มก็ไม่ได้เป็นกลุ่มที่เป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะเจาะจงจึงส่งผลต่อการลดลงของระดับภาวะซึมเศร้าได้มากนัก

การเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของคาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งศึกษาต่อเนื่องจากแหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) ร่วมกับแนวคิดการบำบัดทางปัญญาของ Beck et al (1979) ซึ่งเป็นการพยาบาลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะเจาะจง ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรม 6 ขั้นตอนในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะส่งผลถึงความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจและการลดลงของภาวะซึมเศร้าดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การสร้างสัมพันธภาพที่ค้ำระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโดยพยาบาลแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และมีการสร้างสัมพันธภาพที่ค้ำระหว่างผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกันมากขึ้น การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกซึมเศร้า สามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึกกันได้ มีความรู้สึกในทางบวกต่อตนเอง (Devito, 1995 อ้างถึงใน สุกัญญา พิระวรรณกุล, 2541)

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริงและความคิดอัตโนมัติในทางลบ ในขั้นตอนนี้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และให้พิจารณาถึงอาการที่ตนเองเป็นว่านั่นคืออาการซึมเศร้าและให้บอกเล่า เป็นการสะท้อนคิดเกี่ยวกับตนเอง จัดลำดับความสำคัญของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ป่วยเกิดการยอมรับ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อจะหาแนวทางแก้ไข และช่วยให้ทำการบ้าน โดยบันทึกความคิดด้านลบของคนที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้ป่วยได้มีการทบทวนและเขียนบันทึกทุกครั้งพบว่ามีผลสอดคล้องกับการศึกษาของ กุลระวี วิวัฒน์ชีวัน (2541) ที่พบว่าการบันทึกเป็นสิ่งหนึ่งที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการทบทวนไตร่ตรองเกี่ยวกับตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบตามความเป็นจริง กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นสาเหตุที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและพยาบาลให้ข้อมูลโดยสังเขปกับผู้ป่วย และเกิดความเข้าใจว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นมาจากการมีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง เพื่อที่วางแผนจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนเอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร ผู้ป่วยจะได้รับความรู้ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีภาวะซึมเศร้า แล้วให้ข้อมูล ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย เช่นการผ่อนคลายความตึงเครียด การปรับความคิด เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ทำให้บุคคลได้รับความรู้ข้อมูล คำแนะนำที่

เป็นประโยชน์ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Orem cited in Hanucharumkul, 1998 อ้างถึงใน ลักษณ์ บุญธรรม, 2540)

ขั้นตอนที่ 5 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาและการดำเนินการด้วยตนเอง ผู้ป่วยได้ร่วมกัน แสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ อภิปราย แนวทางในการแก้ปัญหามาจากสถานการณ์ตัวอย่าง และผู้ป่วย ได้ทบทวนถึงภาวะซึมเศร้าของตน โดยทบทวนความคิดในทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตที่ตน ได้บันทึกไว้ แล้วได้ร่วมกันค้นหาแนวทางในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม การจัดกิจกรรมให้บุคคลได้มีส่วนร่วมกันภายในกลุ่ม ทำให้ทุกคนได้มีส่วนร่วม มีการอภิปราย ปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้เพิ่มความเชื่อในความสามารถของตนเอง เกิดการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง(อติศรา ชูชาติและคณะ, 2538)

ขั้นตอนที่ 6 การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ในขั้นตอนนี้พยาบาลได้ให้ผู้ป่วยทบทวนถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และการดำเนินการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น พยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดของตนไปในทางบวก และพูดให้กำลังใจกับผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีความสามารถที่จะจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีพลังอำนาจที่จะจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น อย่างต่อเนื่อง

