

ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่
ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

นางสาววัชรีย์ แสงสาย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2556
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

EFFECTS OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY ON DEPRESSION AND FUNCTIONING
OF ELDERLY PATIENTS WITH DEPRESSION

Miss Watcharee Sangsai

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program
in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2013
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อ

ภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้า

โดย

นางสาววัชรีย์ แสงสาย

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพวรรณ ลีอนุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

วัชรีย์ แสงสาย : ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. (EFFECTS OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY ON DEPRESSION AND FUNCTIONING OF ELDERLY PATIENTS WITH DEPRESSION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 185 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองวัดก่อนหลังแบบมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์คือ เพื่อตรวจสอบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 60 ปี ขึ้นไป แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผู้วิจัยพัฒนาเนื้อหาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยบูรณาการประสบการณ์เดิม แก่นความเชื่อ ความเชื่อเฉพาะกลุ่ม ความสัมพันธ์ระหว่างรุ่น คุณค่าของบทบาทของผู้สูงอายุ สภาพสังคมวัฒนธรรม เชื่อมโยงกับความคิดอัตโนมัติด้านลบและภาวะซึมเศร้า เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 4) แบบประเมินการทำหน้าที่โดยรวม 5) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ 6) แบบวัดความสามารถในการแก้ไขปัญหาประจำวัน เครื่องมือทุกชุดมีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2,6 มีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .93 และ .85 เครื่องมือชุดที่ 3,5 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 และ .97 เครื่องมือชุด 4 มีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินเท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที่ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=6.82$) ในขณะที่การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=10.78$)

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=- 2.05$) ในขณะที่การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=2.51$)

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา 2556.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5377600036: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: ELDERLY, DEPRESSION, FUNCTIONING, COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY

WATCHAREE SANGSAI: EFFECTS OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY ON DEPRESSION AND FUNCTIONING OF ELDERLY PATIENTS WITH DEPRESSION.

ADVISOR: ASST. PROF. RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., 185 pp.

The purpose of the quasi-experimental research with pretest-posttest control group design was to examine depressive and functional scores of elderly patients with depression who received Cognitive Behavioral Therapy. Forty samples were elderly patients whose diagnosed depressive disorder at the outpatient department. The samples were matched pair and the randomly assigned into the experimental and the control group, 20 in each group. The CBT in late-life depression was integrated with early experiences, core belief, cohort belief, intergeneration linkages, role value, sociocultural context, negative automatic thought, and depression. The research instruments were: 1) Demographic questionnaire, 2) MMSE-Thai 2002, 3) Beck Depressive Inventory scale (Thai version), 4) The Global Assessment of Functioning Scale (GAF), 5) Automatic Thought scale, and 6) The Daily Problem-Solving Ability Assessment. Content validity of instruments were agreed by five experts. The reliability of the 2nd, 6th instrument was reported by KR-20 as of .93 and .85. The Chronbach's Alpha coefficient reliability of the 3rd, 5th instrument was .89 and .97. The inter-rater of 4th instrument was 0.95. The t-test was used in data analysis. Major findings were as follows:

1. The depressive scores of elderly patients with depression after receiving CBT were lower than those before ($t=6.82$, $p<.05$), whereas the functioning scores were higher than those before ($t=10.78$, $p<.05$).

2. The depressive scores of elderly patients with depression who received CBT were lower than those who received the regular nursing activities ($t= -2.05$, $p<.05$), whereas the functioning score were higher than those who received the regular nursing activities ($t= 2.51$, $p<.05$)

Field of Study: Mental Health and Psychiatric Nursing Student's Signature

Academic Year: 2013 Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้ กำลังใจ ทำให้ศิษย์มีความมุ่งมั่นอุตสาหะพยายามทำการศึกษา ศิษย์รู้สึกทราบบ้างซึ่งในความ เมตตา กรุณา และความเสียสละของอาจารย์ จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจ ให้ข้อคิด และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้ให้ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในการสร้างสุขภาวะผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ในโครงการศูนย์ สร้างสุขภาวะผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ประจำปีงบประมาณ 2555 กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ทุกท่าน ทำให้วิทยานิพนธ์ ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(ภาคในเวลาราชการ) รหัส 53 จำนวน 7 ท่าน ที่คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือและเกื้อหนุนผู้ศึกษา ร่วมสุขร่วมทุกข์ แบ่งปัน และ คอยเติมพลังให้ผู้วิจัย ในการฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ไปด้วยกันจนสำเร็จการศึกษา และขอบคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ที่ให้โอกาสมาศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ หัวหน้ากลุ่ม การพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือเอื้ออำนวยความสะดวกระหว่างการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายขอรำลึกถึงพระคุณบิดามารดา คุณพ่อสุดี-คุณแม่จรรยา แสงสาย ผู้ให้กำเนิด ให้ สติปัญญา ความเข้มแข็งและความมุ่งมั่น ขอบคุณคู่ชีวิต คุณนพพล ไพศาลอัศวเสนี สำหรับการ เติมเต็มพลังใจให้เต็มเปี่ยมอยู่เสมอ คุณค่าและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบให้ผู้ป่วย สูงอายุโรคซึมเศร้าทุกคนต่อไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	15
แนวปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	31
แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่.....	34
แนวคิดการบำบัดทางความคิดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้สูงอายุ.....	42
โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	51
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	69
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	73
ขั้นตอนการวิจัย.....	87
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	101

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	102
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	111
รายการอ้างอิง.....	128
ภาคผนวก.....	141
ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	143
ภาคผนวก ข. การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา.....	145
ภาคผนวก ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	149
ภาคผนวก ง. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	177
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	180
ภาคผนวก จ. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	182
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	185

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	51
2	คะแนนประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบในกลุ่มทดลอง.....	90
3	คะแนนแบบวัดความสามารถในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน.....	91
4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ในครอบครัว รายได้ครอบครัว ต่อเดือน ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติ การเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว.....	103
5	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	107
6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	108
7	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ.....	109
8	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยสูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับ ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ.....	110

สารบัญรูป

รูปที่		หน้า
1	แสดงความเชื่อมโยงของ CBT สำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.....	44

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพต่อชีวิต และมีความเสี่ยงเป็นลำดับที่ 4 ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากที่สุดเป็นลำดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจ (WHO Regional office for South-East Asia,2001) โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (Dunner,1991 อ้างถึงใน สุขชาติ พหลภาคย์,2542) ในกลุ่มผู้สูงอายุเมื่อเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรกมักไม่ได้รับการวินิจฉัยรักษา เนื่องจากมีการแสดงอาการของโรคอื่นร่วมด้วย (สุดสบาย จุลกัทพพะ,2554) ภาคพื้นยุโรปและอเมริกา ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปถือว่าเป็นผู้สูงอายุ ส่วนภาคพื้นเอเชียจะใช้เกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งในประเทศไทย (บรรลุ ศิริพานิช,2542)

การมีอายุยืนยาวมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาทั้งทางสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญในผู้สูงอายุบางคนที่ไม่สามารถปรับสภาพจิตใจและอารมณ์ให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคมที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความซึมเศร้า (ศิริพร จิรวัดณ์กุล และคณะ, 2551) จากการสรุปสถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทยในปี 2551 พบว่าประชากรสูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ (อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์, ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัญญา ชูเลิศ, 2553) ในต่างประเทศพบความชุกของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยในระดับชุมชน อยู่ในช่วงร้อยละ 1-5 ในประชากรที่อายุ 65 ปีขึ้นไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ บุญชัย นวมงคลวัฒนาและคณะ(2551) พบผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 4 การศึกษาในประเทศไทยระยะ 30 ปี พบความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุเขตเมืองอยู่ในช่วงร้อยละ 19.9-80.3 เขตชนบท อยู่ในช่วงร้อยละ 17.0-84.8 ขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (เทพฤทธิ วงศ์ภูมิและคณะ,2554) การสำรวจจำนวนผู้ป่วยวัยสูงอายุ กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood or affective disorder) ระหว่างปี พ.ศ. 2550- พ.ศ. 2552 มีจำนวน 14,830 15,228 16,373 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,2552) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจจำนวนผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2552- พ.ศ.2555 มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ มี

จำนวน 464,485 และ 546 รายตามลำดับ (ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราช นครินทร์, 2556)

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ จากความพร่องในด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น การไม่ดูแลตนเอง มีอารมณ์ซึมเศร้าหงุดหงิดง่าย คุณภาพชีวิตลดลง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ สุขภาพเสื่อมลง เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและนำไปสู่การเสียชีวิต (Karp et al.,2009; Adelman, 2008; Doraiswamy et al., 2002) Murphy (2000) ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 120 คน ในระยะเวลา 2 ปี พบว่าร้อยละ 20 มีอัตราการฆ่าตัวตายมาจากการมีประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวชและภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความพร่องในการดูแลสุขภาพอนามัย การทำหน้าที่การงาน ความพร่องของการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันเทียบได้กับความพร่องที่เกิดจากความพิการจากโรคเรื้อรังทางกาย ซึ่งเป็นผลมาจากอารมณ์ที่เศร้ามากและระยะเวลาของอารมณ์เศร้าที่ยาวนาน จนกระทบต่อหน้าที่การงานและการทำหน้าที่ประจำวัน(ดวงใจ กสานติกุล,2542) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมักมีอาการและอาการแสดงออกทางด้านร่างกายมากกว่า การแสดงอารมณ์เศร้าโศก หรือความรู้สึกหดหู่ (Alexopoulos et al.,2002) อาการของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุมีลักษณะของความผิดปกติด้านอารมณ์ไม่ชัดเจน ลักษณะอาการได้แก่ ไม่สบายทางร่างกาย อารมณ์ซึมเศร้าหรือหดหู่ เบื่ออาหาร หรือขาดความสนใจสิ่งต่าง ๆ มีอารมณ์ที่หงุดหงิดง่าย อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง ไม่มีสมาธิ เคลื่อนไหวช้าลง รู้สึกไม่มีคุณค่าและตำหนิตนเองมาก ผิดปกติ (สมภพ เรืองตระกูล,2542) การทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความสัมพันธ์กับความพร่องของการทำหน้าที่ (Functioning impairment) และการมีข้อจำกัดหรือทุพพลภาพ (disability) ในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยการศึกษามากกว่า 6 ปี พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นมีความเสี่ยงของปัญหาเกี่ยวกับข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 67 และข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ร้อยละ 73 ตามลำดับ (Blazer,2009) การศึกษาในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีภาวะทุพพลภาพ ซึ่งเป็นความพร่องของการทำหน้าที่ คิดเป็นร้อยละ 53.47 (นภา จิรัฐจินตนา,2554) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าส่งผลถึงข้อจำกัด หรือปัญหาในการทำหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

สาเหตุของโรคซึมเศร้าเกิดได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านการรู้คิด ปัจจัยทางสังคม (มานิช หล่อตระกูล,2548;สุชาติ พหลภาคย์ ,2542;Lewin,2008,Beck,1976,สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล,2544) โดยปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่

พันธุกรรม หากมารดาหรือบิดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า และสูงถึง 4 เท่า ถ้าทั้งบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และระบบของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยมี norepinephrine, serotonin ต่ำ (สมภพ เรื่องตระกูล,2542;สมภพ เรื่องตระกูล,2543;มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวนิช,2542) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ ความรู้สึกสูญเสีย การลดแรงเสริมทางบวก ประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง ความรู้สึกสิ้นหวังหรือยอมจำนน ปัจจัยทางด้านความรู้คิด ได้แก่ การคิดเชิงลบที่มีต่อตนเอง โลก และอนาคต ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และประการสุดท้ายปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคม และการไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง บุตรหลาน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มักไม่กระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เบื่อและหมดความสนใจในการทำกิจวัตรประจำวันที่เคยทำ ขาดแรงจูงใจ มักมองว่าตนเองไม่ดี ไม่มีประโยชน์ ไร้ค่า เป็นภาระของลูกหลาน มาจากกระบวนการคิดในทางลบ ตนเองมีความผิดสมควรได้รับการลงโทษ ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย(สมภพ เรื่องตระกูล,) เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้า ขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ เรียนรู้ว่าตนเองอยู่ในภาวะไร้ความช่วยเหลือ ไร้ประโยชน์ หมดกำลังใจ เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง และสภาพแวดล้อมในการทำกิจกรรม การแก้ปัญหา จะนำไปสู่การลดกิจวัตรประจำวันและงานอดิเรก ทำให้แยกตัวออกจากความสนุกสนานและความหมายของชีวิต อารมณ์เศร้าจึงทำให้การทำพฤติกรรมตามปกติลดลง และแสดงอาการต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความรู้สึกสิ้นหวังและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง (Lewin,2008)

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลักฐานประจักษ์ซึ่งสนับสนุนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีปัญหาเรื่องข้อจำกัดของการทำหน้าที่ (Functional disability) Kendo et al., (2008) ทำการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทำให้สูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน (Instrument ADL) หรือการแสดงบทบาทส่วนบุคคลในชีวิตประจำวัน (Personal role) ร้อยละ 2.41 Callahan et al.,(1998) ศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective Cohort study) วัดอาการซึมเศร้ากับอัตราการตายและอธิบายสาเหตุของอาการซึมเศร้าสัมพันธ์กับความเสื่อมของร่างกาย (Physical decline) ของผู้ป่วยในระยะเวลา 6 ปี ติดตามผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 3,767 คน อายุ 60 ปีพบว่าอาการซึมเศร้าไม่สัมพันธ์กับอัตราการตาย แต่พบว่าอาการซึมเศร้ารายงานการมีข้อจำกัดการทำงานที่ (functional impairment) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึมเศร้า Kiossess et al.,(2001) ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 126 ราย มีข้อจำกัด (Disability) โดยรวมอยู่ในระดับสูง เฉลี่ย 24.81

ซึ่งการมีข้อจำกัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ส่งผลให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (ภัทรภรณ์ วิริยวงศ์,2551) Aris และคณะ (2009) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับข้อจำกัดของการทำหน้าที่ (Functional disability) ของผู้สูงอายุพบว่าข้อจำกัดของการทำหน้าที่สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น และเพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายการเกิดข้อจำกัด (Disability) ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Instrument ADL) ได้มากกว่าเพศชาย (Kiossess et al.,2001) Gallo และคณะ (2003) ศึกษาความเชื่อมโยงของอาการซึมเศร้าและข้อจำกัดของการทำหน้าที่ (Functional disability) ในผู้สูงอายุ โดยตั้งสมมติฐานว่าความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับข้อจำกัดของการทำหน้าที่อาจจะมีตัวกลางเป็นกระบวนการรู้คิด คือ ความจำ การแก้ไขปัญหาเมื่อเพิ่มความจำและความสามารถในการแก้ไขปัญหาในโมเดล อาการซึมเศร้าจะลดลง จะเห็นได้ว่าความจำและความสามารถในการแก้ไขปัญหาเป็นตัวกลางสำคัญ ระหว่างภาวะซึมเศร้าและข้อจำกัดการทำงานที่ McGuire และคณะ (2006) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะทุพพลภาพของการทำหน้าที่ (Functional disability) ในผู้สูงอายุซึ่งพบว่าปัจจัยหนึ่งคือ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดสามารถทำนายระดับของภาวะทุพพลภาพ และพบว่าการทำงานที่รู้คิดระดับต่ำชี้ให้ถึงอัตราการตายภายใน 2 ปี มากกว่าระดับการรู้คิดที่สูง การเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้คิดอาจเป็นตัวบ่งชี้เบื้องต้นของปัจจัยทางระบบประสาทและการแพทย์ ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพหรือมีข้อจำกัดในการทำงานที่ (functional disability) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าและข้อจำกัดของการทำหน้าที่ (functional disability) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy:CBT) มีประสิทธิภาพในการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Cuijpers,Straten and Smit,2006 ;Cole and McCusker,2001 ;Frazer et al,2005; Piquart and Sorensen,2001; Piquart et al,2006; Scogin et al,2005) ทำให้ผู้สูงอายุทนต่อการรักษาได้และดีกว่าการบำบัดรูปแบบอื่น (Laidlaw et al., 2008; Katona and Livingston, 2002; Insometa et al., 1998) ผู้สูงอายุส่วนมากชอบการรักษาแบบจิตสังคมมากกว่าการรักษาด้วยยา (Landreville et al., 2002) ซึ่งปัจจัยทางจิตสังคมที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ ได้แก่ ขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ การคิดบิดเบือน นำไปสู่การทำกิจวัตรประจำวันและงานอดิเรกลดลง ระดับการทำงานที่ลดลง รู้สึกหมดทางช่วยเหลือ ลึ้นหวังไร้ค่า ขาดการแสวงหาความ

ช่วยเหลือ ไม่ยอมแก้ไขสถานการณ์ (Laidlaw et al., 2003; Lewin, 2008; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ,2554;Beck,1979) อุปสรรคเหล่านี้สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการประเมินความคิดลบและความเชื่อ ซึ่งจะเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการบำบัดโรคซึมเศร้า (Beck,1979; Laidlaw et al.,2003) ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของ Laidlaw และคณะ (2003) เพื่อลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยแนวคิดนี้มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยรวมเอาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมาใช้เป็นกรอบในการประเมินโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยอธิบายถึงการเกิดโรคซึมเศร้าตามกรอบมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของ Beck (1979) ซึ่งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนี้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเน้นที่ตัวปัญหา การเพิ่มทักษะ และการจัดการกับสถานการณ์ปัจจุบัน (Laidlaw et al.,2003) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า การศึกษาการบำบัดด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดของ Laidlaw และคณะ (2003) ยังมีข้อจำกัด ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ตามแนวคิดของ Laidlaw และคณะ (2003) เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สำหรับการบำบัดเป็นรายบุคคล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากกลุ่มอาการซึมเศร้า โดยในระยะโรคซึมเศร้าที่รุนแรงจะนำไปสู่ภาวะเสี่ยงของการเสียชีวิต (Schulz, Drayer & Rollman, 2002) ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ทำให้ไม่มีความสุข ทำงานไม่ได้ เป็นโรคต่าง ๆ ตามมา มีอารมณ์เศร้าหงุดหงิด รู้สึกผิดหวังหรือกดดัน คิดว่าตนเองไร้ค่า พฤติกรรมที่เคยชอบหรือสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งเปลี่ยนเป็นไม่ชอบ ไม่สนใจ รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (รังสิมันต์ สุนทรไชยา ,2550; Soonthornchaiya, 2006) ตลอดจนภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากการลดแรงเสริมทางบวกให้

ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทำให้ขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ นำไปสู่การลดการทำกิจวัตรประจำวัน และงานอดิเรก โดยอารมณ์เศร้ามีผลทำให้ระดับการทำหน้าที่ลดลง (Lewin,2008) ภาวะซึมเศร้า สัมพันธ์กับข้อจำกัดของการทำหน้าที่ (functional disability) ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (นภา จิรัฐจินตนา,2554;ดวงใจ กสานติกุล,2542;Blazer,2009;Hays et al.,1995;Well et al.,1989)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจในแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้วยการนำเอาแนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของ Laidlaw และคณะ (2003) มาปรับใช้สำหรับพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษานี้ได้ใช้หลักการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Laidlaw และคณะ (2003) ที่มีความเฉพาะกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยเน้นที่ตัวปัญหา การเพิ่มทักษะ และการจัดการกับสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาความจำ การสื่อสาร อาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ความรู้สึกสิ้นหวัง และการเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ของการสูงอายุ (Laidlaw et al.,2003) โดยเนื้อหาของ การบำบัดเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อลดภาวะซึมเศร้าจนส่งผลต่อการเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โดยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดำเนินการบำบัดเป็นรายบุคคล ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาทีสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง จำนวน 5 สัปดาห์ติดต่อกันดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และปัญหาที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ภายใต้กรอบแนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพมีความสำคัญอย่างมากเนื่องจากผู้สูงอายุไม่คุ้นเคยกับการบำบัด ซึ่งอาจมีความกังวลและคาดหวังถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้น ผู้บำบัดต้องอธิบายเพื่อให้ผู้สูงอายุทราบเกี่ยวกับความคาดหวังในการรับการรักษา ซึ่งต้องเป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้สูงอายุและผู้บำบัด บอกระยะเวลาของการเริ่มต้นและสิ้นสุดการบำบัดอย่างชัดเจน และรูปแบบของการบำบัดเป็นการมุ่งช่วยแก้ปัญหาที่เป็นปัจจุบันของผู้สูงอายุ (Laidlaw et al.,2003) และการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ซึ่ง Lewinshon(1985) (cite in Laidlaw et al.,2003) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ รวมทั้งการคิดเชิงลบเมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้าขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง

และสภาพแวดล้อมในการทำกิจกรรม การแก้ปัญหา นำไปสู่การลดการทำกิจวัตรประจำวันและงานอดิเรก โดยแยกตัวออกจากความสนุกสนานและความหมายของชีวิต และอารมณ์เศร้าทำให้มีการลดลงของการเกิดพฤติกรรม และอาการต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความสิ้นหวังและทำให้ระดับการทำหน้าที่ลดลง (Lewin,2008)

ครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ส่งผลต่อปัญหาการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น โดยการสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด (Cognition) และอารมณ์ ความรู้สึก (affect) หรือ พฤติกรรม (Behavior) (A-B-C Technique) และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ โดยช่วงต้นผู้บำบัดจะสอบถามถึงความเชื่อมโยงว่า อายุสัมพันธ์กับความคิดลบอย่างไร ทำให้ส่งผลอย่างไรต่อวัยสูงอายุ(Laidlaw et al.,2003) และการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การที่ผู้รักษาทำหน้าที่เป็นครูช่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วยมีความแม่นยำหรือสมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากสาเหตุอื่น ๆ หรือเป็นการตีความที่เป็นไปอย่างอื่น หรือเป็นการค้นหาว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยถูกต้องสมเหตุสมผลเพียงใด ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาด เกินจริงที่มักจะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภาคย์ ,2542) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นเหมาะสม วิเคราะห์ความคิด ทศนคติ การให้ความหมายของผู้ป่วยต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้น ๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผล และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง ตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al.,1979)