การบริการที่ใช้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนหลักของการยึดบุคคลหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้ข้อมูลจะไม่เป็น ไปแบบทิศทางเดียว คือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ไปสู่ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยก็มีข้อมูลที่มีคุณค่าต่อเจ้าหน้าที่สุขภาพด้วยเช่นกัน ด้วยความร่วมมือกันของทั้งสองฝ่าย จะทำให้ได้การตัดสินใจที่เหมาะสมกับผู้ป่วย นอกจากนั้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องเป็นแบบการต่อรองเพื่อหาข้อตกลงร่วมกัน ไม่ใช่ใช้อำนาจหรือครอบงำความคิด ผู้ป่วยจะต้องทำความเข้าใจก่อนว่าอะไรคือความต้องการและสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการจัดการกับสุขภาพและการเจ็บป่วยของคนผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่มีความรับผิดชอบร่วมกัน ที่จะไปสู่สัมฤทธิ์ที่พึงประสงค์ เจ้าหน้าที่สุขภาพให้ความเคารพต่อความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และช่วยในการตัดสินใจในวิถีทางที่มีความหมายต่อตัวผู้ป่วยเอง นั่นคือการที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการกระตุ้นให้แสดงออกถึงความเป็นตัวของตัวเองด้วยการนำเสนอข้อมูลและความร่วมมือในการกระทำที่ตนตัดสินใจ (Berger, Anderson-Harper and Kavookjian, 2000 อ้างถึงใน คารณี จามจุรี, 2545)

ซึ่งจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โรคพิษสุราเรื้อรัง หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาอยู่ในระดับช่วงคนปกติค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 8.80 และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 14.9 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยIndependent t-test พบว่ากลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของของทมาภรณ์ บุณสมภพ (2547) พบว่าผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดส่งผลให้ภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงได้และจากการศึกษาของสุกมา แสงเดือนฉาย (2544) พบว่าผลของการเสริมสร้างพลังช่วยให้ผู้เสพแอมเฟตามีนมีการรับรู้ความรุนแรงของแอมเฟตามีน มีความสามารถในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีน และมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson (1995) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และให้ความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งการศึกษาของ Gibson (1995) และ Musker (1997) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล เกิดความรู้สึกที่ดี มีความสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี พัฒนาสมรรถนะเชิงความรู้ ความคิด ความเข้าใจ และการรู้จักตนเอง ยอมรับความจริง ควบคุมตนเองได้ มีความมั่นใจและแก้ปัญหาด้วยตนเองได้เหมาะสม

จากเหตุผลที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าการนำแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวมาใช้สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญามีระดับซึมเศร้ามต่ำลง และกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมมีระดับซึมเศร้ามต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาเป็นกระบวนการที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังตระหนักถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคตไปในด้านบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้แหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ มีระดับการนับถือตนเองและความสามารถในตนเองเพิ่มสูงขึ้นส่งผลถึงความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจเกิดการลดลงของภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาครั้งนี้พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ในฐานะผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ควรให้ความสำคัญตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังหากระดับซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงก็จะเพิ่มโอกาสของการหายจากการติดสุราเรื้อรัง และการกลับไปดื่มสุราซ้ำ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยเพิ่มแหล่งพลังอำนาจผู้ป่วยให้มีความเข้มแข็งมีความสมดุลจนทำให้รู้สึกถึงแหล่งพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเองและสามารถส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง ผลการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย บุคลากรน่าจะนำไปปรับใช้ในการให้บริการและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังต่อไปตามความเหมาะสม และควรมีการติดตามศึกษาผลของโปรแกรมที่มากกว่า 2 สัปดาห์ เนื่องจากธรรมชาติของภาวะซึมเศร้ามักเรื้อรังและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ควรจัดให้มีการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการจัดเข้าตารางการดำเนินกลุ่มประจำของหอผู้ป่วยซึ่งอาจปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนตามความเหมาะสม

2. การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการบำบัดทางปัญญา เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการติดตามผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา ระยะยาว เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการตามแผนการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจได้อย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญากับการให้การดูแลผู้ป่วยแบบอื่นๆ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและติดตามผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาที่มากกว่า 2 สัปดาห์ เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาในระยะที่ยาวขึ้นเพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพและความคงอยู่ของการป้องกันและรักษาภาวะซึมเศร้าวิธีต่างๆ

2. ควรมีการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญากับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยจิตสารเสพติดชนิดอื่นๆ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟู เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับสู่ชุมชน