ครั้งที่ 3 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ในช่วงต้นของการรักษาผู้บำบัดจะบันทึกความเชื่อมโยง เกี่ยวกับอายุสัมพันธ์กับความคิดลบ โดยใช้คำถามมาตรฐานการปรับโครงสร้างทางความคิด เช่น หลักฐานที่ต่อต้านความคิดนี้คืออะไร ผลจากการยึดถือความเชื่อนี้คืออะไร (Laidlaw et al.,2003) เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ Automatic Thought ค่อนข้างไม่มีเหตุผลไม่เป็นความจริงทำให้ผู้ป่วยมีความคิดบิดเบือน (Wright and Beck,1995 อ้างถึงใน กุลธิดา สุภาคุณ,2549) ซึ่งผู้ป่วยซึมเศร้าจะเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นการคิดซ้ำ ๆ แล้วก่อให้เกิดความเจ็บปวด หรือนำไปสู่อารมณ์ที่ไม่เป็นสุข (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต,2549) การฝึกหยุดความคิดจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการควบคุมความคิดและสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม ผู้บำบัดจะช่วยผู้ป่วยค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหา และให้

ผู้ป่วยนึกถึงปัญหานั้น ๆ และผู้บำบัดจะบอกให้ผู้ป่วย “หยุด” ความคิดที่เกิดขึ้น แล้วนำเทคนิคบอกตนเองนี้ใช้ในชีวิตจริง (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย,2549) และการเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงแรงจูงใจ หรือ ความหวัง (Hope) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลเสียของความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น และประโยชน์ที่เกิดขึ้นหากมีการปรับเปลี่ยนความคิด โดยการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาเพื่อปรับโครงสร้างความคิด โดยใช้เทคนิคการแก้ปัญหา คือ ลักษณะปัญหาคืออะไร ผู้ป่วยต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงแนวทางหรือจุดมุ่งหมายเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาอย่างไร มีวิธีไหนบ้าง ผลดีผลเสียที่จะเกิดขึ้น และผลลัพธ์ที่ได้เป็นอย่างไร (Laidlaw et al.,2003) จากสถานการณ์อันส่งผลต่อความพร้อมของการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเสริมแรงจูงใจโดยให้ถึงข้อดีที่จะได้จากการปรับเปลี่ยนความคิด และมอบหมายเป็นการบ้านโดยให้บันทึกความสามารถในการแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันลงในแบบบันทึกความสามารถในการแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 4 วิเคราะห์ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรม การปรับพฤติกรรม วิเคราะห์และค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา เทคนิคการแก้ปัญหา (Problem-solving technique) มี 5 เทคนิคง่าย ๆ สำหรับเป็นตัวเลือกในการจัดการกับปัญหา โดยสอนผู้ป่วยให้จำขั้นตอนในการแก้ปัญหาด้วยตัวย่อคือ S คือลักษณะของปัญหา O คือ แนวทางของเป้าหมายและจุดมุ่งหมาย (ผู้ป่วยต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงปัญหาอย่างไร) L คือ รายการทางเลือก (วิธีไหนที่เป็นไปได้) V คือ ดูผลกระทบที่จะเป็นไปได้อีก (ข้อดีและข้อเสีย) E คือ ประเมินผลลัพธ์ (ได้ทำงานใหม่) (Laidlaw et al.,2003) ซึ่งผู้บำบัดสามารถช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะ วิธีการแนวทางแก้ไขที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย,2549)

ครั้งที่ 5 ทบทวน CBT และยุติการบำบัด เป้าหมายของการบำบัดของขั้นตอนนี้ประสบความสำเร็จ คือ การเตรียมการเพื่อให้การบำบัดในระยะนี้เสร็จสมบูรณ์ และวางแผนเพื่อป้องกันการกลับเป็น ผู้บำบัดควรให้กำลังใจและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยในการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมว่าพวกเขาสามารถทำได้ ให้การช่วยเหลือในระยะการกระตุ้นเพื่อการบำบัด เป็นช่วง ๆ ให้กำลังใจผู้ป่วยว่าไม่มีใครที่จะแก่เกินเรียน (Laidlaw et al.,2003)

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมตามแนวคิดของ Laidlaw และคณะ (2003) จะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสูงกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
3. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งโดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา นครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ของโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา นครินทร์ ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 40 คน โดยมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงมากและไม่มีภาวะสมองเสื่อม

ตัวแปรที่ต้องการศึกษา มีดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
2. ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา นครินทร์ โดยมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงมากและไม่มีภาวะสมองเสื่อม

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ประกอบด้วย ความสามารถด้านการประกอบอาชีพ ความสามารถด้านการจัดการอาการทางจิต ความสามารถด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม ความสามารถด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการดูแลตนเอง ประเมินโดยแบบประเมินการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment of Functioning; GAF) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: ออนไลน์)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติของอารมณ์ ร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรม โดยมีการแสดงออกของอารมณ์เศร้า หม่นหมอง หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกเบื่อหน่าย น้ำหนักลด ขาดแรงจูงใจ เก็บกดมีความรู้สึกว่าการดำเนินชีวิต มีความคิดบิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย ประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1961) ซึ่งแปลโดย เซาวณี ล่องชุมผล (2547)

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติกายภาพในการช่วยเหลือซึ่งเป็นลักษณะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ เน้นให้ค้นหาและตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงร่วมกับแก้ไขความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น ให้เรียนรู้และฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาและการเกิดแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Laidlaw และคณะ (2003) เป็นพื้นฐานการพัฒนาโปรแกรม ดำเนินการบำบัดเป็นรายบุคคล ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง จำนวน 5 สัปดาห์ติดต่อกัน ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และปัญหาที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ภายใต้กรอบแนวคิด CBT หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ที่เป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการเชื่อมโยงปัญหาที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน CBT ตามแนวคิดของ Laidlaw และคณะ (2003)

ครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ส่งผลต่อปัญหาการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการ เชื่อมโยงอาการ 1-2 อาการ ที่เป็นปัญหาในการดำเนิน

ชีวิตประจำวันและร่วมอภิปรายถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม ที่ส่งผลให้เกิดความพร่องของการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการเชื่อมโยงความสัมพันธ์แบบ 3 คอลัมน์ (A-B-C model) คือ (A) สถานการณ์ (B) ความเชื่อ และ (C) อารมณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบของตนที่ส่งผลต่อความพร่องในการทำหน้าที่ ลงในแบบบันทึกความผิดปกติของการคิด

ครั้งที่ 3 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ สร้างแรงจูงใจ หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที ในการฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่และสร้างแรงจูงใจ โดยการให้บอกข้อดีข้อเสียของการปรับเปลี่ยนความคิด และฝึกทักษะการเผชิญปัญหา

ครั้งที่ 4 วิเคราะห์ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที ในการส่งเสริมทักษะที่จะเพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหาก็กระตุ้นความคิด ได้แก่ การเล่นเกมสับวงเลข การต่อภาพ และสอบถามถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบทำ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าและชื่นชมถึงความสามารถที่ปฏิบัติได้และให้กำลังใจในการปฏิบัติต่อ พร้อมทั้งการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 5 ทบทวน CBT และยุติการบำบัด หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 5 ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา ให้ผู้ป่วยสรุปประโยชน์ที่ได้จากการเข้ารับการบำบัดและแนวทางที่จะนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน และประเมินความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของตนภายหลังเข้ารับการบำบัด

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจคัดกรอง พบจิตแพทย์ และการให้การดูแลสุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา และอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับและให้คำปรึกษาเพิ่มเติมในรายที่มีข้อสงสัย และติดตามต่อเนื่องในการมาตรวจรับบริการครั้งต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้รูปแบบการบำบัดที่สามารถนำมาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาล

2. ด้านการศึกษา เป็นการพัฒนางานองค์ความรู้เรื่องแนวคิดและรูปแบบการปฏิบัติการ
พยาบาลที่ต้องใช้ทักษะในการบำบัดทางจิตในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 1.2 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.3 สาเหตุของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.5 ระดับและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
 - 1.6 การประเมินและการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.7 การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.8 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
3. แนวคิดการทำหน้าที่
 - 3.1 ความหมายของการทำหน้าที่
 - 3.2 องค์ประกอบของการทำหน้าที่
 - 3.3 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่
 - 3.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
4. แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้สูงอายุ
 - 4.1 กรอบแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 4.2 เป้าหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

- 4.3 กระบวนการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- 4.4 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- 4.5 การจัดการกับความคิดลบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- 4.6 การเปลี่ยนความเชื่อหลักและการสันนิษฐาน (Assumptions)
5. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เป็นโรคทางจิตเวชโรคหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างยิ่ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า คำว่า "โรคซึมเศร้า" และ "ภาวะซึมเศร้า" ได้มีการใช้ทั้งสองคำนี้ในความหมายเดียวกันในทางคลินิก กล่าวคือ มีการอธิบายสาเหตุการเกิด อาการ/อาการแสดง และการประเมินเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึ่งอาจใช้เกณฑ์จำแนกได้ตามคู่มือการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition, Text Revision; DSM-IV-TR) หรือ ใช้เกณฑ์บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision; ICD-10) ส่วนภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้และหายไปได้เองไม่เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นกระบวนการทางพยาธิสภาพที่ไม่ใช่การตอบสนองตามภาวะปกติของกระบวนการสูงอายุ การแสดงอาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมักแสดงออกโดยมีความเสื่อมทางกายเพิ่มขึ้น เช่น การทำหน้าที่ต่าง ๆ และการดูแลตนเองลดลง (Cooke and Tucker, 2001)

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้หลากหลายดังต่อไปนี้

Apfeldorf and Alexopoulos (2003) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุเป็นสาเหตุหลักของความเสื่อมของร่างกาย (impairment) สุขภาพจิต และการทำหน้าที่ทางสังคม โดยอาการและอาการแสดงมีความทับซ้อนกับโรคทางกาย โดยมีอารมณ์เศร้าและขาดความสนใจสิ่งต่าง ๆ ที่เคยสนใจ เป็นลักษณะสำคัญของโรคซึมเศร้า

Beck (1967) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่แสดงความเป็นเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม เนื่องจากมีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต ทำให้มีการแสดงออกโดยตำหนิ ติเตียน และลงโทษตนเอง ประเมินตนเองว่าไร้ค่า เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ และสิ่งกระตุ้น สิ้นหวัง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ มีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียความรู้สึกทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับ เริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้นจนกระทั่งทำให้มีอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม หลีกหนีออกจากสังคมและไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ศิริพร จิรวัดมนกุล (2546) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าไว้ 3 นัย ได้แก่ 1) นัยทางด้านอารมณ์ (Mood) และความรู้สึก (Feeling) โดยเป็นนัยของภาวะซึมเศร้าที่แสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกหงอยเหงา เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หมดหวัง 2) นัยทางอาการ (symptoms) ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่แสดงออกถึงอารมณ์เศร้า เช่น หมดความสนใจกิจกรรมที่เคยชอบ เบื่ออาหาร แยกตัว เหมือนป่วยทางกายเรื้อรังแต่หาสาเหตุไม่ได้ 3) นัยของการเป็นโรค (Disease) หมายถึง ภาวะซึมเศร้าหรืออาการเศร้าที่แสดงถึงความเจ็บป่วยทางจิต และอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood disorder หรือ Affective disorder)

ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลง หรือน้ำหนักลด หมดอารมณ์เพศ คิดอยากตาย และมีผลกระทบในด้านสังคม อาชีพ ทำให้พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปกลายเป็นแยกตัว

มานิช หล่อตระกูล (2550) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่บุคคลมีอารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย โดยในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายนี้จะเป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยเช่นกัน ผู้ป่วยมักทนเสียงดังหรือมีคณรบกวนไม่ได้ มักอยากอยู่คนเดียวเงียบ ๆ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติของอารมณ์ ร่างกาย จิตใจ แรงจูงใจ ความคิด และพฤติกรรม โดยมีการแสดงออกของอารมณ์เศร้า หมดหมอง หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกเบื่อหน่าย น้ำหนักลด ขาดแรงจูงใจ เก็บกด กัดคั่น มีความคิดบิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย

1.2 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ความชุกของโรคซึมเศร้าจะเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น และมีความสัมพันธ์กับการมีข้อจำกัด (Disability) โดยจะเกิดผลกระทบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (Alexopoulos, 2005) การศึกษาทางระบาดวิทยาในอังกฤษและเวลล์พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าที่สำคัญ โดยร้อยละ 8.7% มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง เป็นเรื่องที่น่าทึ่งว่าจะผิดปกติโดยภาวะซึมเศร้ายังมีอัตราที่สูงในผู้สูงอายุ (McDougall et al., 2007) ในประเทศไทยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อย ความชุกของอาการซึมเศร้าในเขตชุมชนเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 17.5 เป็น ร้อยละ 82.3 และ ร้อยละ 19.9 ถึง ร้อยละ 80.3 ในเขตชุมชนเมือง ส่วนเขตชานเมือง ร้อยละ 17 ถึง ร้อยละ 84.8 โดย

ขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่ใช้วัด โดยความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีหลายปัจจัยและมีแนวโน้มที่จะเกิดในชุมชนเมือง (Wongpakaran, 2008)

1.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่อธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าแบ่งได้เป็น 4 ทฤษฎีดังต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูล, 2544; Lewin, 2008)

1.3.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา

1.3.1.1 ปัจจัยด้านชีวเคมี (Biochemical factors) จากการศึกษาด้านชีวเคมีของสมอง (Schildkraut อ้างถึงใน ชาลินี สุวรรณยศ, 2542 อ้างถึงใน เชาวณี ล่องชุมผล, 2549) พบว่า บุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับการลดระดับของสารสื่อประสาทในสมอง กลุ่มแคทีคอลลามีน (catecholamine) ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) โดปามีน (dopamine) และ ซีโรโทนิน (serotonin) โดยเฉพาะอย่างยิ่งนอร์อิพิเนฟริน สาเหตุของการลดของสารสื่อประสาทกลุ่มแคทีคอลลามีน อาจจะเนื่องมาจากพันธุกรรม องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม หรืออาจจะเกิดจากระบบการภายในร่างกายเอง คือ นอร์อิพิเนฟรินมีการกระจายไปที่อื่น ๆ หรือเกิดการดูดซึมกลับหรือถูกเผาผลาญไปก่อน โดยอาจจะสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นซึ่งระดับความเข้มข้นของสารซีโรโทนินจะลดต่ำลงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับภาวะสมองเสื่อม

1.3.1.2 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) มีการศึกษาในฝาแฝดพบว่า ในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันอัตราความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงร้อยละ 50 ในฝาแฝดไข่คนละใบอัตราความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงร้อยละ 10 - 25 และจากรายงานของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน พบว่า โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะพบในผู้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้เคียง ได้แก่ พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย หรือพี่น้องบิดามารดาเดียวกัน มากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 1 เท่าครึ่ง ถึง 3 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

1.3.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors)

1.3.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory) ซึ่ง Freud อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก เนื่องจากความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงตัวเอง (narcissistic personality) เมื่อบุคคลประสบกับการสูญเสียทั้งสูญเสียหรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง มีผลทำให้ตัวตน (ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลายซึ่งตัวตนเป็นตัวกลางในการแสดงออกทางบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้

(perception) ความจำ (memory) การตัดสินใจ (judgement) ความมีเหตุผล (reasoning) การแก้ปัญหา (problem solving) และการตัดสินใจในการกระทำ (decision making) ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความมีเหตุผล (logical) และความถูกต้อง (correct) เมื่อตนลดต่ำลงหรือถูกทำลายจึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเองออกจากความซึมเศร้า และความรู้สึกเกิดการยับยั้งไม่ให้มีการต่อสู้เพื่อปกป้องตนเอง รู้สึกผิดและบันดลโทสะ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดจัดการกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ ทำให้มีความคิดทางลบต่อตนเอง

1.3.2.2 ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (Reduced Positive Reinforcement) ของ Lewinshon (Lewinshon,1985 cite in Laidlaw et al.,2003) ซึ่งเชื่อว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้าขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองและสภาพแวดล้อมในการทำกิจกรรม การแก้ปัญหา นำไปสู่การลดการทำกิจวัตรประจำวันและงานอดิเรก โดยแยกตัวออกจากความสนุกสนานและความหมายของชีวิต และอารมณ์เศร้าทำให้มีการลดลงของการเกิดพฤติกรรม และอาการต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความสิ้นหวังและเชื่อว่าทำให้ระดับการทำหน้าที่ลดลง (Lewin,2008)

1.3.2.3 ทฤษฎีพัฒนาการและประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้งโดยเฉพาะการถูกแยกจากบุคคลที่มีความสำคัญใน 6 เดือนแรกของชีวิต ทำให้มีความรู้สึกเศร้า ความคิดและคาดหวังเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ไม่สามารถปรับตัวได้ทากรที่ถูกทอดทิ้งในขวบปีแรกของชีวิตทำให้เกิดความเศร้า (Analytic Depressions) จะพบว่าผู้มีพฤติกรรม การเจริญเติบโตหยุดชะงัก มีอาการเศร้าตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะมีพฤติกรรมเศร้ามาก ในวัยสูงอายุประสบการณ์ความล้มเหลว การพรากจาก การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางครอบครัวและสังคมทำให้เกิดความรู้สึกไร้ค่า ล้มเหลว หมดหวังกับชีวิต

1.3.2.4 ทฤษฎีความสิ้นหวัง หรือการยอมจำนนจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness Theory) ของเซลิกันแมน (Seligman cited in Wilson,Spence,and Kavanang,1989 อ้างถึงใน เซาวนี่ ล่องชุมผล,2549) อธิบายว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่ได้ ช่วยเหลือไม่ได้ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (helplessness) ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดการปลดปล่อยสถานการณ์แบบเลยตามเลยไม่ยอมแก้ไข ประกอบกับขาด

แรงเสริม (inadequate reinforcement) ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า สรุปรวมแนวคิดนี้โรคซึมเศร้าอาจเกิดจากการถูกลดโทษ การพ่ายแพ้ การล้มเหลว การสูญเสีย หรือการประสบกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตด้านลบมาก่อน ก่อให้เกิดการเรียนรู้หรือมีความคิดว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะแก้ไขปัญหาวีชีวิตอย่างไร ก็จะไม่ประสบผลสำเร็จทั้งสิ้น แล้วพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ความสิ้นหวังเกิดขึ้น

1.3.3 ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factors) ทฤษฎีด้านการรู้คิด พบว่าความเศร้าเกิดจากการมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง Beck (1976) ได้ระบุถึงความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการ คือ ความคาดหวังด้านสิ่งแวดล้อมในทางลบ ความคาดหวังตนเองในทางลบ และความคาดหวังอนาคตในทางลบ ความรู้สึกในทางลบของบุคคลจะมีผลในการทำลายพัฒนาการทางความคิดของบุคคล ทำลายความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกของตนเองที่ว่าต่ำต้อยและเศร้ามาก เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความคิดและความรู้สึกทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตมีมากขึ้นเนื่องจากความสูญเสียและความเปลี่ยนแปลง

1.3.4 ปัจจัยทางสังคม (Social factors) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เป็นผลจากจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพปรับตัวไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัวตามมา ผู้สูงอายุการปรับเปลี่ยนบทบาททั้งในครอบครัวและสังคม รวมทั้งรายได้ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความเคารพและยอมรับจากบุตรหลานหรือคนรอบข้างลดลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) สังคมของผู้สูงอายุจะแคบลงตามลำดับ และแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น เหลือเพียงครอบครัวเพื่อนและวัดเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงของสังคมนี้เป็นความสูญเสียที่มากที่สุดของชีวิต มีผู้ทำการศึกษา พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคม ในขณะที่สุขภาพไม่ดี เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า Blazer and Hughes (1991) อ้างถึงใน อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง, 2554) ศึกษาโดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำนวน 125 คน ที่เป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับการขาดการสนับสนุนทางสังคม 6-12 เดือนต่อมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีชีวิตอยู่ และหากมีการสนับสนุนทางสังคมดีขึ้น จะมีอาการดีขึ้น ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นสามารถเป็นตัวทำนายในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ได้โดยสรุปปัจจัยทางสังคม เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Heisel et al., 2009) ความสัมพันธ์ทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม (Blazer and hughes, 1991; Nordhus, et al., 1998) อ้างถึงใน อุดม

ลักษณะ ศรีเพ็ง,2554) และปัจจัยที่สำคัญของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่แตกต่างไปจากวัยอื่น คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณและความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติศาสนามีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุชาวยุโรป การเผชิญปัญหาโดยใช้ความเชื่อทางศาสนา หรือ การถูกสอนทางศาสนา ซึ่งมีผลเกี่ยวข้องกับสุขภาพทางอารมณ์ พบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าลดลง ความรู้สึกของความไร้ค่าลดลง ลดการแยกตัวจากสังคม ลดความรู้สึกสิ้นหวัง แต่การเผชิญปัญหา โดยความเชื่อทางศาสนาไม่มีผลต่ออาการทางกาย (Blazer,2009)

1.4 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุมีอาการและอาการแสดงแตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยอายุน้อย ลักษณะเด่นชัด(สมภพ เรื่องตระกูล,2547) ดังนี้

1.4.1 อาการไม่สบายทางกายมาก ในขณะที่ความผิดปกติทางอารมณ์ไม่มาก หรือไม่ชัดเจน อาการสำคัญคือ มีอาการ Hypochondriasis ผู้ป่วยจะกังวลว่าตนเองสุขภาพไม่ดีมีอาการไม่สบายทางกายหลายอย่าง เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง สมอองมีนชา ปวดศีรษะ ท้องอืดเพื่อแน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียนบางรายกังวลในโรคทางกายที่ร้ายแรง อารมณ์เศร้าที่แสดงออก เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือใจคอเศร้าหมอง ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย เมื่อมาพบแพทย์ไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าเลย อาจเป็นเพราะขณะนั้นไม่มีอารมณ์เศร้าหรือมี แต่คิดว่าไม่สำคัญจึงไม่บอก ด้วยเหตุนี้จึงควรถือเป็นหลักว่า ถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ต้องถามถึงอารมณ์หรือความรู้สึกเสมอ อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาที่ไม่เศร้าอาจรู้สึกสนุกสนานหรือมีอารมณ์ขันได้ แต่เมื่อเป็นมากอารมณ์เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา ไม่คงที่บางเวลาเศร้าเล็กน้อย บางเวลาเศร้ายาก ส่วนมากจะมีเวลาเศร้ายากที่สุดตอนเช้า และจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่าการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้ายาตามเวลาเช่นนี้ เป็นลักษณะสำคัญของผู้มีภาวะซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย อาการนี้เป็นอาการสำคัญ พบในผู้ป่วยเกือบทุกรายจะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงนี้แต่ควบคุมไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดก็ไม่สบายใจเช่นกัน เพราะผู้ป่วยหงุดหงิดง่ายบ่อย ต่างก็ไม่รู้สาเหตุมักจะเล่าว่าไม่มีใครเข้าใจว่าตนไม่สบาย และตนก็ไม่อยากเป็นเช่นนี้ แต่เมื่อรู้สึกหงุดหงิดก็ไม่ทราบจะควบคุมอย่างไร ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ กิจกรรมประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อและไม่สนใจดังเช่นเคย

1.4.2 อาการไม่รู้สึกลอยอยากอาหาร บางรายรู้สึกอยากอาหารมากกว่าธรรมดา ส่วนมากน้ำหนักจะลดลง 2-5 กิโลกรัม เมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก การนอนไม่หลับมักจะปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่น ในระยะแรกของโรค

ผู้ป่วยอาจหลับยากหรือหลับไม่สนิท ผื่นรำย หรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นมักจะเป็นอีกแบบหนึ่ง เรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย (terminal insomnia)” ซึ่งเป็นอาการสำคัญลักษณะดังกล่าวคือ เมื่อเข้านอนผู้ป่วยจะหลับได้ตามปกติ แต่ตื่นตอนดึก เช่น ตี 1 ตี 2 แล้วหลับอีกไม่ได้หรือหลับได้ยากและมักจะนอนไม่หลับสนิทจะเป็นเช่นนี้บ่อย หรือทุกคืนจนรู้สึกเหมือนมีนาฬิกาปลุกให้ตื่น ณ เวลานั้น และจะหงุดหงิด กระวนกระวายมากขึ้น บางรายมีอาการนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening) ซึ่งเป็นอาการสำคัญเช่นกัน ผู้ป่วยจะหลับได้ดี แต่ตื่นเช้ากว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง เช่น ปกติตื่นหกโมง เมื่อไม่สบายจะตื่นตีสี่หรือตีห้า อาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกกำลังกาย และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกายได้ เช่น แขนหรือขาผู้ป่วยบางรายคิดว่าเป็นโรคหัวใจ เพราะเหนื่อยง่าย ทำให้เกิดความกังวล และถ้ามีอาการใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกจะยิ่งกังวลมาก

1.4.3 ความคิดเชิงซ้ำ ตั้งแต่เริ่มไม่สบาย มีความคิด การเคลื่อนไหว ตลอดจน การพูดเชิงซ้ำ แรก ๆ จะสังเกตเห็นและซึมลง ความสนใจต่าง ๆ ลดลง ขณะเดียวกันจะเพิ่มความสนใจตนเอง โดยเฉพาะจะกังวลเกือบตลอดเวลาต่ออาการต่าง ๆ จะไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่ร่าเริงแจ่มใสเหมือนเช่นเคย ผู้ป่วยเองก็รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ และเกิดความกังวลใจมาก เพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝืนตัวเอง การกระทำต่าง ๆ จะเป็นการฝืนใจ เช่น การพูด การแต่งตัว การทำงาน หรือการอ่านหนังสือ ทั้งนี้เพื่อให้เหมือนปกติ แต่ก็ทำไม่ได้ สมาธิเสีย ความจำไม่ดี และลึ้มง่ายเป็นอาการสำคัญ โดยจะปรากฏขึ้นตั้งแต่เริ่มไม่สบาย หรือทำสมาธิปกติไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวล เพราะทำงานไม่ดี ผิดพลาด อาจคิดว่าเป็นโรคเนื้องอกในสมอง

1.4.4 ความรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า รู้สึกว่าตนเองไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถ สติปัญญาหรือเกียรติยศชื่อเสียง ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วย คิดอยากฆ่าตัวตายได้ เพราะผู้ป่วยจะมองตัวเองในด้านไม่ดี และไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา เป็นภาระของครอบครัวและนำความยุ่งยากมาให้ ถ้าไม่มีตนทุกคนก็สบาย ดังนั้นจึงควรตายไปเสีย ผู้ป่วยเศร้ามากมักจะรู้สึกมีความผิด และตำหนิตนเอง โดยไม่มีความผิดแต่อย่างใด หรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญ ความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิด เป็นคนไม่ดีบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานจะมีมาก และความคิดอยากตายจะรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยบางรายจะไม่บอกว่ามีอาการเช่นนี้ ถ้าแพทย์ไม่ถามจึงควรถือเป็นหลักว่าเมื่อพบผู้ป่วยเศร้าต้องถามอาการนี้ทุกราย

สรุปได้ว่า อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีอาการทางอารมณ์ และอาการทางกายสัมพันธ์กัน ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าเพิ่มขึ้น อาการหลักของภาวะซึมเศร้ารุนแรง เมื่อป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงส่งผลต่ออารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่น ๆ มีอาการเกือบตลอดเวลา วันนานกว่า 2 สัปดาห์

1.5 ระดับและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

แบ่งออกได้เป็นระดับต่างๆ ดังนี้ (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส เศร้าเหงาหงอยชั่วคราว ผู้สูงอายุทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตน ความตั้งใจในการทำงานลดลง การนอนหลับเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้นซึ่งจะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้

ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่นานและตลอดเวลาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด รู้สึกไร้ความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ ทำให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัวแทบจะไม่มีวี่แวงเคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งนิ่งๆเฉยๆในท่าเดียวกันนานๆ หรืออาจผุดลุกผุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างซ้ำๆ เจ็บ ซึม ผู้สูงอายุที่มีอารมณ์เศรหาระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักจะแยกตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม พยายามฆ่าตัว

1.6 การประเมินและการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

1.6.1 การประเมินและการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจากอาการและอาการแสดง

การประเมินภาวะซึมเศร้าจากอาการและอาการแสดง มีการประเมินได้ 2 ประเภท คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (interview and observe related scale) และการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยการประเมินตนเอง (Self-report) ซึ่งมีผู้พัฒนาการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยสร้างแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ทั้ง 2 ประเภท ดังนี้ (Maston, 1993; Yonkers and Samson, 2000 อ้างถึงใน เชาวณี ล่องชุมพล, 2547)

1.6.1.1 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression [Ham-D]) สร้างโดยแฮมิลตัน (Hamilton) แบบประเมินสร้างเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะแรก แบบประเมิน

ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ เน้นการประเมินในด้านอารมณ์ อาการทางกาย เช่น อ่อนล้า ปากแห้ง รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ วิตกกังวล (anxiety) หงุดหงิด กระวนกระวาย และการหยิ่งรู้ (agitation and insight) ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินใจอาการซึมเศร้าของผู้รับการประเมินและต้องได้รับการฝึกมาก่อน จึงจะใช้แบบประเมินได้เหมาะสม

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมอนทิงโกเมอร์รี และแอสเบอร์ก (Montgomery-Asberge Depression Rating Scale [MADRS]) สร้างขึ้น Montgomery and Asberg (1979) แบบประเมินสร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่รุนแรงของโรคซึมเศร้า ใช้การประเมินการเปลี่ยนแปลงของผลการรักษาเป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ ต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลสมบูรณ์

1.6.1.2 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง ซึ่งนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูล และสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory [BDI]) สร้างครั้งแรกโดย Beck (1961) ซึ่งแปลโดย เชาวน์ ล่องชุมผล (2547) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .86 แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าและอธิบายถึงสาเหตุของโรคซึมเศร้า เน้นการประเมินความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมใช้กับบุคคลอายุตั้งแต่ 13-80 ปี แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถาม 21 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0-63 คะแนน เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นอาการทางกาย 6 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-9 คะแนน) ซึมเศร้าเล็กน้อย (10-16 คะแนน) ซึมเศร้าปานกลาง (17-23 คะแนน) และซึมเศร้ารุนแรง (24 คะแนนขึ้นไป) แบบประเมินนี้ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นิยมใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยมาก แต่มีข้อจำกัดที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของบุคคลในช่วงอายุที่แตกต่างกันมาก

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung self-Rating Depression Scale [Zung SDS]) สร้างขึ้นโดย Zung (1982) แบบประเมินสร้างขึ้นเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้าน

ระบบประสาท ควบคุมการทำงานของร่างกายและจิตใจ (Psychomotor disturbance) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 คำถาม แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1-4 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0-80 คะแนน ข้อจำกัดของแบบประเมิน คือ ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของโรคได้ดีเท่าที่ควร ไม่สามารถแยกโรคซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเองและโรคซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ อีกทั้งยังขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม (ชัดเจน จันทรพัฒน์,2542)

3. แบบประเมินระดับชาติวิทยาของภาวะซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา แบบประเมินสร้างเพื่อประเมินอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรม เน้นการประเมินด้านการรู้คิด (Cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affect feelings) ด้านพฤติกรรม (behavioral manifestation) และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Somatic disturbance) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวม 0-60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า มีการศึกษาพบว่า ข้อจำกัดคือ ไม่สามารถแยกโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ว่าเป็นแบบเฉียบพลันหรือเกิดจากความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลจากการเจ็บป่วยอื่น

4. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale:TGDS) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย นิพนธ์ พวงรินทร์และคณะ (2537) ได้รวมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยาจาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย แบบวัดมีคะแนนระหว่าง 0-30 คะแนน โดยคำถามจะมี 30 ข้อ เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 กลุ่มผู้วิจัยได้กำหนดค่าคะแนนรวมระหว่าง 0-12 คะแนน เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน ถือว่ามีความเศร้าเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน มีความเศร้าปานกลาง และคะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน เป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง มีข้อจำกัดคือ เป็นแบบประเมินความเศร้าของผู้สูงอายุทั่วไป จึงไม่มีความเฉพาะกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา,2536) ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีความสอดคล้องกับการอธิบายโรคซึมเศร้าตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

1.6.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

1.6.2.1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (Text Revision) DSM-IV-TR ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2000) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.6.2.1 มีอาการดังกล่าวในข้อต่อไปนี้ตั้งแต่ 5 ข้อ ขึ้นไปเกิดขึ้นพร้อมกันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไปจากแต่ก่อนโดยมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อ ข้อ 1 อารมณ์ซึมเศร้า ข้อ 2 เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย หรือ Mood-incongruent delusion หรือ hallucination

1) มีอารมณ์เศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า หรือจากการสังเกตของผู้อื่น เช่น เห็นว่าร้องไห้ ในเด็กหรือวัยรุ่นสามารถเป็นอารมณ์หงุดหงิด

2) ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ แทบจะทั้งหมดลดลงมากโดยส่วนใหญ่ของแต่ละวันเป็นเกือบทุกวัน (โดยการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือการสังเกตของผู้อื่น)

3) น้ำหนักลดลงมากโดยไม่ได้ตั้งใจลดอาหารหรือเพิ่มอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหาร หรือเจริญอาหารแทบทุกวัน ในเด็กดูว่าน้ำหนักไม่เพิ่มตามที่ควรจะเป็น

4) นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากไปแทบทุกวัน

5) จิตและการเคลื่อนไหว (psychomotor) ระวังระส่ำระสาย (agitation) หรือเชื่องช้า (retardation) แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)

6) อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงทุกวัน

7) รู้สึกว่าตนไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม หรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแต่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

8) สมรรถภาพหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลงหรือการตัดสินใจอะไรไม่ได้แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

9) คิดเรื่องการตายอยู่เรื่อย (มิใช่แค่กลัวตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อย ๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

1.6.2.2 อาการเหล่านี้ไม่เข้ากับเกณฑ์ Mixed Episode

1.6.2.3 อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีคว
 วาสำคัญทางการแพทย์หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่บกพร่องลง

1.6.2.4 อาการนี้ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสารเสพติด
 ยา หรือจากภาวะการเจ็บป่วยทางกาย เช่น Hypoparathyroidism

1.6.2.5 อาการเข้าไม่ได้กับความโศกเศร้าอันเนื่องมาจาก
 มรณกรรมของคนที่ผู้ป่วยรัก (Bereavement) มีอาการคงอยู่นานเกิน 2 เดือน หลังสูญเสียผู้ที่ตน
 รัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนเองไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัว
 ตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation

1.6.2.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามการให้รหัสโรคตาม ICD-10 ได้แก
 รหัสต่อไปนี้ (ธนู ชาติธนานนท์, 2536)

F32.0 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวไม่รุนแรง (Mild depressive episode)

F32.1 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวปานกลาง (Moderate depressive episode)

F32.2 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวรุนแรงแต่ไม่มีอาการโรคจิต (Severe depressive
 episode without psychotic symptoms)

F32.8 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวแบบอื่น (Other depressive episodes)

F32.9 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวจากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด Depressive
 episode, unspecified

F33.0 อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำหลังเกิดขึ้นไม่รุนแรง (Recurrent depressive
 disorder, current episode mild)

F33.1 อารมณ์ซึมเศร้าที่กลับเป็นใหม่ กำลังมีอาการเกิดขึ้น อาการปานกลาง
 (Recurrent depressive disorder, current episode moderate)

F33.2 อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ กำลังเกิดขึ้นรุนแรง ไม่มีอาการโรคจิต (Recurrent
 depressive disorder, current episode severe without psychotic Symptoms)

F33.3 อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ กำลังเกิดขึ้นรุนแรง และมีอาการโรคจิต (Recurrent
 depressive disorder, current episode severe with psychotic Symptoms)

F33.4 อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำระยะหาย (Recurrent depressive disorder,
 currently in remission)

F33.8 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นซ้ำแบบอื่น (Other recurrent depressive disorder)

F33.9 อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำจากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด (Recurrent depressive disorder, unspecified)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ ICD-10 เพื่อให้สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

1.7 การรักษาโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันการรักษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุยังคงมีการรักษาเช่นเดียวกับวัยอื่น ๆ มาโนช หล่อตระกูล (2548) ได้จำแนกการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

1.7.1 การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในรายที่มีอาการมาก เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้ามาก นอนไม่หลับหรือหลับยาก กระวนกระวายมาก ไม่รับประทานอาหาร หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ ให้รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด

1.7.2 การรักษาด้วยยา การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค การรักษาระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ การรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 3-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว การป้องกันระยะยาว (Prophylactic treatment) การให้ยาเพื่อป้องกัน

1.7.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) เป็นการรักษาโดยกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้น ๆ เพื่อให้เกิดการชักของสมอง ถูกนำไปใช้ในการรักษาโรคจิตเภท และ mood disorder อย่างกว้างขวาง วิธีการนี้เป็นทางเลือกในการรักษาในผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้าแบบรุนแรง ไม่ตอบสนองต่อยา และการบำบัดทางจิตสังคม ในผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยที่คิดฆ่าตัวตาย หรือผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสารอาหาร ปฏิเสธการรับประทานอาหารหรือสารถาน้ำอย่างรุนแรง และสำหรับผู้ที่เคยรักษาด้วย ECT แล้วได้ผลดีมาก่อน แม้ว่าวิธีนี้ความนิยมลดลงหลังค้นพบยารักษาโรคจิตและยารักษาอาการซึมเศร้า แต่ยังคงจัดว่าเป็นการรักษาที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ในผู้ป่วยสูงอายุการรักษาด้วยไฟฟ้ามักเลือกใช้เป็นลำดับหลังๆ เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ

1.7.4 การรักษาด้วยจิตบำบัด

1.7.4.1 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavior therapy) เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง การ

รักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้นรวมถึงการปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา เป็นการให้แรงจูงใจ (reinforcement) เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการ และการไม่ให้ความสนใจ (ignore) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ วิธีการอื่นอาจใช้ร่วมด้วยคือ simple muscle relaxation technique โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคตและสิ่งแวดล้อมมากกว่าวัยอื่นๆเนื่องจากปัจจัยต่างๆมักใช้ได้ดี

1.7.4.2 การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy) เน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ว่าเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายการรักษา เพื่อลดอาการซึมเศร้า เพิ่มการยกย่องตัวเองและช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทาง และวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น และเนื่องจากการรักษานี้จะให้ระยะเวลาสั้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ ไม่ได้สร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมากใหม่ ไม่เน้นพัฒนาการตอนต้นของชีวิต แต่ก็เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้นในชีวิต ปัจจุบัน มีการศึกษา Interpersonal Psychotherapy ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Reynolds et al., 1999)

1.7.4.3 การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence Therapy) หรือการบำบัดโดยใช้ความทรงจำ มีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีพัฒนาการจิตสังคมของอีริคสัน (Erikson) ที่ให้ความสำคัญของขั้นพัฒนาการในวัยสูงอายุ ที่เรียกว่า “ความมั่นคงของสภาพจิตของบุคคล” (ego-integrity) ซึ่งเป็นขั้นที่บุคคลมีพัฒนาการของสภาพจิตในการมองชีวิตตนเองอย่างมีความสำคัญและมีความหมาย นำไปสู่ความรู้สึกภาคภูมิใจตนเอง ยอมรับชีวิตในปัจจุบันและความพึงพอใจในชีวิต สามารถเตรียมความพร้อมในการไปสู่ความตายโดยไม่กลัว ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลไม่สามารถพัฒนาสภาพจิตของตนให้มั่นคง จะนำไปสู่ความรู้สึกสิ้นหวังมองตนเองอย่างไร้ค่า นำไปสู่อาการซึมเศร้าหรือการเจ็บป่วยทางจิต กลไกที่จะช่วยในการมองชีวิต คือ กระบวนการระลึกถึงความหลังของช่วงชีวิตในอดีต โดยผ่านมุมมองการวิเคราะห์และประเมินเหตุการณ์หรือประสบการณ์ในอดีต โดยการบำบัดมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจอัตมโนทัศน์ คุณค่าที่สำคัญของชีวิต การแก้ปัญหาชีวิต และมีความรู้สึกปลอดภัย เป็นการรวบรวมประสบการณ์ที่มีความหมาย มีคุณค่าและสำคัญต่อบุคคลแล้วนำมารำลึกถึงความหลัง ทำให้พยาบาลได้เรียนรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ชีวิตในอดีตของผู้ป่วย ความยากลำบากในชีวิต ความกังวลใน กลไกการจัดการทางจิต ความรู้สึกสูญเสีย ความเข้มแข็ง ความกลัว และความรู้สึกถึง

ความสำเร็จ การพูดเกี่ยวกับอดีตที่ผ่านมาเป็นวิธีหนึ่งในการทำความเข้าใจกลไกการจัดการกับปัญหาที่ผ่านมาในอดีต และการนำมาใช้ในการแก้ปัญหาในปัจจุบัน เป็นการช่วยให้บุคคลเกิดความเพลิดเพลินในเหตุการณ์หรือประสบการณ์ในอดีตที่พอใจ ซึ่งเป็นกระบวนการคิดถึงประสบการณ์ในอดีตที่มีความหมายต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยยอมรับเหตุการณ์ในอดีตที่สามารถแก้ไขมาสร้างความมั่นใจความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปรับตัวต่อความคับข้องใจในปัจจุบัน มีแนวทางการแก้ไขปัญหา เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง นำมาสู่การลดอาการซึมเศร้าของโรคซึมเศร้าได้ การบำบัดวิธีนี้เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมีการนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (รังสิมันต์ สุนทรไชยา,2554)

1.7.4.4 การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ได้มีการพัฒนาทบทวนปรับปรุงทฤษฎีและแนวปฏิบัติของการฝึกการแก้ปัญหาโดย เดอซูลริลลา และเนชู และคณะทำงานร่วมกันในปี 1982 และ ในปี 1986 โดยที่แนวคิดนี้เชื่อว่า การที่บุคคลจะแก้ปัญหาได้นั้น เนื่องจากบุคคลสามารถรับรู้ปัญหาได้ตามความเป็นจริง คิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดา มองปัญหาในทางบวกเป็นสิ่งท้าทาย เปิดโอกาสให้ตนใช้เวลาและความพยายามแก้ปัญหา สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองจนสำเร็จกรณีที่ไม่สำเร็จมองว่าเป็นบุคคลธรรมดาที่ยังขาดประสบการณ์ ต้องได้รับการเรียนรู้เพิ่มเติม เป็นการบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการเชื่อมโยงระหว่างปัญหาชีวิตกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ชี้ให้เห็นถึงอาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างชัดเจน เป้าหมายและการแก้ปัญหาและการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหานั้น ทักษะการแก้ปัญหาเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาตนเองและเป็นสิ่งที่ยั่งยืนสำหรับผู้ป่วยเปรียบเหมือนกับการสอนให้บุคคลจับปลาเป็น เพื่อให้สามารถจับปลาได้ด้วยตนเองในครั้ง ๆ ต่อไป ผู้บำบัดช่วยเหลือ ชี้แนะให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาหรือตัดสินใจเองได้ เป้าหมายสูงสุดของการบำบัด คือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหาของตน รู้สึกถึงประสบการณ์ในการเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นที่ทำให้ตนเองมีภาวะซึมเศร้า และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ ซึ่งเป็นผลจากการที่เขาเรียนรู้ทักษะในการแก้ปัญหาวิธีใหม่ การบำบัดมีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ การทำความเข้าใจกับปัญหา และรูปแบบการแก้ปัญหา ซึ่งเป้าหมายหลักของแนวคิดการแก้ปัญหา คือ การมีเจตคติที่ดีต่อปัญหามองปัญหาในทางบวก และความสามารถในการคิดและค้นหาแนวทางหรือวิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจในเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้ซึ่งก็คือ รูปแบบการแก้ปัญหา (รังสิมันต์ สุนทรไชยา,2554)

1.8 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่ก่อให้เกิดความพร่องในการทำหน้าที่หลายด้าน โดยเฉพาะความผิดปกติของการทำหน้าที่ด้านอารมณ์และสังคมจะปรากฏเด่นชัด (Rottenberg and Gotlib, 2003) ภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานด้านอารมณ์และด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตลดลงและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้สูง (Blazer, Hybels and Pieper, 2001) และกระทบต่อการสูญเสียบทบาทในการทำหน้าที่ในสังคม การสูญเสียความสามารถในการแสดงออกในด้านต่าง ๆ และสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง (Kondo et. al., 2008) ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เพิ่มค่ารักษาทั้งระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟู (Tsai and Fang, 2007) เหล่านี้ล้วนเกิดผลกระทบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุดังนี้

1.8.1 ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย การศึกษาติดตามผู้สูงอายุที่มีอารมณ์เศร้าจำนวน 120 ราย ในระยะ 2 ปี พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 20 ซึ่งการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 20 (Murphy et al,1988 อ้างถึงใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล,2543) และการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (นภา จิรัฐจินตนา,2554) และยังพบว่าภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะทำให้สมองเปลี่ยนแปลงร่วมกับวัยสูงอายุ ที่มีความบกพร่องทางด้านความทรงจำ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดอาการหลงลืม มีโรคสมองเสื่อมร่วมด้วย (Blazer,2009) ภาวะซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุหลักของน้ำหนักตัวลดลงในผู้สูงอายุ (Morley and Kraenzle,1994)

1.8.2 ผลกระทบด้านการมีสัมพันธภาพ เกิดการแยกตัวเองออกจากสังคม ทำให้โดดเดี่ยว ขมขื่นใจ มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย อารมณ์ร้าย ไม่ไว้วางใจผู้อื่น และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า และจะส่งผลกระทบต่อคนรอบ ๆ ตัว เช่น ครอบครัว เพื่อน เป็นการเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญและทัศนคติเกี่ยวกับชีวิต ผู้ป่วยอาจคิดว่าปัญหาด้านสัมพันธภาพเป็นต้นเหตุของความทุกข์ของตนเอง และคิดว่าการปรับตัวที่ดีที่สุดคือ การติดต่อกับผู้อื่นน้อยลงหรือการยุติความสัมพันธ์ (สมภพ เรืองตระกูล,2552)

1.8.3 ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคซึมเศร่าก่อให้เกิดความสูญเสีย เป็นการสูญเสียทางอ้อม จากการไม่สามารถทำงาน และการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Finkenstein et al.,1996 อ้างถึงใน เชาวณี ล่องชูผล,2547)ในประเทศ

ไทยพบว่าต้นทุนการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจะมีต้นทุนต่ำกว่า ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ แต่มีต้นทุนสูงกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบบริการผู้ป่วยนอก (กิตติวรรณ เขียมแก้วและคณะ,2550)

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

มีจุดมุ่งหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอยู่ 3 ประการ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน เชาวน์ ล่องชุมผล,2547;อัฉรวรรณ แก่นจันทร์,2548)

ประการแรก ให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ามากมักจะทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัวตายแม้ไม่อาจป้องกันได้ทั้งหมด แต่การทราบถึงปัจจัยเสี่ยงหรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สังเกตจากพฤติกรรม คำพูดของที่บ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวังและให้ความเอาใจใส่มากขึ้นดังนี้

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส
2. ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยสูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันทั้งทางด้านการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหารและอื่น ๆ
3. ให้การดูแลใกล้ชิด สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ที่ยังเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายคือการอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย หากมีคนพูดคุยด้วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นที่มีคนห่วงใย
4. ขจัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคมหรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่าง ๆ หรือทางเข้าออกสู่ระเบียงภายนอกที่ลับตา นอกจากนี้หมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้สูงอายุเก็บยาไว้ ยาที่ใช้รักษาต้องให้รับประทานต่อหน้าเพื่อป้องกันการเก็บสะสมยา
5. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น เครื่องกระตุ้นการให้ยาผู้ป่วยสูงอายุให้ตรงขนาด ตรงเวลา และติดตามอาการข้างเคียงของยาหรือผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจจำเป็นต้องรักษาด้วยไฟฟ้า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีอาการหลงผิดประสาทหลอน บางครั้งอาจได้รับการผูกมัดให้การดูแลใกล้ชิด
6. พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้น และการทบทวนประเด็นให้กระจ่าง

7. ควรทำสัญญากับผู้ป่วยสูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง การทำสัญญาและรักษาสัญญาเป็นสิ่งที่มีความหมาย เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหาและแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วย

ประการที่สอง ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็วควรปฏิบัติดังนี้

1. ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้ป่วยสูงอายุโดย
 - 1.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้และมีผู้ที่ห่วงใยผู้ป่วยสูงอายุ เช่น บุคลากรที่มสุขภาพ ญาติ และเพื่อน ๆ เป็นต้น เพราะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย
 - 1.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง หรือความสูญเสียต่าง ๆ การระบายความรู้สึกจะช่วยคลายความอัดอัด ภาวะวุ่นวายช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง
 - 1.3 รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยสูงอายุ เช่น อารมณ์โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้าน เพราะผู้ป่วยสูงอายุจะไวต่อการปฏิเสธหรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการภาวะวุ่นวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ
 - 1.4 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุช่วยเหลือตนเอง ในกิจวัตรประจำวัน จัดสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัยลดการพึ่งพาผู้อื่น
 - 1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้ป่วยอื่น ๆ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆที่ดีแก่ชีวิต
2. ให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนภาวะซึมเศร้าของตนเอง
 - 2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนสถานการณ์และวิเคราะห์ความสูญเสีย หรือปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นว่า เหมาะสมเพียงใด ผู้ป่วยสูงอายุเศร้าเกินไปหรือไม่
 - 2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้สิ่งดี ๆ ในชีวิต โดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตด้านที่ดีที่พึงใจ เป็นการมองด้านบวก
 - 2.3 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความกระจ่างในประเด็นปัญหา หรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเองน้อยลงและให้มองอีกด้านเห็นด้านที่ดี
 - 2.4 ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุในการเผชิญปัญหาและแก้ไขสถานการณ์ โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านอุปสรรคต่าง ๆ มากมาย เป็นผู้มีประสบการณ์ชีวิตหลากหลาย
3. ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

3.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย ช่วยให้อาการ ดีขึ้น

3.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวทางปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น แยกจากตัวจากสังคมเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

3.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายูระบายนความรู้สึก และวิธีคิดที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

3.4 ให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุมมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

3.5 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ การปรับตัวที่เหมาะสม และวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า

3.6 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้า ซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2-3 สัปดาห์ และจำเป็นต้องรับประทานต่อไปเพื่อให้อาการดีขึ้น พร้อมทั้งสังเกตอาการหรือผลข้างเคียงของยา

ประการที่สาม ผู้ป่วยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่ายจึงมักมีอาการท้องผูก เนื่องจากรับประทานน้ำน้อยและเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขนขา และมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาต้านเศร้า ดังนั้น พยาบาลควรสังเกตและให้ความเอาใจใส่โดย

1. ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควรบันทึกปริมาณอาหารและน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

2. ชั่งน้ำหนักตัวเพื่อสังเกตการบวมและติดตามภาวะโภชนา

3. จัดให้มีกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะซึมเศร้าและช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายู้รู้สึกดีขึ้น

4. ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม ทำให้จิตใจสดชื่น

5. บรรเทาความไม่สุขสบายต่าง ๆ ให้น้อยลง การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุสุขสบายขึ้นจากปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุลดลง

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ แวนตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี เป็นต้น

สรุปได้ว่า แนวคิดสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าวัยสูงอายุ เน้นความปลอดภัยที่จะเกิดขึ้นโดยการป้องกันการฆ่าตัวตาย และให้ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกาย และการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป การส่งเสริมคุณค่าในตนเองกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งดี ๆ ในชีวิตการระลึกถึงเหตุการณ์ที่พึงพอใจในอดีต การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ากับครอบครัวและผู้ป่วย รวมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ รวมถึงเรื่องการรักษาพยาบาลด้านเศร้า

3. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่

3.1 ความหมายของการทำหน้าที่

คำว่า **หน้าที่** ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 หมายถึง กิจที่จะต้องทำ ด้วยความรับผิดชอบ

Ann (1997) กล่าวว่าการทำงานหน้าที่ เป็นสภาวะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั่วไปและสามารถแสดงบทบาทของการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคม ซึ่งเป็นการวัดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพมากกว่าการดำเนินของโรค

Banerjee (2001) ได้ให้คำจำกัดความหมายการทำงานหน้าที่ไว้ว่า เป็นการดำเนินชีวิตของบุคคลโดยสามารถทำกิจวัตรประจำวันของบุคคล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และสามารถประกอบอาชีพได้

Matejic และคณะ (2008) กล่าวว่า การทำหน้าที่ (Functioning) ประกอบด้วย การดูแลตนเอง การคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของชีวิต

International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) หรือบัญญัติสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ ฉบับภาษาไทย (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (2001) ใช้จัดกลุ่มการทำงานที่ของร่างกาย และความพิการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเป็นการวัดผลลัพธ์ของสุขภาพ ซึ่งความหมายของการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functioning) เป็นการทำงานทั้งหมดของร่างกาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม โดย ICF ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เกี่ยวข้องกับเรื่องการทำงานที่ของร่างกายและความพิการ ประกอบด้วยส่วนย่อย คือ การทำงานทั้งหมดของร่างกายรวมถึงโครงสร้างของร่างกาย กิจกรรมและการมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของบุคคลและสังคม ส่วนที่ 2 ปัจจัยแวดล้อม คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งใกล้ตัวและทั่วไป โดยส่งผลถึงการทำหน้าที่ของร่างกายและ

ความพิการ โดยดูการทำหน้าที่และความพิการของบุคคลจากผลลัพธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ และ
สิ่งแวดล้อม

Banerjee และคณะ (2008) กล่าวว่า การทำหน้าที่ของบุคคล เป็นความสามารถในการ
ทำกิจวัตรประจำวันของบุคคล ได้แก่ การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน รับประทานอาหาร และการ
ดูแลสุขภาพด้วย สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น และสามารถทำหน้าที่การงานได้ โดยใช้
ทักษะทางสังคมที่ใช้ในการทำงาน

Global Assessment of Functioning (GAF) หมายถึง ความสามารถโดยภาพรวมของ
ผู้ป่วย เป็นความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ด้านสังคม การประกอบอาชีพ และการควบคุม
อาการ/อาการแสดงทางจิต (Kapland and Sandocks, 1995 อ้างถึงใน ภาวดี การเร็ว, 2541)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การทำหน้าที่ (Functioning) หมายถึง ความสามารถในการทำ
กิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ได้แก่ การประกอบอาชีพ การ
ปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเอง

องค์ประกอบในการทำหน้าที่

Matejic และคณะ (2008) กล่าวว่า การทำหน้าที่ (Functioning) ประกอบด้วย การดูแล
ตนเอง การคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของชีวิต

Banerjee (2001) กล่าวถึงแนวคิดการทำหน้าที่ของบุคคล เป็นความสามารถในการทำ
กิจวัตรประจำวันของบุคคล ได้แก่ การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน รับประทานอาหาร และการดูแล
สุขภาพด้วย สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น และสามารถทำหน้าที่การงานได้ โดยใช้ทักษะทาง
สังคมที่ใช้ในการทำงาน

International classification of Functioning disability and Health (ICF) หรือบัญชี
สากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ฉบับภาษาไทย (กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข, 2547) พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (2001) โดย ICF มีส่วนประกอบ 2
ส่วน ดังนี้

1. การทำหน้าที่ของร่างกาย และความพิการ ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ด้านสรีรวิทยาของ
ระบบร่างกาย (รวมถึงการทำงานด้านจิตใจ) และความบกพร่องของร่างกาย โดยประกอบด้วย
ส่วนย่อย ดังนี้

1.1 การทำงานของร่างกายและโครงสร้างของร่างกาย การทำงานด้านสรีระของ
ร่างกาย ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

1.2 กิจกรรมและการมีส่วนร่วม เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคม

2. ปัจจัยแวดล้อม แสดงถึงภูมิหลังของชีวิตและการดำรงชีวิตของบุคคลประกอบด้วย ส่วนย่อยดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และทัศนคติที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ จะมีอิทธิพลต่อความสามารถของบุคคลนั้น ต่อการทำงานหรือโครงสร้างของร่างกายของบุคคลนั้น

2.2 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นลักษณะของบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ รูปแบบการดำเนินชีวิต การเลี้ยงดู แต่อาจได้รับผลกระทบจากปัจจัยอื่น ๆ ที่มาเกี่ยวข้อง

Global Assessment of Functioning (GAF) ประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางด้านสังคม เช่น เมื่อมีอาการเศร้าจะหลีกเลี่ยงการพบปะเพื่อนฝูง ครอบครัว 2) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการประกอบอาชีพการงาน เช่น ไม่สามารถทำงานได้ หรือตงงานอยู่เรื่อย ๆ 3) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ด้านจิตวิทยา มีอาการบ้างก็เป็นแบบชั่วคราวและเป็นการตอบสนองต่อความเครียดทางจิตใจที่พบได้โดยทั่วไป เช่น สมาธิไม่ค่อยดีหลังจากทะเลาะกันในครอบครัว (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; ออนไลน์) โดยเกณฑ์ของ GAF อยู่บนพื้นฐานที่สืบเนื่องของสุขภาพจิตที่ดีและเจ็บป่วย โดยไม่ได้พิจารณาถึงความบกพร่องของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ด้านร่างกาย (หรือด้านสภาพแวดล้อมอื่น ๆ) (Kaplant and Sandocks, 1995 อ้างถึงใน ภาวดี การเร็ว, 2541)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า องค์ประกอบของการทำหน้าที่ (functioning) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่โดยภาพรวมของผู้ป่วยในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม เช่น การพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน ครอบครัว การสื่อสาร การประกอบอาชีพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองการจัดการอาการด้านจิตใจ ซึ่งเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์เมื่อเกิดความเครียดขึ้น โดยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่นี้ไม่ได้คำนึงถึงความบกพร่องของร่างกาย

เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่

การทำหน้าที่เป็นการแสดงพฤติกรรมของตนเองให้สามารถดำรงชีวิตที่จำเป็นต่อการมีสุขภาพที่ดีโดยเชื่อมโยงกันระหว่างการรู้คิดซึ่งรวมความสามารถในการแก้ปัญหา ด้านร่างกาย รวมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านสังคม ซึ่งการประเมินการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมีหลากหลาย ซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมกับการประเมิน ดังต่อไปนี้

3.3.1 The Global Assessment of Functioning Scale (GAF; Axis V; DSM-IV) เป็นแบบทดสอบใช้ประเมินความสามารถทางสังคมและการประกอบอาชีพ ใช้ประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมที่ผ่านมา 1 เดือน เป็นการประเมินการทำหน้าที่ด้านจิตใจ การทำหน้าที่ด้านจิตสังคม และการทำหน้าที่ด้านการประกอบอาชีพ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 1 (คะแนนการทำหน้าที่ต่ำสุด) ถึง 100 (คะแนนการทำหน้าที่สูงสุด) (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล, 2541) โดยอยู่ใน Axis V ใน Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (Text Revision) DSM-IV-TR ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2000) แปลโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข:ออนไลน์) โดยพบว่าค่าความเที่ยงของเครื่องมือนี้ มีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) เท่ากับ .89 (the-global-assessment-of-functioning-scale-gaf-in-rating-permane-psychiatric-disability;ออนไลน์) โดยมีการแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็นช่วงละ 10 คะแนน ดังนี้

91-100 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม แก้ไขปัญหาชีวิตได้เป็นที่พึงของคนอื่นได้เพราะเป็นคนที่มีคุณสมบัติทางบวกหลายอย่าง ไม่มีอาการ

81-90 คะแนน หมายถึง มีอาการน้อยมากหรือไม่มีอาการเลย (เช่น กังวลใจเล็กน้อยก่อนการสอบ) ชอบทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีในทุก ๆ ด้าน มีความสนใจและมีส่วนร่วมในกิจกรรม หลากหลาย เข้าสังคมได้ดี พอใจกับชีวิตโดยทั่วไป ไม่มีอะไรมากไปกว่าปัญหาชีวิตประจำวัน (เช่น ทะเลาะกับสมาชิกในครอบครัวเป็นบางครั้ง)

71-80 คะแนน หมายถึง หากมีอาการบ้างก็เป็นแบบชั่วคราวและเป็นการตอบสนองต่อความเครียดทางจิตใจที่พบได้โดยทั่วไป (เช่น สมมติไม่ค่อยดีหลังจากทะเลาะกันในครอบครัว) ไม่มีอะไรมากไปกว่าสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคม อาชีพ หรือในโรงเรียนเพียงเล็กน้อย (เช่น การเรียนตกต่ำชั่วคราว)

61-70 คะแนน หมายถึง มีอาการเล็กน้อย (เช่น อารมณ์เศร้า และนอนไม่หลับบ้าง) หรือมีปัญหาบ้างในการเข้าสังคมประกอบอาชีพหรือเรียน (เช่น หนีเรียนหรือขโมยของในบ้าน) แต่ความสามารถโดยรวมยังอยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ มีความสัมพันธ์ดีกับคนบางคนได้

51-60 คะแนน หมายถึง มีอาการอยู่ในระดับปานกลาง (เช่น อารมณ์เรี่ยราย พูดจาวกวน นาน ๆ ครั้ง จะอาการตื่นตกใจ กลัวจนควบคุมตนเองไม่ได้) หรือมีความลำบากในการ

เข้าสังคม ประกอบอาชีพ หรือการเรียนในระดับกลาง ๆ (เช่น มีเพื่อนน้อย มีความขัดแย้งกับเพื่อน ๆ หรือเพื่อนร่วมงาน)

41-50 คะแนน หมายถึง อาการรุนแรง (เช่น มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มีอาการ้าคิดอย่างรุนแรง ขโมยของร้านค้าบ่อย ๆ) หรือมีความบกพร่องที่รุนแรงทางสังคม อาชีพ หรือการเรียนอย่างมาก (เช่น ไม่มีเพื่อนเลย หรือต้องกตงงานอยู่เรื่อย)

31-40 คะแนน หมายถึง มีการสูญเสียการรับรู้ความเป็นจริงหรือการสื่อสาร (เช่น บางครั้งการพูดไม่เป็นเหตุผล หรือเหตุผลฟังเข้าใจยาก หรือไม่อยู่กับร่องกับรอย) หรือ มีการสูญเสียความสามารถในด้านต่าง ๆ หลายด้าน เช่น ที่ทำงาน โรงเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัว การใช้วิจารณญาณ การคิด อารมณ์ (เช่น ถ้าเป็นผู้ใหญ่เมื่อมีอารมณ์เศร้ายจะหลีกเลี่ยงการพบปะเพื่อนฝูง ครอบครัว และไม่สามารถทำงานได้ ถ้าเป็นเด็กอาจรังแกเด็กที่เล็กกว่า คือเวลาอยู่ที่บ้านและการเรียนล้มเหลว)

21-30 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ภายใต้อิทธิพลของความคิดหลงผิด หรืออาการประสาทหลอน หรือ มีความบกพร่องอย่างรุนแรงในการสื่อสารและใช้วิจารณญาณ (เช่น บางครั้งพูดไม่พูดปะติดปะต่อ ทำสิ่งต่าง ๆ ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะอย่างหมกมุ่นอยู่กับความคิดอยากฆ่าตัวตาย) หรือไม่สามารถทำอะไรได้เลยในแทบทุกด้าน (เช่น นอนอยู่บนเตียงทั้งวัน ไม่มีงานทำงาน ไม่มีบ้านอยู่ ไม่มีเพื่อน)

11-20 คะแนน หมายถึง อาจเป็นอันตรายหรือทำร้ายผู้อื่น (เช่น พยายามฆ่าตัวตาย โดยไม่ได้คาดหวังชัดเจนว่าจะตายจริง ๆ มีพฤติกรรมรุนแรงบ่อยครั้ง มีลักษณะตื่นเต้นไม่ยอมอยู่นิ่งเลย) หรือบางครั้งไม่สามารถรักษานามัยส่วนตัวได้ (เช่น อุจจาระป้ายของบางอย่าง) หรือ มีความบกพร่องในการสื่อสารอย่างรุนแรง (เช่น ส่วนใหญ่จะพูดไม่รู้เรื่อง หรือเงิบเฉยเหมือนคนใบ้)

1-10 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นตลอดเวลา (เช่น มีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ ๆ) หรือส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษานามัยส่วนตัวแม้เพียงเล็กน้อย หรือ มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายอย่างจริงจังและคาดหวังชัดเจนว่าจะตายได้จริง

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้

3.3.2 Disability rating scale เป็นแบบมาตรประเมินค่าเรียงลำดับ (Ordinal rating scale) เป็นเครื่องมือประเมินผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชุมชน มี 11 คำถาม ในประเด็นต่อไปนี้ Mobility, Contenance, Domestic care, Self – care, Psychiatric disability การนำไปใช้ประกอบการวินิจฉัยและการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ (สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, 2543)

3.3.3 The Barthel index สร้างขึ้นโดย Florence & Barthel (1979) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ที่ได้รับการทดสอบคือผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลของแพทย์ ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราประเมินค่าแบบเรียงลำดับ (Ordinal rating scale) แบบ 4 มาตรา 10 ข้อคำถาม คะแนนรวมทั้งฉบับ มีค่าระหว่าง 0 - 100 โดยวัดพฤติกรรมการปฏิบัติใน 10 กิจกรรมได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนตัวจากที่หนึ่งไป- กลับเตียงนอน การทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำด้วยตนเอง การเดินบนพื้นราบ การขึ้นลงบันได การแต่งตัว การถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ เครื่องมือนี้เหมาะในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพื่อคาดคะเนหรือทำนายศักยภาพในการคืนสู่สภาพเดิมของร่างกาย และช่วยในการวางแผนการดูแล

3.3.4 Instrumental activities of daily living scale (IADL) สร้างขึ้นโดย Lawton and Brody (1969) เป็นแบบประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน ใช้ได้ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ลักษณะของเครื่องมือ เป็นแบบมาตราวัดประเมินค่าเรียงลำดับ (Ordinal rating scale) จำนวน 14 ข้อ กิจกรรมที่วัดได้แก่ ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ การจ่ายตลาด การเตรียมอาหาร ทำงานบ้าน การทำความสะอาด การดูแลเรื่องการรักษาพยาบาล ความสามารถในการจัดการกับการเงิน การใช้ห้องน้ำ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ แต่งตัว เครื่องมือนี้เหมาะสำหรับประเมินและให้การช่วยเหลือผู้ป่วย Dementia

3.3.5 The index of independence in activities of daily living (Index of ADL) สร้างขึ้นโดย Katz (1970) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองและการพึ่งพาบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราประเมินค่าแบบเรียงลำดับ (Ordinal rating scale) แบบ 3 มาตรา มีทั้งหมด 6 ข้อดังนี้คือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ- ห้องส้วม การเคลื่อนย้ายตนเอง การถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ การรับประทานอาหาร คะแนนรวมทั้งฉบับ 0-6 คะแนน เครื่องมือนี้ใช้ได้ทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ที่มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของแพทย์ การนำไปใช้ เพื่อการประเมินและให้ความช่วยเหลือในการดูแล

3.3.6 The Physical Self maintenance Scale สร้างขึ้นโดย Lawton and Brody cited in Leidy (1994) เพื่อประเมินความสามารถต่างๆของผู้สูงอายุ ทั้งอาศัยอยู่ที่บ้านและสถานรักษาพยาบาล ซึ่งมีแนวคิดคล้ายกับเครื่องมือของ Katz (1970) คือประกอบด้วยกิจกรรม 6 ข้อ และเพิ่มบางกิจกรรมได้แก่ การจ่ายตลาดและการเดินทาง (นภา จิรัญจินตนา, 2554)

3.3.7 Modified Bathel ADL Index เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Collin (1993) เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (Jittapunkul, 1994) ค่าความเที่ยง (Reliability) .97 เพื่อให้เหมาะสมและนำไปใช้ในการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในสังคมไทย หรือเรียกว่า ดัชนีบาร์เทิลแบบประยุกต์ และมีการปรับคะแนนในแต่ละข้อ มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ ซึ่งคะแนนรวม 0-20 คะแนน โดยมีการนำไปใช้วัดภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตยทั้งหมด 73 คน ผลการศึกษาพบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้างเหมาะที่จะนำมาใช้ในการประเมินในผู้สูงอายุไทย เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย 5-9 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย 10-14 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง 15-19 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก 20 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมด (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

3.3.8 Late- Life Function and Disability Instrument เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Jette, Haley & Kooyoomjian (2004) ซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัย Boston เป็นการประเมินภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุในด้านบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคม ตามแนวคิดของ Nagi (1991) แบบประเมินนี้ได้ผ่านกระบวนการแปลเป็นภาษาไทยและทำการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคช้ำเศร้าวัยสูงอายุ โดย นภา จิรัฐจินตนา (2554) ได้แปลในส่วนของ Disability ซึ่งเครื่องมือนี้มีค่าความตรง (validity) เท่ากับ .93 ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .89 มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 100 คะแนนเต็ม ในข้อคำถามของเครื่องมือนี้เป็นการรวมกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basal activity of daily living) และกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิต (Instrumental activity of daily living) เป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ซับซ้อน

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ Global Assessment of Functioning (GAF) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการแปลโดยกรมสุขภาพจิต โดยเครื่องมือนี้สะท้อนถึงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคช้ำเศร้าวัยสูงอายุได้ในด้านการประกอบอาชีพ การทำปฏิบัติการกรมทางด้านสังคม การดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ

3.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

เนื่องจากโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ส่งผลกระทบต่อที่สำคัญ คือ ข้อจำกัดการทำหน้าที่ (functional disability) ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า หรือมีอาการซึมเศร้ามีแนวโน้มการเสื่อมของร่างกาย (worse physical) สังคม บทบาทการทำหน้าที่ (role functioning) มีการรับรู้ทางด้านสุขภาพเสื่อมลง และมีการเจ็บป่วยทางร่างกายที่มากกว่าผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังทางกาย การทำหน้าที่เฉพาะไม่สมบูรณ์สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า (Well et al.,1989) ซึ่งสามารถอธิบายปัจจัยเกี่ยวกับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ดังนี้

3.4.1 เพศและอายุ โดยข้อจำกัดของการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุจากการศึกษาของ Aris et al. (2009) พบว่ามีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นเพศหญิง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Alexopolus et al.(1996) พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

3.4.2 ภาวะซึมเศร้า การศึกษาพบว่าข้อจำกัดของการทำหน้าที่สัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า ผลจากงานวิจัยของ Aris et al.(2009) และการศึกษาของ Alexopolus et al.(1996) ศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมีความสัมพันธ์กับความพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ส่วนการศึกษาของ Dullham and Segas (1994) ศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการทำหน้าที่ในระดับต่ำ

3.4.3 กระบวนการรับรู้คิด โดยกระบวนการรับรู้คิด ซึ่งได้แก่ ความจำ ความสามารถในการแก้ไขปัญหา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ข้อจำกัดของการทำหน้าที่ โดยอาจเป็นตัวกลางที่สำคัญ ซึ่งจากการศึกษา เมื่อเพิ่มความจำและความสามารถในการแก้ไขปัญหา เข้าไปในโมเดลที่ศึกษา พบว่า อาการซึมเศร้าจะลดลง และมีผลต่อข้อจำกัดของการทำหน้าที่ ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การพิจารณาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอาจจำเป็นต้องพิจารณาถึงผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในกระบวนการรับรู้คิดด้วย (Gallo et al,1996)

3.4.4 การอาศัยอยู่คนเดียว การศึกษาพบว่าข้อจำกัดของการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ที่ผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว (Aris et al,2009)

4. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

แนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของ Laidlaw และคณะ (2003) ใช้แนวคิดตามปัจจัยการรู้คิดของ Beck เป็นพื้นฐาน กล่าวว่าการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขณะที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง (Wright & Beck ,1994 อ้างถึงใน กุลธิดา สุภาคุณ,2549) แต่สำหรับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า Laidlaw และคณะ (2003) ได้นำความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาเชื่อมโยงให้เหมาะสมและนำองค์ประกอบต่าง ๆ ของผู้สูงอายุมาจัดการดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 องค์ประกอบของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

Laidlaw และคณะ (2003) ได้พัฒนากรอบแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy:CBT) สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดที่เสริมข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจผู้สูงอายุ โดยยังคงกรอบแนวคิดมาตรฐานสำหรับการบำบัดโรคซึมเศร้าของ Beck (1979) องค์ประกอบของแนวคิด CBT ของ Laidlaw และคณะ (2003) มีดังนี้

4.1.1 ประสบการณ์เดิม (Early Experience) ความสัมพันธ์ทางคลินิกถูกพัฒนาจากเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยจดจำได้ซึ่งมีความสำคัญมากสำหรับตลอดชีวิตของเขาและเธอ ประสบการณ์เป็นความเชื่อมโยงที่เฉพาะสำหรับสมมติฐานของความเชื่อหลัก เช่น แม่เลี้ยงลูกด้วยความยากลำบาก ทำให้แม่เครียด และมีปัญหาสัมพันธภาพกับสามี

4.1.2 แก่นความเชื่อ (Core Beliefs) สมมติฐานของผู้บำบัดเกี่ยวกับผู้ป่วยส่วนมากมีความสำคัญกับความเชื่อส่วนบุคคล โลกและ/หรือแรงจูงใจอื่น ๆ เช่น ไม่มีใครรักฉัน หรือ ฉันเป็นคนล้มเหลว ฉันเป็นคนอ่อนแอ เป็นต้น

4.1.3 กลยุทธ์การปรับชดเชย (Compensatory Strategies) ผู้บำบัดตั้งสมมติฐานว่าทำอย่างไรผู้ป่วยจะจัดการกับความเชื่อที่บิดเบือนโดยเปลี่ยนพฤติกรรมทำหน้าที่ของพวกเขาให้การเสริมแรงทางบวกเกิดขึ้นจากนัยสำคัญอื่น ๆ

4.1.4 ความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Negative Automatic Thought) ธรรมชาติของความคิดด้านลบจะคิดซ้ำ ๆ ซึ่งจะสะท้อนการปฏิบัติของแก่นความเชื่อระหว่างความกังวลใจและภาวะซึมเศร้า

4.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างรุ่น (Intergenerational Linkages) แรงกดดันและแรงสนับสนุนมีความสำคัญใกล้ชิดระหว่างสัมพันธภาพของบุคคลจากรุ่นหนึ่งสู่อีกหนึ่ง ความ

เชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับบุคคลกับสังคม และวัฒนธรรมซึ่งบุคคลนั้นอาศัยอยู่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัว หรือความสัมพันธ์ของชีวิตแต่งงาน เป็นสิ่งเริ่มต้นเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว การเพิ่มอัตราของการหย่าร้าง มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงบทบาท ซึ่งผู้บำบัดจำเป็นต้องค้นหาและร่วมอภิปรายถึงความสัมพันธ์ในครอบครัว และระหว่างรุ่น ที่ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงการเกิดช่องว่างระหว่างวัยได้อย่างชัดเจน

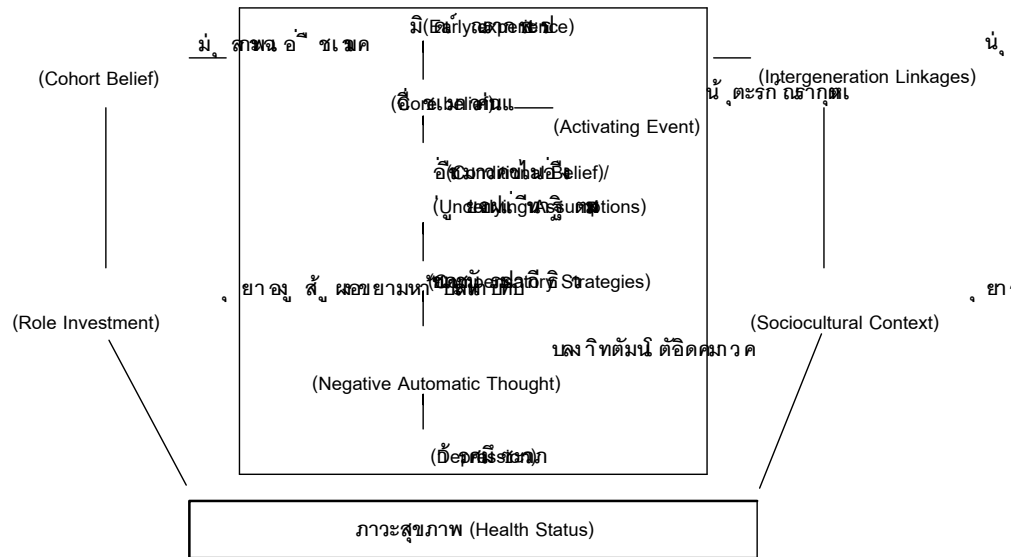
4.1.6 ความเชื่อเกี่ยวกับการสูงอายุ (Sociocultural Context) ลักษณะภายในหรือการปฏิเสธความเชื่อเกี่ยวกับการสูงอายุในวัฒนธรรมหรือสังคมซึ่งผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เป็นสิ่งที่น่าสนใจที่บุคคลจะคาดหวังกับความสูงอายุ ซึ่งผู้ป่วยจะคิดว่าการเป็นผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่น่ากลัว การที่ได้อภิปรายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจะช่วยให้เห็นความจริง ที่พัฒนาไปเป็นความไม่มีความสุขและเกิดภาวะซึมเศร้าได้

4.1.7 ภาวะสุขภาพ (Health Status) ภาวะสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยซึ่งประเมินในระยะเวลาของความเป็นอิสระและโอกาสสำหรับตัวเอง การที่บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพของตน ส่งผลถึงการดำเนินชีวิตหรือภาวะซึมเศร้า

4.1.8 บทบาทและเป้าหมายของผู้สูงอายุ (Role Investment) ความสำคัญและการทำหน้าที่ตามบทบาทที่ติดตัวมาหรือสูญเสียโดยอายุของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับบทบาทและเป้าหมายของแต่ละคน ซึ่งเพศหญิงจะอุทิศให้กับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และผู้ชายจะอุทิศให้กับงาน เมื่ออายุเพิ่มขึ้นมีความเสี่ยงสูงที่จะสูญเสียเรื่องของคุณค่าและการสำรวจตนเอง ผู้หญิงจะรู้สึกเหมือนอยู่คนเดียว ผู้ชายส่วนมากจะรู้สึกขาดคุณค่าหลังจากเกษียณ

4.1.9 ความเชื่อเฉพาะกลุ่ม (Cohort Beliefs) การแบ่งปันความเชื่อและประสบการณ์ที่มีความเฉพาะของรุ่นอายุ ความสำคัญของการแบ่งปันวัฒนธรรมและพัฒนาการในเวลาที่พวกเขาอาศัยอยู่ ซึ่งความเชื่อจะเป็นสิ่งที่รบกวนการบำบัด โดยการเจ็บป่วยทางจิตจะเป็นตราบาป เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในแก่นความเชื่อ ซึ่งการเจ็บป่วยทางจิตสำหรับผู้สูงอายุมักจะคิดว่าเป็นความล้มเหลวของตน การขาดที่พึ่งทางด้านจิตวิญญาณ ยกตัวอย่างเช่น ระหว่างการบำบัดในครั้งแรกและครั้งที่ 2 ผู้บำบัดสอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับความคิดหรือความเชื่อ เพื่อจะช่วยให้เกิดความชัดเจน ซึ่งสิ่งที่ผู้บำบัดจะช่วยผู้สูงอายุได้คือการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่ออภิปรายถึงความเชื่อของผู้สูงอายุ จะให้ผู้ป่วยได้ออกจากความอ่อนแอ

แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมซึ่งดัดแปลงจาก แนวคิดของ Laidlaw et al. (2003) Cognitive formulation using cognitive model for CBT with older people ดังรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงความเชื่อมโยงของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Laidlaw et al.,2003)

4.2 เป้าหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีเป้าหมายที่สำคัญระดับแรกคือ ช่วยลดความเครียด (stress) หรืออาการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจำแนก ประเมิน และเปลี่ยนแปลงกระบวนการนึกคิดที่ไม่เหมาะสมและในขั้นที่สองช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจสาระสำคัญของความคิดอ่านของตนที่เป็นจุดอ่อนเพื่อดัดแปลงแก้ไขให้การการคิดอ่าน ความเชื่อ หรือทัศนคติที่เหมาะสม (จันทิมา องค์โฆษิต,2547) เหตุผลที่การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุคือ เน้นที่ปัจจุบัน (Here and Now) เพิ่มทักษะและการปฏิบัติ การสอนมีความเฉพาะในการจัดการกับความเครียดของบุคคล มีโครงสร้าง (Structured) โดยใช้การบ้านในการชี้เฉพาะในการจัดการปัญหาของบุคคล มีการสังเกตตนเอง (Self-monitoring) สอนให้จำแนกระดับอารมณ์และความอ่อนแอของอารมณ์ พัฒนาวิธีการสำหรับเพิ่มความสามารถของการจัดการ สอนการเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และปรับเป้าหมายเป็นรูปแบบการปฏิบัติที่ทำหายความเชื่อเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Moris & Moris,1991) ผลลัพธ์ระหว่างการบำบัดในผู้สูงอายุหรือวัยหนุ่มสาวไม่แตกต่างกัน ความแตกต่างขึ้นอยู่กับผู้บำบัดจะสามารถแก้ปัญหาตามบริบทประสบการณ์ในกระบวนการสูงอายุ ซึ่งการบำบัดทางความคิด

และพฤติกรรมเป็นรูปแบบบำบัดที่มีหลักฐานสนับสนุนมากที่สุด สามารถใช้งานได้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการเน้นที่ตัวปัญหา การเพิ่มทักษะ และการจัดการกับสถานการณ์ปัจจุบัน (Laidlaw et al., 2003)

4.3 กระบวนการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุ

Laidlaw และคณะ (2003) กล่าวว่ากระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มี 3 ระยะ คือระยะต้น ระยะกลาง และระยะสิ้นสุด โดยไม่คำนึงถึงจำนวนครั้งของการบำบัด ซึ่งจะขึ้นอยู่กับกระบวนการและเป้าหมายของเนื้อหาที่ต้องการให้เกิดความก้าวหน้าในการบำบัด มีรายละเอียดของกระบวนการบำบัดแต่ละระยะดังนี้

4.3.1. ระยะเริ่มต้น (Early Phase)

4.3.1.1. การสร้างสัมพันธภาพมีความสำคัญอย่างมากเนื่องจากผู้สูงอายุไม่คุ้นเคยกับการบำบัด ซึ่งอาจมีความกังวลและคาดหวังถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้น ซึ่งผู้บำบัดต้องอธิบายในหัวข้อต่อไปนี้ 1) ความคาดหวังเกี่ยวกับการรักษา โดยผู้สูงอายุอาจจะพิจารณาจากประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับรูปแบบที่ล้ำสมัยของการรักษา หรือไม่ได้คำนึงถึงการรักษาในปัจจุบันเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยบำบัดกับผู้ป่วยในการรักษา 2) อธิบายความร่วมมือกันระหว่างการบำบัดด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมว่าผู้บำบัดไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญแต่เป็นคู่มือที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้และหาวิธีที่จะทำให้เกิดวิธีการคิดใหม่เกิดขึ้น 3) การบำบัดแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีระยะเวลาจำกัดอย่างชัดเจน ทุกระยะของการบำบัดมีเป้าหมายต่อการรักษา 4) เน้นชี้เฉพาะที่นี้และเดี๋ยวนี้ที่เป็นปัญหาปัจจุบัน เป็นรูปแบบการบำบัดที่ไม่ได้มุ่งเน้นปัญหาในอดีตที่ผ่านมาของผู้ป่วย 5) ตั้งเป้าหมายเป็นแผนที่นำทางล่วงหน้าแต่ละสัปดาห์

4.3.1.2. การเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องราวชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาความไว้วางใจต่อการรักษาและความสัมพันธ์ โดยการเริ่มต้นสอบถามข้อมูลทั่วไปพัฒนาเป็นความไว้วางใจ ก่อให้เกิดความเคารพซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยอาจจะถามประวัติส่วนตัวของผู้บำบัด ซึ่งการบอกปิดจะกระตุ้นให้เกิดความกลัวและเกิดความสงสัยกลางแกลงใจ

4.3.1.3. อธิบายรูปแบบของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุ โดยใช้ไดอะแกรมจากรูปภาพที่ 1 แสดงความเชื่อมโยงของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Laidlaw et al., 2003) ที่แสดงถึงกระบวนการทำงานในการบำบัด แสดงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม การคงไว้ของปฏิกริยาซึมเศร้า ผู้บำบัดให้กำลังใจตอบคำถามทำความเข้าใจรูปแบบของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับผู้ป่วย ให้เหตุผลสำหรับการให้การบ้านเน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญ

4.3.1.4. ตั้งอาการสำคัญที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำซึ่งจำกัด 2-3 อาการ ให้ความมั่นใจถึงเป้าหมายที่เป็นรูปแบบที่พวกเขาจะได้รับ เช่น เรียนรู้ว่าการคิดลบนั้นมีผลต่อความสัมพันธ์ของฉันทันกับคู่สมรส มากกว่าการคิดว่าสามีของฉันท้องดีกว่านี้ จึงจะเป็นเป้าหมายที่สามารถทำให้ดีขึ้นได้

4.3.1.5. สิ่งสำคัญที่สุดในการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติที่อาจจะยากต่อการบำบัด เช่น การขาดความไว้วางใจ ความน่าเชื่อถือ หรือความรับผิดชอบเป็นสิ่งสำคัญในการดูแล ซึ่งคุณต้องให้ความรักและการดูแลจนทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในความห่วงใยและการช่วยเหลือที่คุณมีให้และการช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

4.3.2. ระยะเวลา (Middle Phase) ความสมบูรณ์ของส่วนนี้คือการบ้านซึ่งผู้บำบัดเตรียมสำหรับผู้ป่วย เป็นความเฉพาะของทักษะการปฏิบัติ ทักษะทางด้านพฤติกรรม ซึ่งเป็นการสอนผู้ป่วยให้สามารถเรียนรู้ได้ทั้งในและนอกระยะเวลาการบำบัด เน้นความสำคัญของการบ้าน ซึ่งทักษะในระยะนี้ประกอบด้วย ทักษะการคิด ทักษะทางด้านอารมณ์ และทักษะการปฏิบัติ ซึ่งจะอธิบายในเทคนิคพฤติกรรมบำบัดและเทคนิคการจัดการกับความคิดลบ สิ่งสำคัญที่จะทำในระยะนี้คือ การพัฒนาให้เกิดทักษะใหม่ ซึ่งผู้สูงอายุอาจจะทำทนายผู้บำบัด สิ่งที่สามารถทำได้คือ ผู้บำบัดควรฟังเรื่องราวที่ผู้ป่วยบอกเล่าถึงความต้องการ ไม่ควรเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดลบที่เกิดขึ้น การให้กำลังใจและการเน้นการเห็นความสำคัญของการบ้านเพื่อให้เกิดทักษะใหม่ ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญ

4.3.3. ระยะเวลาสิ้นสุด (Late Phase) เป้าหมายของการบำบัดในระยะนี้ประสบความสำเร็จ คือ การเตรียมการเพื่อให้การบำบัดในระยะนี้เสร็จสมบูรณ์ และ วางแผนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุในระยะนี้ได้แก่ 1) ความไม่พร้อมที่จะยุติ เช่น ผู้ป่วยอาจกล่าวว่า “ไม่น่าเชื่อว่าจะไม่ต้องพบกันอีก” 2) หากมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาขึ้นอีก ผู้สูงอายุจะรู้สึกกลัวที่จะต้องเล่าความรู้สึกนึกคิดกับคนอื่น 3) ผู้สูงอายุกลัวว่าอารมณ์ซึมเศร้าจะทำให้เขาต้องเข้ารับการดูแลทางด้านสุขภาพจิตเพิ่มเติม ดังนั้นในระยะนี้ บทบาทของผู้บำบัดจึงควรมีดังนี้ 1) ผู้บำบัดควรให้กำลังใจและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยในการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมว่าตนเองสามารถทำได้ 2) พิจารณาให้การช่วยเหลือในระยะการกระตุ้นเพื่อการบำบัด เป็นช่วง ๆ อาจจะเป็นตารางเพื่อให้คำมั่นสัญญากับผู้ป่วยโดยมีตารางการนัดหมายว่าจะมีการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ 3) ผู้บำบัดเน้นย้ำเรื่องสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัดเป็นระยะและในระยะสุดท้าย และให้กำลังใจผู้ป่วยว่าไม่มีใครที่จะแก่เกินเรียน

4.4 เทคนิคที่ใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

4.4.1 เทคนิคพฤติกรรมบำบัด

Laidlaw และคณะ (2003) ได้อธิบายทฤษฎีพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้าผ่านทฤษฎีของ Lewinshon ว่า เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้า ขาดแรงจูงใจที่จะสนใจสิ่งต่าง ๆ และเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองและสภาพแวดล้อมในการทำกิจกรรม การแก้ปัญหา นำไปสู่การลดการทำกิจวัตรประจำวัตรและงานอดิเรก โดยแยกตัวออกจากความสนุกสนานและความหมายของชีวิตต่อไประดับอารมณ์ของบุคคลลดลง ซึ่งพัฒนาเป็นวงจรอุบาทว์ (vicious cycle develops) คือระดับอารมณ์ลดลง เฉยเมยเพิ่มขึ้นและแรงจูงใจลดลงต่อมาแยกตัวและลดกิจกรรมที่พึงพอใจ ซึ่งรูปแบบพฤติกรรมภาวะซึมเศร้านี้เป็นพื้นฐานสำหรับการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้สูงอายุ

4.4.1.1 การค้นหากิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบทำ โดยเป็นการระบุถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและเป็นไปได้ (Potentially pleasant event : PEs) และให้กำลังใจที่จะทำสิ่งเหล่านั้นผู้สูงอายุจะรู้สึกดีขึ้น ไม่จำเป็นต้องเป็นเหตุการณ์ที่ใหญ่ ผู้สูงอายุส่วนมากมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความพอนามมาซึ่งการยอมรับ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ ทานอาหารกลางวันแบบไม่เร่งรีบ คุยโทรศัพท์กับเพื่อนหรือครอบครัว

4.4.1.2 การติดตามและประเมินระดับของกิจกรรม โดยใช้ตารางกิจกรรมรายสัปดาห์ (Weekly Activity Schedule: WAS) ซึ่งจะเป็นการเชื่อมโยงของอารมณ์กับระดับของกิจกรรม เทคนิคการติดตามการทำกิจกรรมเป็นเทคนิคง่าย ๆ เบื้องต้นสำหรับฝึกทำการบ้าน ผู้บำบัดใช้สำหรับเพื่อรับความรู้สึกหรือรับรู้อย่างไรในการทำกิจกรรมระหว่างวันหรือระหว่างสัปดาห์โดยขอให้ผู้ป่วยทำ WAS ให้สมบูรณ์ ซึ่งการใช้ WAS เป็นการบ้านจะช่วยให้ทราบว่าผู้ป่วยจัดกับการกับความเรียบร้อยของการบ้านได้ง่าย เป็นการทำความเข้าใจผู้ป่วยซึ่งสำคัญสำหรับส่วนของการบำบัดความคิดเป็นการเสริมขึ้นของการบ้าน ซึ่งระดับของกิจกรรมพื้นฐานของผู้ป่วยต้องการความสมบูรณ์เพื่อใช้สำหรับการประเมินขั้นพื้นฐาน WAS เป็นระดับการวัดระดับกิจกรรมของบุคคล และสามารถใช้บันทึกที่ระดับการเรียนรู้ (mastery) และความพอใจ (pleasure) ในกิจกรรม ซึ่งระดับของการเรียนรู้และความพอใจได้มาจากความผันผวนของอารมณ์ การเรียนรู้ (mastery) เป็นการรับรู้ที่เกิดขึ้นจากการทำสิ่งต่าง ๆ ความพอใจ (pleasure) เป็นข้อบ่งชี้ที่เกิดจากความสนุกสนานในการทำกิจกรรม ซึ่งผู้บำบัดดูความสมบูรณ์ของการบันทึก WAS และถามผู้ป่วยถึงแบบฉบับที่เกิดขึ้นในการบันทึกกิจกรรมรายสัปดาห์ ซึ่งผู้บำบัดต้องรู้จุดสูงสุดและจุดต่ำสุดของการบันทึกที่รายสัปดาห์

4.4.1.3 การใช้ตารางกิจกรรม(Activity scheduling)สำหรับตรวจสอบ ระบุความคิดและความรู้สึก ซึ่งการใช้ WAS จะช่วยให้เห็นความเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และความรู้สึก

4.4.1.4 แบบฟอร์มการติดตามอารมณ์ (The Mood-Monitoring Form) จะช่วยให้ผู้สูงอายุใช้ความคิดบันทึกอารมณ์ และช่วยเชื่อมโยงช่องว่างระหว่างการบันทึกพฤติกรรม และอารมณ์ โดยแบบฟอร์มการติดตามอารมณ์ช่วยให้ผู้ป่วยสังเกตในส่วนของการปฏิบัติที่พึงพอใจ ซึ่งเป็นผลทางบวกของอารมณ์

ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนี้การเพิ่มจำนวนของเหตุการณ์ที่ทำให้พอใจ (PEs) มีความสำคัญต่อการบำบัดในการทำหน้าที่สำหรับการทำงานในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเหตุการณ์ที่ทำให้พอใจนี้แสดงให้เห็นถึงการทำกิจกรรม(พฤติกรรม) และอารมณ์ (mood) เป็นความเชื่อมโยงกันและการประเมินการเรียนรู้เป็นสิ่งสำคัญในการเรียน ซึ่งการควบคุมและจำกัด วงจรของความคิดลบในภาวะซึมเศร้าซึ่งเทคนิคการกำหนดตารางหรือเพิ่ม เหตุการณ์ที่ทำให้พอใจ เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต่อสู้กับผลกระทบจากโรคซึมเศร้า ซึ่งแนวทางการเลือก เหตุการณ์หรือกิจกรรมให้พึงพอใจ คือ 1) ต้องเป็นเหตุการณ์ความจริง 2) เป็นกิจกรรมหรือ เหตุการณ์ที่เลือกได้ ต้องสามารถเพิ่มได้ควรให้ความสำคัญกับการสร้างงานอดิเรกหรือพฤติกรรมที่ มีการลดลงเมื่อเร็ว ๆ นี้ 3) จำนวนเหตุการณ์หรือกิจกรรมประมาณ 10 กิจกรรม

4.4.1.5 การระบุถึงอุปสรรคที่มีส่วนในเหตุการณ์ที่พึงพอใจ อภิปรายกับ ผู้ป่วยถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำกิจกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นข้อดีข้อเสียอะไรที่ผู้ป่วยจะได้รับ จากการทำกิจกรรม สามารถตั้งเป็นการทดลองที่ไม่มีการสูญเสีย ถ้าทำก็จะเห็นว่ามีความประโยชน์ หรือไม่

4.4.1.6 เทคนิคการแก้ปัญหา (Problem-solving technique) มี 5 เทคนิคง่าย ๆ สำหรับเป็นตัวเลือกในการจัดการกับปัญหา โดยสอนผู้ป่วยให้จำขั้นตอนในการ แก้ปัญหาด้วยตัวย่อคือ S คือลักษณะของปัญหา O คือ แนวทางของเป้าหมายและจุดมุ่งหมาย (ผู้ป่วยต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงปัญหาอย่างไร) L คือ รายการทางเลือก (วิธีไหนที่เป็นไปได้) V คือ ดูผลกระทบที่จะเป็นไปได้ (ข้อดีและข้อเสีย) E คือ ประเมินผลลัพธ์ (ได้ทำงานใหม่)

4.4.1.7 การประยุกต์ใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive Muscle Relaxation:PMR) ซึ่งการผ่อนคลายกล้ามเนื้อผู้ป่วยตระหนักในความเปลี่ยนแปลงระหว่างความ ตึงเครียดและผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ รวมถึงจุดมุ่งหมายของการนำให้ผู้ป่วยผ่านเรื่องราวใน รูปแบบการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียดโดยการผ่อนคลาย สอนผู้ป่วยให้จำอาการง่าย ๆ

เมื่อกังวลและใช้การผ่อนคลาย และการใช้ไดอารี่ความตึงเครียด (Tension Diary) เพื่อให้เข้าใจถึงที่มาของความเครียดและประสบการณ์ของอาการที่เป็นสัญญาณอันตราย ให้ผู้ป่วยบันทึกเวลาเครียดอย่างน้อยที่สุดเวลาเครียดและอาการทางการของความตึงเครียด ควรคำนึงถึงการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

4.4.2 เทคนิคการจัดการความคิดลบ

4.4.2.1 ลักษณะของความคิดอัตโนมัติทางลบอธิบายโดย Beck ซึ่งรวมถึงความคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับตนเอง ประสบการณ์ และอนาคต มีแนวโน้มมองโลกในแง่ร้ายนอกเหนือจากขอบเขตที่คนส่วนใหญ่เห็นว่าเหมาะสมกับสถานการณ์ ช่วงต้นของการรักษาที่ผู้บำบัดจะบันทึกความเชื่อมโยง เกี่ยวกับอายุสัมพันธ์กับความคิดลบ โดยใช้คำถามมาตรฐานการปรับโครงสร้างทางความคิด เช่น หลักฐานที่ต่อต้านความคิดนี้คืออะไร ผลจากการยึดถือความเชื่อนี้คืออะไร ทำอย่างไรจึงจะช่วยคนที่มีความคิดแบบนี้ จะแนะนำอะไรเมื่อลูกหลานจะตั้งตาคอยว่าปีต่อไปต้องเป็นพวกเขา ลักษณะของความคิดลบมีความสัมพันธ์กับความคิดอัตโนมัติของคนที่มีภาวะซึมเศร้า เนื้อหาความคิดบิดเบือน (Information-processing errors) ที่พบบ่อยในภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

4.4.2.1.1 การสรุปโดยไม่มีหลักเกณฑ์ (Arbitrary inference) การตั้งข้อสรุปที่เฉพาะเจาะจงโดยยังไม่มีหลักฐาน เช่น เพื่อนเดินข้ามถนนไม่สามารถพูดทักทายได้ ผู้ป่วยคิดว่าพวกเขาจงใจหลีกเลี่ยงฉัน

4.4.2.1.2 การเลือกสรุป (Selective abstraction) เน้นเฉพาะรายละเอียดของบริบท โดยละเลยข้อมูลที่สำคัญ เช่น ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินจากที่ทำงานในทางบวกอย่างมากและถูกตำหนิเพียงเล็กน้อย แต่ยังสนใจเฉพาะสิ่งที่ถูกวิจารณ์เพียงเล็กน้อยเท่านั้น

4.4.2.1.3 คิดเพียงด้านเดียว (Dichotomous reasoning หรือ black and white thinking) แนวโน้มที่จะจำแนกประสบการณ์ไปด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ถ้าที่ทำงานไม่ประเมินฉันในทางบวก ฉันคงเป็นคนล้มเหลวในการทำงาน

4.4.2.1.4 การเหมารวม (Overgeneralization) ตั้งข้อสรุปโดยไม่มีหลักฐานที่แน่นอน เช่น เพื่อนเดินข้ามถนนไม่สามารถพูดทักทายได้ ผู้ป่วยคิดว่านั่นมันเป็นสิ่งที่เพื่อนอยากจะทำกับฉันในตอนนี้

4.4.2.1.5 ลักษณะส่วนบุคคล (Personalization) มีแนวโน้มสัมพันธ์กับเหตุการณ์ภายนอกตัวเองที่ไม่เกี่ยวกับตัวเอง เช่น ผู้ป่วยพบว่าลูกชายวัยผู้ใหญ่กำลังจะหย่าร้าง และคิดว่าฉันเป็นเหตุให้ลูกชายตกต่ำ ฉันล้มเหลว ฉันไม่ได้ทำหน้าที่ผู้ปกครองที่ดี

4.4.2.1.6 ขยายต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว (Magnification and minimization) ทั้งเกินความจริงและหรือลดลงซึ่งสัมพันธ์กับเหตุการณ์ส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น ความคิดต่อเติมเรื่องราว : ผู้ป่วยต้องการเอาชนะความกลัวและพูดว่า มันไม่ได้เป็นเรื่องใหญ่ คนส่วนใหญ่ไม่ได้กลัวความสูง หรือ ความคิดตัดทอนเรื่องราว : ผู้ป่วยลืมวันเกิดของญาติ และพูดว่า ผมเป็นคนที่ย่ำแย่และเห็นแก่ตัว

4.4.2.1.7 คิดแบบหายนะ (Catastrophizing) มีแนวโน้มจะคิดถึงผลร้ายที่สุดที่เป็นไปได้จากเหตุการณ์ เช่น ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกและคิดว่า ฉันคงเป็นโรคหัวใจ ฉันกำลังจะตายไม่มีทางช่วยเหลือ

4.4.2.1.8 คิดลบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Negative imperatives) เป็นความคิดที่เที่ยงตรงและติดแน่นของสิ่งที่เกิดขึ้นโลก เช่น รถของผู้ป่วยได้รับความเสียหายเล็กน้อยเมื่อเขาจอด ผู้ป่วยคิดว่า ฉันไม่น่าทำแบบนี้ ฉันไม่เคยต้องทำพลาดแบบนี้มาก่อน

4.4.2.2 การระบุความคิดลบ โดยใช้ความคิด 3 คอลัมน์ (The three column Thought) ใช้การบันทึกความผิดปกติของการคิด (Dysfunctional Thought Record:DTR) แบบ 3 คอลัมน์ซึ่งหัวข้อจะปรับให้ง่ายสำหรับใช้กับผู้สูงอายุ โดย A คือสถานการณ์ และ B คือความเชื่อ C คือ อารมณ์ ซึ่งผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเขียนการสะกดในการระบุ ABC อาจให้ทางเลือกโดยพูดผ่านเทปและนำมาในการบำบัดครั้งต่อไป เป็นต้น และผู้บำบัดสอนผู้ป่วยให้เห็นความแตกต่างของความคิดและความรู้สึกโดยใช้คำถามเพื่อตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะ

4.4.3 การเปลี่ยนความเชื่อหลักและการสมมติฐาน (Assumptions)

4.4.3.1. การระบุสมมติฐานที่ผิดปกติและความเชื่อหลัก หลักการ 4 ข้อ เพื่อเป็นวิธีการระบุและเข้าใจความเชื่อที่ผิดปกติ 1) ถามโดยตรง 2) ดึงข้อมูลปฏิสัมพันธ์ตามธรรมชาติกับความสัมพันธ์เชิงบำบัด 3) ให้การบ้าน 4) ใช้รูปแบบความคิดเพื่อเชื่อมโยงกับความเชื่อที่ผู้ป่วยเปิดเผยและสมมติฐานความเชื่อที่ถูกปิด

4.4.3.2. การแก้ไขสมมติฐานที่ผิดปกติและความเชื่อ ผู้บำบัดต้องช่วยผู้ป่วยเฉพาะสิ่งที่จะสามารถเปลี่ยนแปลงได้จริง เทคนิคที่มีประโยชน์มากใช้ในการปรับความคิด (restructuring) เป็นการถามว่ามีหลักฐานอะไรที่มาสสนับสนุนความเชื่อนี้ และ หลักฐานอะไรที่ต่อต้านกับความเชื่อ

5. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของ Laidlaw และคณะ (2003) ซึ่งประกอบด้วย การบำบัด 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสิ้นสุด โดยไม่คำนึงถึงจำนวนครั้งของการบำบัด แต่ขึ้นอยู่กับกระบวนการและเป้าหมายของเนื้อหาที่ต้องการให้เกิดความก้าวหน้าในการบำบัด ซึ่งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเน้นที่ตัวปัญหา เพิ่มทักษะ และจัดการกับสถานการณ์ปัจจุบัน(Laidlaw et al.,2003) ซึ่งผู้วิจัยจึงได้พัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าจนทำให้การทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ดังตารางที่ 1 ซึ่งเป็นตารางแสดงการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ขั้นตอนของ CBT โดยทั่วไป	CBT ตามแนวคิดของ Laidlaw และคณะ (2003)	กิจกรรมในโปรแกรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	การพัฒนา
<p>ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ ความหมายของความคิด ความคิดอัตโนมัติทางลบ ตระหนักถึงความสำคัญของความคิดอัตโนมัติทางลบที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (เขาวนีส ล่องซูล และอุมอาพร หน้า 2550) โดยจะสอนผู้ป่วยให้ทราบเกี่ยวกับแผนการคิดของผู้ป่วย (cognitive traid) โครงสร้างความคิด (schema) ที่ไม่เหมาะสม (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549)</p>	<p>ระยะเริ่มต้น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ สิ่งที่ควรปฏิบัติในขณะนี้คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การอธิบายความคาดหวังเกี่ยวกับการรักษา ความร่วมมือกันระหว่างบำบัด การตั้งเป้าหมายร่วมกัน รูปแบบของการบำบัด เพื่อให้ผู้สูงอายุคลายความสงสัย 2. เริ่มต้นสอบถามข้อมูลทั่วไป เพื่อพัฒนาความไว้วางใจ เรียนรู้เรื่องราวของผู้สูงอายุ 3. อธิบายรูปแบบการบำบัดด้วย CBT ที่แสดงความเชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์เดิม แก่นความเชื่อ ความเชื่อเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ บทบาทและเป้าหมายในผู้สูงอายุ ความคิดอัตโนมัติ และภาวะซึมเศร้า 4. ตั้งอาการสำคัญที่เกิดขึ้นประจำสำหรับผู้ป่วย 2-3 อาการ 	<p>ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพประเมินอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย</p> <p>การบำบัดครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และปัญหาที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ภายใต้กรอบแนวคิด CBT ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราว “ฉันมีความภาคภูมิใจอะไรในตัวเอง”</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของ</p>	<p>ผู้วิจัยได้นำเรื่องการสร้างสัมพันธภาพของผู้ป่วยมาเป็นจุดเน้นสำหรับการบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมขั้นที่ 1 โดยเน้นที่การให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ และการทำหน้าที่โดยรวมถึงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ</p>

ขั้นตอนของ CBT โดยทั่วไป	CBT ตามแนวคิดของ Laidlaw และคณะ (2003)	กิจกรรมในโปรแกรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	การพัฒนา
		Laidlaw และคณะ (2003) และเชื่อมกับ ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น สถานการณ์ (A) อารมณ์ /ความรู้สึก (B) พฤติกรรม (C) มอบหมายการบ้าน	
<p>ขั้นตอนที่ 2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด</p> <p>การสกัดความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น การทดสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น พิสูจน์หามูลค่าหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมและวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้น (กุลธิดาสุภาคุณ, 2549; เซาวณี ล่องชุมผล และอุมาพร ห่านรุ่งชโรทร, 2550)</p>	<p>ระยะกลาง เน้นเรื่องการบ้านให้ผู้สูงอายุสามารถทำได้ทั้งในและนอกระยะเวลาบำบัด ซึ่งผู้บำบัดเป็นผู้เตรียมให้ผู้ป่วยจะเป็นแนวทางในการเลือกหัวข้อสำหรับการบำบัดผู้ป่วย ทั้งด้านความคิดและเทคนิคทางด้านเทคนิคที่ใช้ในระยะกลางนี้ได้แก่</p> <p>เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การค้นหากิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบทำ โดยค้นหากิจกรรมที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและเป็นไปได้ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ การพูดคุยกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว 2. การใช้ตารางกิจกรรมเพื่อติดตามประเมินกิจกรรมราย 	<p>ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด</p> <p>การบำบัดครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาการทำหน้าที่ใน การ ดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ</p> <p>การบำบัดครั้งที่ 3 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่</p>	<p>ผู้วิจัยได้เน้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเห็นถึงความคิดที่เกิดขึ้นโดยสอนให้รู้จักความคิดชนิดต่างๆ ที่มีความจำเพาะกับวัยสูงอายุที่เป็นความคิดของตัวผู้ป่วยเอง และมาจากการคิดว่าตนเองสูงอายุ โดยให้ผู้ป่วยได้ฝึกการพูดสื่อสารกับตนเองในทางบวกเพื่อใช้เป็นคำพูดเตือนตนเองเมื่อเกิดความคิดลบขึ้น และเน้นให้ผู้ป่วยได้หาแรงจูงใจ โดยเน้นที่การให้ความหมายกับการดำรงชีวิตที่เหลืออยู่เกี่ยวกับความ</p>

ขั้นตอนของ CBT โดยทั่วไป	CBT ตามแนวคิดของ Laidlaw และคณะ (2003)	กิจกรรมในโปรแกรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	การพัฒนา
	<p>สัปดาห์ (Weekly Activity Schedule:WAS) ซึ่งจะเชื่อมโยงอารมณ์กับการทำกิจกรรม โดยผู้บำบัดจะสอบถามผู้ป่วยถึงระดับอารมณ์ความรู้สึก อย่างไรก็ตาม การทำกิจกรรมรายวัน หรือ รายสัปดาห์ เป็นการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึก</p> <p>3. การใช้ตารางกิจกรรม (Activity Scheduling) ตรวจสอบกระบวนการคิดและ ความรู้สึก ซึ่งจะช่วยให้เห็นความเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และ ความรู้สึก</p> <p>4. แบบฟอร์มการติดตามอารมณ์ (The Mood-Monitoring Form) จะช่วยให้ผู้สูงอายุใช้ความคิดบันทึก อารมณ์ และช่วยเชื่อมการบันทึกพฤติกรรมด้วย</p> <p>5. การอภิปรายถึงประโยชน์ที่จะได้จากการทำกิจกรรม</p> <p>6. การใช้เทคนิคการแก้ปัญหา</p>	<p>สร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยกิจกรรม</p> <p>กิจกรรมที่ 1 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างแรงจูงใจ</p>	<p>ภาคภูมิใจในตนเอง และครอบครัว ว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลงเหลือสิ่งใดอยู่บ้าง</p>

ขั้นตอนของ CBT โดยทั่วไป	CBT ตามแนวคิดของ Laidlaw และคณะ (2003)	กิจกรรมในโปรแกรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	การพัฒนา
	<p>(Problem-solving technique)</p> <p>7. การใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ</p> <p>เทคนิคการจัดการความคิดลบ ได้แก่</p> <p>1. อธิบายลักษณะความคิดลบของ Beck และเชื่อมโยงเกี่ยวกับความสูงอายุที่สัมพันธ์กับความคิดลบ</p> <p>2. ระบุความคิดลบโดยใช้ความคิด 3คอลัมน์ (The three colum Thought) ใช้การบันทึกความผิดปกติของความคิด (Dysfunctional Thought Record;DTR) คือ A คือสถานการณ์ B คือ ความเชื่อ C คือ อารมณ์</p> <p>เทคนิคการเปลี่ยนความเชื่อหลักและการสมมติฐาน (Assumptions) ได้แก่</p> <p>1. ใช้หลักการ 4 ข้อที่จะระบุความเชื่อที่ผิดปกติ เช่น การถามโดยตรง ดึงข้อมูลออกมาโดยใช้สัมพันธภาพเชิงบำบัด การให้การบ้าน การใช้รูปแบบ</p>		

ขั้นตอนของ CBT โดยทั่วไป	CBT ตามแนวคิดของ Laidlaw และคณะ (2003)	กิจกรรมในโปรแกรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	การพัฒนา
	<p>ความคิดเพื่อเชื่อมโยงกับความเชื่อของผู้ป่วย</p> <p>2. การแก้ไขสมมติฐานที่ผิดปกติและความเชื่อ ผู้บำบัดจะช่วยผู้ป่วยเฉพาะสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้จริง</p>		
<p>ขั้นตอนที่ 3</p> <p>เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม</p> <p>การปรับพฤติกรรมใช้หลายเทคนิค เช่น การให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรม</p> <p>การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการปรับแนวทางในการแก้ไขปัญหามองปัญหามุมใหม่ และสามารถเผชิญปัญหาได้ใน</p>	<p>ระยะสิ้นสุด วางแผนป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ ในระยะนี้สิ่งที่ควรปฏิบัติ คือ</p> <p>1. ให้กำลังใจและให้ความมั่นใจในการบำบัดด้วย CBT</p> <p>2. กระตุ้นการบำบัดเป็นช่วง ๆ มีตารางนัดหมายว่าจะช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ</p> <p>3. เน้นย้ำกับผู้ป่วยว่าไม่มีใครแก่เกินเรียน</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรม</p> <p>การบำบัดครั้งที่ 4 วิเคราะห์ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้</p> <p>กิจกรรมที่ 1 การปรับพฤติกรรม วิเคราะห์และค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาคือ ประกอบด้วยกิจกรรมเชื่อมโยงสมมุติฐานที่กิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย</p> <p>การบำบัดครั้งที่ 5 ทบทวน CBT และยุติการบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้</p>	<p>ผู้วิจัยเน้นที่การให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวได้ร่วมกันฝึกการปรับพฤติกรรม โดยส่งเสริมการพูดทางบวกกับตนเอง เพื่อเป็นแรงจูงใจ และให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง พร้อมทั้งแนะนำถึงการป้องกันการเป็นซ้ำโดยทวนซ้ำการบำบัด และให้คู่มือที่เกี่ยวกับการบำบัดให้อ่านประกอบตลอดจนการให้กำลังใจให้ความหวังในการดำเนินชีวิตต่อ</p>

ขั้นตอนของ CBT โดยทั่วไป	CBT ตามแนวคิดของ Laidlaw และคณะ (2003)	กิจกรรมในโปรแกรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	การพัฒนา
แนวทางอื่น ๆ (เขาวนีย์ ล่องชุมผล และอุมาพร ห่าน รุ่งชโรทร,2550)		กิจกรรมที่ 1 ทบทวน การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม และยุติ การบำบัด ประกอบด้วย กิจกรรม เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และช่วยให้ผู้ป่วยมี แนวทางจัดการกับ ปัญหาที่ยังไม่เข้าใจ และให้กำลังใจในการ เผชิญปัญหา	

โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ ดำเนินการบำบัดเป็นรายบุคคล จำนวน 5 ครั้ง ครั้ง ละ 45-60 นาที รวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และปัญหาที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ภายใต้กรอบแนวคิด CBT ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราว “ฉันมีความภาคภูมิใจอะไรในตัวเอง” ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วย การให้ผู้ป่วยเล่าเชื่อมโยงประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ การสร้างสัมพันธภาพมีความสำคัญอย่างมากเนื่องจาก ผู้สูงอายุไม่คุ้นเคยกับการบำบัด ซึ่งอาจมีความกังวลและคาดหวังถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้น การสร้างสัมพันธภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยเมื่อพยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่มีความน่าเชื่อถือ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว,2544) ผู้บำบัดต้องอธิบายองค์ประกอบที่จะตามมาเหล่านี้ 1) ความคาดหวังต่อการรักษา 2) อธิบายความร่วมมือกันระหว่างการทำบำบัดด้วย CBT 3) การบำบัดแบบ CBT มีระยะเวลาจำกัดอย่างชัดเจน 4) เน้นชี้เฉพาะที่นี้และเดี๋ยวนี้ที่เป็นปัญหาปัจจุบัน 5) ตั้งเป้าหมายเป็นแผนที่นำทางล่วงหน้าแต่ละสัปดาห์ และเชื่อมโยงถึงรูปแบบของ CBT ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ถึงกระบวนการบำบัด แสดงกระบวนการของการเกิด ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

การเกิดภาวะซึมเศร้า ภายใต้กรอบแนวคิด CBT ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผู้บำบัดเน้นให้เห็นความสำคัญของการบ้านเน้นที่มีผลต่อการบำบัด (Laidlaw et al.,2003)

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าโดยเชื่อมโยงประสบการณ์ที่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของสมาชิก และเหตุผล ความสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของ Laidlaw และคณะ (2003) และการเชื่อมโยง สถานการณ์ (A) อารมณ์/ความรู้สึก (B) พฤติกรรม (C) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบความคิดอัตโนมัติและผลที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่มีต่ออารมณ์ พฤติกรรมการทำงานที่ องค์ประกอบที่เฉพาะสำหรับ CBT ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ คือ ความเชื่อเฉพาะกลุ่ม (Cohort Belief) บทบาทและเป้าหมายของผู้สูงอายุ (Role Investment) ภาวะสุขภาพ (Health status) ความเชื่อเกี่ยวกับความสูงอายุ (Sociocultural Context) ความเชื่อมโยงระหว่างรุ่น (Intergeneration Linkages) Laidlaw et al. (2003) ได้อธิบายทฤษฎีพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้าผ่าน Lewinshon Theory ว่า เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้า ขาดแรงจูงใจที่จะสนใจสิ่งต่าง ๆ และเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองและสภาพแวดล้อมในการทำกิจกรรม การแก้ปัญหา นำไปสู่การลดการทำกิจวัตรประจำวันและงานอดิเรก โดยแยกตัวออกจากความสนุกสนานและความหมายของชีวิตต่อไประดับอารมณ์ของบุคคลลดลง ซึ่งพัฒนาเป็นวงจรอุบาทว์ (vicious cycle develops) คือ ระดับอารมณ์ลดลง เฉยเมยเพิ่มขึ้นและแรงจูงใจลดลงต่อมาแยกตัวและลดกิจกรรมที่พึงพอใจ

ครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาการทำงานที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันและมอบหมายการบ้านเพื่อให้บันทึกความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น ในสมุดบันทึกกิจกรรมประจำวัน ประกอบด้วยกิจกรรม การสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด (Cognition) และ อารมณ์ ความรู้สึก (affect) หรือ พฤติกรรม (Behavior) (A-B-C Technique) และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ พร้อมให้ลองบันทึกลงในสมุดบันทึกกิจกรรมประจำวัน การที่ผู้รักษาทำหน้าที่เป็นครูช่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วยมีความแม่นยำหรือสมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากสาเหตุอื่น ๆ หรือเป็นการตีความที่เป็นไปอย่างอื่น หรือเป็นการค้นหาว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยถูกต้องสมเหตุสมผล

เพียงใด ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาด เกินจริงที่มักจะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นเหมาะสม วิเคราะห์ความคิด ทศนคติ การให้ความหมายของผู้ป่วยต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้น ๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุผล และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง ตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979)

ครั้งที่ 3 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ สร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ เป็นการสร้างความคิดใหม่แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรม ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความคิดที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ หรือการทำกิจกรรม(การบ้านที่ได้มอบหมาย) และสอบถามถึงความคิดอย่างใหม่ที่จะเกิดขึ้นว่าสามารถคิดเป็นอย่างอื่นได้หรือไม่ พร้อมทั้งแนะนำวิธีการหยุดความคิด เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ Automatic Thought ค่อนข้างไม่มีเหตุผลไม่เป็นความจริงทำให้ผู้ป่วยมีความคิดบิดเบือน (Wright and Beck, 1995 อ้างถึงใน กุลธิดา สุภาคณ, 2549) ซึ่งผู้ป่วยซึมเศร้าจะเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นการคิดซ้ำ ๆ แล้วก่อให้เกิดความเจ็บปวด หรือนำไปสู่อารมณ์ที่ไม่เป็นสุข (สมโภชน์ เขียมสุภาษิต, 2549) การฝึกหยุดความคิดจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการควบคุมความคิดและสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม ผู้บำบัดจะช่วยผู้ป่วยค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหา และให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหานั้น ๆ และผู้บำบัดจะบอกให้ผู้ป่วย “หยุด” ความคิดที่เกิดขึ้น แล้วนำเทคนิคบอกตนเองนี้ไปใช้ในชีวิตจริง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยกิจกรรมการ การให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงแรงจูงใจ หรือ ความหวัง (Hope) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลเสียของความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น และประโยชน์ที่เกิดขึ้นหากมีการปรับเปลี่ยนความคิด โดยการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาเพื่อปรับโครงสร้างความคิด โดยใช้เทคนิคการแก้ปัญหาคือ ลักษณะปัญหาคืออะไร ผู้ป่วยต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงแนวทางหรือจุดมุ่งหมายเป้าหมายในการแก้ไขปัญหายังไร มีวิธีไหนบ้าง ผลดีผลเสียที่จะเกิดขึ้น และผลลัพธ์ที่ได้เป็นอย่างไร จากสถานการณ์อันส่งผลต่อความพร้อมของการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเสริมแรงจูงใจโดยให้ถึงข้อดีที่จะได้จากการปรับเปลี่ยนความคิด และมอบหมายเป็นการบ้านโดย

ให้บันทึกความสามารถในการแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันลงในแบบบันทึกความสามารถในการแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 4 วิเคราะห์ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การปรับพฤติกรรม วิเคราะห์และค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาคประกอบด้วยกิจกรรม เชื่อมโยงสมุดบันทึกกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้เห็นรูปแบบของปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมให้ช่วยกันวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหา การวิเคราะห์ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาคเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ซึ่งมีลักษณะการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น ๆ ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะ วิธีการแนวทางแก้ไขที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาค(อรรถพรณ ลีอนุญธวัชชัยและพีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย,2549)

ครั้งที่ 5 ทบทวน CBT และยุติการบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ทบทวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และยุติการบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางจัดการกับปัญหาที่ยังไม่เข้าใจ และให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา ให้ผู้ป่วยสรุปประโยชน์ที่ได้จากการเข้ารับการบำบัดและแนวทางที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และประเมินความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของตนภายหลังเข้าบำบัด ผู้วิจัยสรุปโปรแกรมและให้ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) เทคนิคการปรับพฤติกรรม (Behavior technique) ผู้ป่วยต้องเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปได้ โดยตามทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (Reduced Positive Reinforcement) ของ Lewinshon (Lewinshon,1985 cite in Laidlaw et al.,2003) ซึ่งเชื่อว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้าขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองและสภาพแวดล้อมในการทำกิจกรรม การแก้ปัญหาคนำไปสู่การลดการทำกิจวัตรประจำวันและงานอดิเรก โดยแยกตัวออกจากความสนุกสนานและความหมายของชีวิต และอารมณ์เศร้าทำให้มีการลดลงของการเกิดพฤติกรรม และอาการต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความสิ้นหวังและเชื่อว่าทำให้ระดับการทำหน้าที่ลดลง (Lewin, 2008)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ

Aris และคณะ (2009) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับข้อจำกัดของการทำหน้าที่ (Functional disabilities) ของผู้สูงอายุในคลินิกปฐมภูมิ ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (A cross section study) ในคลินิกปฐมภูมิ 3 แห่ง การศึกษาพบว่าข้อจำกัดของการทำหน้าที่สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นเพศหญิง อาศัยอยู่คนเดียว มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีภาวะซึมเศร้า

Callahan และคณะ (1998) ศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective Cohort study) จากปี 1990-1996 ทดสอบการวัดที่เป็นพื้นฐานของอาการซึมเศร้ากับอัตราการตายและอธิบายสาเหตุของอาการซึมเศร้าสัมพันธ์กับความเสื่อมของร่างกาย (Physical decline) ของผู้ป่วย ในระยะเวลา 6 ปี ติดตามผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 3,767 คน อายุ 60 ปีหรือมากกว่าคัดกรองอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale : CES-D) ได้กลุ่มย่อยจำนวน 300 คน มีคะแนน CES-D ≥ 16 คะแนน และกลุ่มย่อยอีก 100 คน คะแนน CES-D < 16 คะแนน ผลสรุปว่าอาการซึมเศร้าไม่สัมพันธ์กับอัตราการตายในการศึกษานี้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีรายงานข้อจำกัดการทำงานที่ (functional impairment) มากกว่าไม่มีอาการซึมเศร้า ยังมีมากกว่านี้คือความเสื่อมของการทำหน้าที่ด้านร่างกายเป็นการเพิ่มขึ้นของอาการซึมเศร้า

Gallo และคณะ (2003) ศึกษาความเชื่อมโยงของอาการซึมเศร้าและข้อจำกัดของการทำหน้าที่ (Functional disability) ในผู้สูงอายุ โดยตั้งสมมติฐานว่าความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับข้อจำกัดของการทำหน้าที่อาจจะมีตัวกลางเป็นกระบวนการรู้คิด คือ ความจำ การแก้ไขปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงถดถอยที่รวมข้อกำหนดเกี่ยวกับเพศ อายุ จำนวนปีของการศึกษา โดยอาการซึมเศร้ามีนัยสำคัญตรงข้ามกับประสิทธิภาพการทำงานที่ที่ใช้ในการทำงาน การทดสอบปัญหาในชีวิตประจำวัน และสังเกตการทำงานทุกวัน เมื่อเพิ่มความจำและความสามารถในการแก้ไขปัญหาในโมเดล อาการซึมเศร้าจะลดลง จะเห็นได้ว่าความจำและความสามารถในการแก้ไขปัญหาเป็นตัวกลางสำคัญ ระหว่างภาวะซึมเศร้าและข้อจำกัดการทำงานที่ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการพิจารณาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอาจจำเป็นต้องพิจารณาถึงผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในกระบวนการรู้คิดด้วย

McGuire และคณะ (2006) ศึกษาปัจจัยทำนายข้อจำกัดการทำงานที่ (Functional disability) ในผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์เพื่อทดสอบการสนับสนุนความหลากหลายในการทำหน้าที่

ด้านการรู้คิดต่อระดับข้อจำกัดในการทำหน้าที่ และอัตราการตายใน 2 ปี เช่นเดียวกันกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล (activities of daily living:ADL) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องอาศัยคนหรือเครื่องมือช่วยเหลือ (instrumental activities of daily living:IADL) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา จำนวน 4,077 คน จาก The Second Longitudinal Study of Aging : LSOA ตั้งแต่ปี 1997 ถึง ปี 2000 เป็นการตรวจสอบโดยประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์สถานะด้านการรู้คิด (Telephone Interviews of Cognition Status:TICS) ADL และ IADL จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปร พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ระดับการรู้คิดต่ำมากมีโอกาสเกิดอัตราการตาย การมีข้อจำกัด ADL และ IADL มากกว่าผู้ซึ่งไม่มีข้อจำกัด ซึ่งการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดไม่ได้เป็นตัวทำนายการทำหน้าที่ส่วนบุคคลของ ADL แต่ทำนาย IADL ซึ่งระดับการทำหน้าที่รู้คิดต่ำเป็นแนวโน้มของการตาย หรือกลายเป็นข้อจำกัด (disable)มากกว่าระดับการรู้คิดที่สูง

นภา จิรัญจินตนา (2554) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่าอายุ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพพลภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม อายุ และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ร้อยละ 34

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

Butler และคณะ (2006) ได้ทำการศึกษาแบบวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) เรื่อง การศึกษาประสิทธิผลของ CBT การทบทวน วิเคราะห์งานวิจัย รวบรวมและวิเคราะห์งานวิจัยในปัจจุบันถึงผลลัพธ์ของการใช้ CBT ในผู้ป่วยจิตเวช จากการทบทวนงานวิจัยทั้ง 16 เรื่อง การทบทวนเน้นผลลัพธ์ของ CBT ที่เกิดขึ้นเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ในกลุ่มควบคุมที่แตกต่างกันไป ส่วนใหญ่พบการใช้ CBT สำหรับ Unipolar depression, General anxiety disorder, Panic disorder, Social phobia, Posttraumatic Stress disorder, Depression และ Anxiety ในเด็ก เป็นต้น และพบว่า CBT ในการศึกษาบางเรื่องดีกว่าการรักษาด้วยยาต้านเศร้า เช่น ในการรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ และในโรคย้ำคิดย้ำทำ จากการศึกษางานวิจัย 16 เรื่อง และวิเคราะห์แบบ

Meta-analysis ผลการทบทวนสนับสนุนว่า CBT มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรคโดยเฉพาะการรักษาโรคซึมเศร้า

Beech (2000) ศึกษาผลการทำกลุ่มการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาหญิงที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ช่วงอายุ 18-24 ปี พบว่า 1 เดือน และ 6 เดือน หลังจากการเข้ากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าและมีความคิดด้านลบลดลง มีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มมากขึ้น

Craigie and Nathan (2009) ทำการศึกษาความแตกต่างระหว่างการทำ CBT แบบกลุ่มและรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยนอกที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จำนวนตัวอย่างการทำ CBT แบบกลุ่ม 157 คนและรายบุคคล 77 คน โดยกลุ่ม CBT ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ระยะเวลาครั้งละ 1- 2 ชั่วโมง โดยผลการบำบัดพบว่า การทำ CBT แบบกลุ่มและแบบรายบุคคลมีประสิทธิภาพในการทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและไม่มีความแตกต่างทั้งหลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน

Ekers และคณะ (2008) ศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มทั้งหมดของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับภาวะซึมเศร้า เมื่อเทียบกับจิตบำบัดชนิดอื่น ๆ โดยสุ่มงานวิจัยเชิงทดลองซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ มีจำนวน 17 เรื่องที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก และมีหลักฐานสนับสนุนการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior therapy;BT) เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับภาวะซึมเศร้า โดยผลลัพธ์ที่ได้ดีกว่าการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองและจิตบำบัดระยะสั้น ซึ่งทั้งการบำบัดทางพฤติกรรมและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior therapy;CBT) ให้ผลไม่แตกต่างหลังการรักษาในการลดอาการซึมเศร้าเมื่อติดตามการรักษาต่อไป

Laidlaw และคณะ (2008) ศึกษาการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มของการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมกับการรักษาแบบปกติ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จุดมุ่งหมายของการศึกษา เพื่อตรวจสอบว่าการรักษาด้วย CBT เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพกับการรักษาปกติ เช่น การรักษาด้วยยา และการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 40 คน ได้รับการบำบัดด้วย CBT 20 คน และการรักษาปกติ 20 คน ผลเปรียบเทียบ CBT กับการรักษาปกติ หลังสิ้นสุดการรักษาในสัปดาห์ที่ 18 และประเมินซ้ำใน 3 เดือน และ 6 เดือน ซึ่ง CBT ลดอาการซึมเศร้าเมื่อติดตาม 6 เดือน CBT เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถทนต่อการรักษาได้

March และคณะ (2004) ศึกษาประสิทธิภาพของการรักษา 4 แบบ ในอาสาสมัครที่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 439 คน อายุระหว่าง 12-17 ปี การรักษา 4 อย่างมี ดังนี้ 1) การให้ยา Fluoxetine (10-40 mg/d) เพียงอย่างเดียว 2) CBT อย่างเดียว 3) CBT+ Fluoxetine (10-40 mg/d) 4) การให้ยาหลอก (10-40 mg/d) ให้การบำบัดเป็นเวลา 12 สัปดาห์ หลังการบำบัดติดตามประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับเด็ก ทำการเปรียบเทียบ ระหว่างการให้ยาหลอก การให้ CBT+ Fluoxetine (10-40 mg/d) การให้ยา Fluoxetine (10-40 mg/d) อย่างเดียว และ CBT อย่างเดียว พบว่า การรักษาด้วย Fluoxetine และ CBT ให้ ผลการรักษาที่ดีกว่า

Thomson และคณะ (2001) ศึกษาถึงประสิทธิผลของการรักษาด้วยยา desipramine เปรียบเทียบกับ CBT ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางโดยเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยา desipramine อย่างเดียว กับการรักษาด้วย CBT อย่างเดียว และการรักษาด้วยยา desipramine ร่วมกับ CBT ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 102 คน ผลการรักษาพบว่า การรักษาทั้งหมดช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นโดยการรักษาด้วย CBT อย่างเดียว และรักษาด้วยยา desipramine ร่วมกับ CBT ให้ผลเหมือนกัน ซึ่งกลุ่มที่รักษาด้วยยา desipramine ร่วมกับ CBT ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นกว่าการรักษาด้วยยา desipramine อย่างเดียว

Turkington และคณะ (2002) ศึกษาผลของการฝึกอบรมการทำ CBT สำหรับผู้ป่วยโรค จิตเภทให้กับพยาบาลจิตเวชในชุมชนระยะเวลา 10 วัน และให้ทำ CBT กับผู้ป่วยจำนวน 257 คน โดยพยาบาลเหล่านั้นจะได้รับการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญทุกสัปดาห์ เปรียบเทียบกับกลุ่ม ควบคุมพบว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรมสามารถทำ CBT ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยที่ ตนดูแลรับรู้การเจ็บป่วยของตนดีขึ้น อาการโดยรวมลดลง

Wilkinson และคณะ (2009) ศึกษา นำร่องกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบ สั้นเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อสร้างมาตรฐานการองค์ความรู้กลุ่มบำบัด ทางความคิดและพฤติกรรมแบบสั้น สำหรับประยุกต์ใช้กับงานวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้น จากการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 45 คน เป็นโรค ซึมเศร้าตามเกณฑ์ ICD-10 ในระยะ 1 ปี เป็นกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรมแบบกลุ่ม 23 คน กลุ่มควบคุมได้รับยาต้านเศร้า 22 คน พบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำใน ระยะ 1 ปี ลดลงในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

กัญญาณัฐ สุภาพร (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน การวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในเขตอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนได้ โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู (2551) ศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า ณ แผนกผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่าหลังการบำบัดในระยะติดตามผลการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง CBT ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดที่ผิดปกติหรือความคิดที่บิดเบือนไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงของตนเอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความคิดไปในทางบวก เผชิญปัญหาและปรับตัวกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น มีความยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงได้มากขึ้น มีความคิดว่าตนเองมีคุณค่า มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ ช่วยให้ความรู้สึกซึมเศร้ามลดลง

กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จรรยาพร ไจหนูน (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุรา จำนวน 12 ราย ที่มารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1)โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของเบ็คและคณะ (Beck et al., 1993) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติด

สุรากลุ่มตัวอย่าง ภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรากลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ไม่แตกต่างจากหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถทำให้พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุราที่รับบริการที่คลินิกบำบัดสุราลดลงหรือหยุดดื่มได้

เขาวนีย์ ล่องชูผลและอุมาพร ห่านรุ่งชโรทร (2550) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมพฤติกรรมทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 20 คน สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมพฤติกรรมทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้ว่าโปรแกรมพฤติกรรมทางปัญญาสามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลงได้

บุญเรือง ร่วมแก้ว (2552) ศึกษาผลการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับความคิดหลงผิดและประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยเพศชายแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 7 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังบำบัดผู้ป่วยทั้งหมด มีการบันทึกระดับการยึดมั่นในความหลงผิด และระดับความรุนแรงของอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความคิดของผู้ป่วยลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมกว่าเดิมทั้งหมด พบว่า คะแนนของอาการหลงผิดของผู้ป่วยจำนวน 5 คนยังเท่าเดิม มีเพียง 2 คนที่คะแนนเพิ่มขึ้นจากระดับมีอาการขั้นต่ำเป็นมีอาการเล็กน้อย ระดับการยึดมั่นในความคิดหลงผิดของผู้ป่วย 2 คนเพิ่มขึ้นจาก 0 เปอร์เซนต์ เป็น 30 เปอร์เซนต์ และ 40 เปอร์เซนต์ และมีการเพิ่มขึ้นของระดับความรุนแรงของอารมณ์ด้วย จาก 0 เปอร์เซนต์ เป็น 5 เปอร์เซนต์ และ 10 เปอร์เซนต์

ปัทมา แก้วสีไล (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วจำนวน 40 คน ผลการวิจัยที่สำคัญสรุปได้ดังนี้ การรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 และการรับรู้อาการหูแว่ว

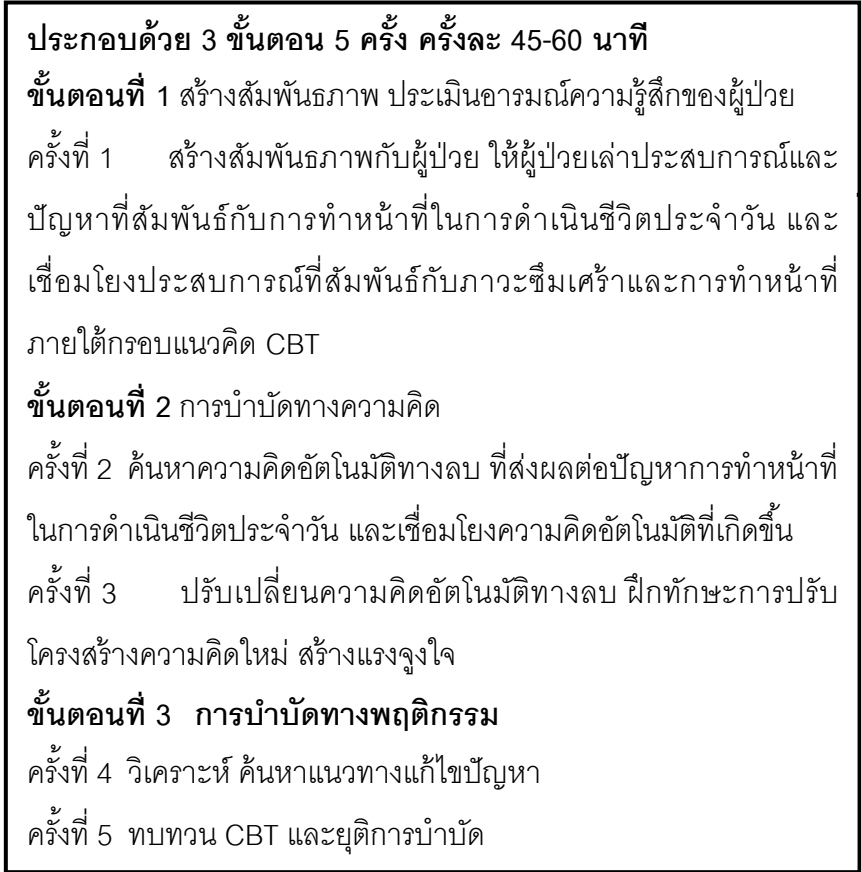
ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05

พรเพ็ญ อารีกิจ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลมะการักษ์ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อสิ้นสุดการทดลองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุสาห์ จงวงศ์ (2554) ศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี จำนวน 8 คน เป็นเพศชาย 3 คน เพศหญิง 5 คน อายุระหว่าง 30-52 ปี ในระหว่างการบำบัดมีผู้ป่วย 2 คน ที่หยุดรับการบำบัดเนื่องจาก ย้ายไปทำงานต่างจังหวัดทำให้เหลือผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการครบตามโปรแกรมบำบัดจำนวน 6 คน ผลการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 6 คน มีคะแนนระดับภาวะซึมเศร้า หลังการบำบัดและในระยะติดตามผลต่ำกว่าคะแนนระดับภาวะซึมเศร้าก่อนการบำบัด โดยผู้ป่วย 2 คน มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและ 4 คน ไม่มีภาวะซึมเศร้า

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุโรคของ Laidlaw และคณะ (2003) มาเป็นโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งดำเนินการบำบัดเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 5 สัปดาห์ติดต่อกัน ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 45-60 นาที/ครั้ง ซึ่งมีรายละเอียดของขั้นตอนของโปรแกรมดังกรอบแนวคิดนี้



ภาวะซึมเศร้า

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi – experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest–posttest control group design) (Polit & Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ตัวแปรต้นคือ การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

- O₁ หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- O₂ หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- X หมายถึง การทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- O₃ หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₄ หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 40 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกและคัดออกดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10)
3. เป็นผู้มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) ถึงระดับมาก (20-29 คะแนน) ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1979) แปลโดย เชาวน์ ล่องชูผล (2547)
4. เป็นผู้มีคะแนนการทำหน้าที่ตั้งแต่ 51 คะแนน ขึ้นไป ด้วยแบบประเมิน Global Assessment of Function (GAF) ของ DSM-IV ซึ่งแปลโดยกรมสุขภาพจิต
5. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องมีคะแนนมากกว่า 14 คะแนน ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนมากกว่า 17 คะแนน และผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนมากกว่า 22 คะแนน

6. ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคอื่น ๆ
7. สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้
8. ไม่เคยได้รับการบำบัดโดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าระหว่างการบำบัด

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะในการวิจัยแบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (Polit&Hungler,1999) เพื่อการกระจายของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (Normality) และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุดและเพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

จากนั้นผู้วิจัยจับคู่กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (Match pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษา โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ซึ่งได้แก่ เพศ คะแนนภาวะซึมเศร้า ระดับคะแนนการทำหน้าที่ และปริมาณยาที่ได้รับเท่ากัน แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน (ดังภาคผนวก ข)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เพื่อขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2556 (ดังเอกสารภาคผนวก ค) และขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ซึ่งได้รับการอนุญาตในการเก็บข้อมูลในวันเดียวกัน

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้างานข้อมูลเวชระเบียนและสถิติของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตของผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตในการสืบค้นข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2.1 ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย (Try out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 30 คน และทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 3 คน โดยได้ทดลองใช้เครื่องมือระหว่างวันที่ 1-15 กุมภาพันธ์ 2556

2.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยร่วมปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจุดนัดและคัดกรองผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า และติดใบบ่งชี้ที่เวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อขอพบผู้ป่วย โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่ามีการวิจัยเรื่องการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หากผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมการวิจัย จึงขออนุญาตศึกษาประวัติการเจ็บป่วย และการเข้ารับการรักษาจากข้อมูลเวชระเบียน พร้อมทั้งประเมินระดับ

คะแนนภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ และประเมินว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์สำหรับการเป็นกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 18 กุมภาพันธ์- 1 มีนาคม 2556

2.3 หากพบคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเขียนยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ คะแนนภาวะซึมเศร้า และการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในกลุ่มเดียวกัน (ดังภาคผนวก ข)

4. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการจับฉลาก เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลองตามโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการได้รับการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใด ๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โดยก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้น นำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ซึ่งประกอบไปด้วยคณะกรรมการ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และนักจิตวิทยาคลินิก เพื่อพิจารณาผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1979) แบบประเมินการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment of Function:GAF) ของ DSM-IV แปลโดยกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข:ออนไลน์)
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ ของ Hollon & Kendoll (1980) และแบบวัดความสามารถในการแก้ไขปัญหาประจำวัน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น
4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 ได้รับการแปลและพัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542)

โดยมีรายละเอียดของแต่ละชุดเครื่องมือดังนี้

1. **เครื่องมือดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด Laidlaw et al.(2003) มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การทำหน้าที่ในวัยสูงอายุ

1.2 สร้างโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จากแนวคิด Laidlaw et al. (2003)และมีการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมพร้อมกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมจะเป็นรายบุคคล ระยะเวลาครั้งละ 45-60 นาที โดยดำเนินการรวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง จำนวน 5 สัปดาห์ติดต่อกันดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และปัญหาที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ภายใต้กรอบแนวคิด CBTประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราว “ฉันมีความภาคภูมิใจอะไรในตัวเอง” ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วย การให้ผู้ป่วยเล่าเชื่อมโยงประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ การสร้างสัมพันธภาพมีความสำคัญอย่างมากเนื่องจากผู้สูงอายุไม่คุ้นเคยกับการบำบัด ซึ่งอาจมีความกังวลและคาดหวังถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้น การสร้างสัมพันธภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยเมื่อพยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่มีความน่าเชื่อถือ (สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2544) ผู้บำบัดต้องอธิบายองค์ประกอบที่จะตามมาเหล่านี้ 1) ความคาดหวังต่อการรักษา 2) อธิบายความร่วมมือกันระหว่างการบำบัดด้วย CBT 3) การบำบัดแบบ CBT มีเวลาจำกัดอย่างชัดเจน 4) เน้นชี้เฉพาะที่นี้และเดี๋ยวนี้ที่เป็นปัญหาปัจจุบัน 5) ตั้งเป้าหมายเป็นแผนที่นำทางล่วงหน้าแต่ละสัปดาห์ และเชื่อมโยงถึงรูปแบบของ CBT ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ถึงกระบวนการบำบัด แสดงกระบวนการของการเกิด ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม การเกิดภาวะซึมเศร้า ภายใต้กรอบแนวคิด CBT ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผู้บำบัดเน้นให้เห็นความสำคัญของการบ้านเน้นที่มีผลต่อการบำบัด (Laidlaw et al., 2003)

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าโดยเชื่อมโยงประสบการณ์ที่เป็นปัญหาที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของสมาชิก และเหตุผล ความสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของ Laidlaw et al. (2003) และการเชื่อมโยง สถานการณ์ (A) อารมณ์/ความรู้สึก (B) พฤติกรรม (C) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบความคิดอัตโนมัติและผลที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่มีต่ออารมณ์ พฤติกรรมการทำงานที่ องค์ประกอบที่เฉพาะสำหรับ CBT ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ คือ ความเชื่อเฉพาะกลุ่ม (Cohort Belief) บทบาทและเป้าหมายของผู้สูงอายุ (Role Investment) ภาวะสุขภาพ (Health status) ความเชื่อเกี่ยวกับความสูงอายุ (Sociocultural Context) ความเชื่อมโยงระหว่างรุ่น (Intergeneration Linkages) Laidlaw et al. (2003) ได้อธิบายทฤษฎีพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้าผ่าน Lewinshon Theory ว่า เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้า ขาดแรงจูงใจที่จะสนใจสิ่งต่าง ๆ และเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองและสภาพแวดล้อมในการทำกิจกรรม การแก้ปัญหา นำไปสู่การลดการทำกิจวัตรประจำวัตรและงานอดิเรก โดยแยกตัวออกจากความสนุกสนานและความหมายของชีวิตต่อไประดับอารมณ์ของบุคคลลดลง ซึ่งพัฒนาเป็นวงจรอุบาทว์ (vicious cycle develops) คือ ระดับอารมณ์ลดลง เฉยเมยเพิ่มขึ้นและแรงจูงใจลดลงต่อมาแยกตัวและลดกิจกรรมที่พึงพอใจ

ครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ส่งผลต่อปัญหาการทำงานที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันและมอบหมายการบ้านเพื่อให้บันทึกความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น ในสมุดบันทึกกิจกรรมประจำวัน ประกอบด้วยกิจกรรม การสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด (Cognition) และอารมณ์ ความรู้สึก (affect) หรือ พฤติกรรม (Behavior) (A-B-C Technique) และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ พร้อมให้ลองบันทึกลงในสมุดบันทึกกิจกรรมประจำวัน การที่ผู้รักษาทำหน้าที่เป็นครูช่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วยมีความแม่นยำหรือสมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากสาเหตุอื่น ๆ หรือเป็นการตีความที่เป็นไปอย่างอื่น หรือเป็นการค้นหาว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยถูกต้องสมเหตุสมผลเพียงใด ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาด เกินจริงที่มักเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นเหมาะสม วิเคราะห์ความคิด ทศนคติ การให้ความหมายของผู้ป่วยต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้น ๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผล และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง ตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979)

ครั้งที่ 3 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ สร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ เป็นการสร้างความคิดใหม่แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรม ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความคิดที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ หรือการทำกิจกรรม(การบ้านที่ได้มอบหมาย) และสอบถามถึงความคิดอย่างใหม่ที่จะเกิดขึ้นว่าสามารถคิดเป็นอย่างอื่นได้หรือไม่ พร้อมทั้งแนะนำวิธีการหยุดความคิดเนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ Automatic Thought ค่อนข้างไม่มีเหตุผลไม่เป็นความจริงทำให้ผู้ป่วยมีความคิดบิดเบือน (Wright and Beck, 1995 อ้างถึงใน กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) ซึ่งผู้ป่วยซึมเศร้าจะเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นการคิดซ้ำ ๆ แล้วก่อให้เกิดความเจ็บปวด หรือนำไปสู่อารมณ์ที่ไม่เป็นสุข (สมโภชน์ เขียมสุภาษิต, 2549) การฝึกหยุดความคิดจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการควบคุมความคิดและสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม ผู้บำบัดจะช่วยผู้ป่วยค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหา และให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหานั้น ๆ และผู้บำบัดจะบอก

ให้ผู้ป่วย “หยุด”ความคิดที่เกิดขึ้น แล้วนำไปใช้ในการหยุดความคิดในชีวิตจริง (อรพรรณ ลีอนุญ รัวชัยและพีรพนธ์ ลีอนุญรัวชัย,2549)

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยกิจกรรมการ การให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงแรงจูงใจ หรือ ความหวัง (Hope) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลเสียของความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น และประโยชน์ที่เกิดขึ้นหากมีการปรับเปลี่ยนความคิด โดยการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาเพื่อปรับโครงสร้างความคิด โดยใช้เทคนิค SOLVE คือ ลักษณะปัญหาคืออะไร ผู้ป่วยต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงแนวทางหรือจุดมุ่งหมายเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาอย่างไร มีวิธีไหนบ้าง ผลดีผลเสียที่จะเกิดขึ้น และผลลัพธ์ที่ได้เป็นอย่างไร จากสถานการณ์อันส่งผลต่อความพร้อมของการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเสริมแรงจูงใจโดยให้ถึงข้อดีที่จะได้จากการปรับเปลี่ยนความคิด และมอบหมายเป็นการบ้านโดยให้บันทึกความสามารถในการแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันลงในแบบบันทึกความสามารถในการแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 4 วิเคราะห์ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การปรับพฤติกรรม วิเคราะห์และค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรม เชื่อมโยงสมุดบันทึกกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้เห็นรูปแบบของปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมให้ช่วยกันวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหา การวิเคราะห์ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ซึ่งมีลักษณะการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น ๆ ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะ วิธีการแนวทางแก้ไขที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา (อรพรรณ ลีอนุญ รัวชัยและพีรพนธ์ ลีอนุญรัวชัย,2549)

ครั้งที่ 5 ทบทวน CBT และยุติการบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ทบทวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และยุติการบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางจัดการกับปัญหาที่ยังไม่เข้าใจ และให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา ให้ผู้ป่วยสรุปประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่มบำบัดและแนวทางที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และประเมินความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของตนภายหลังเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยสรุปโปรแกรมและให้ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) เทคนิคการปรับพฤติกรรม (Behavior technique) ผู้ป่วยต้องเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปได้ โดยตามทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (Reduced Positive Reinforcement) ของ Lewinshon (Lewinshon,1985 cite in Laidlaw et al.,2003) ซึ่งเชื่อว่า โรค

ซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้าขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองและสภาพแวดล้อมในการทำกิจกรรม การแก้ปัญหา นำไปสู่การลดการทำกิจวัตรประจำวันและงานอดิเรก โดยแยกตัวออกจากความสนุกสนานและความหมายของชีวิต และอารมณ์เศร้าทำให้มีการลดลงของการเกิดพฤติกรรม และอาการต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความสิ้นหวังและเชื่อว่าทำให้ระดับการทำหน้าที่ลดลง (Lewin, 2008)

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ดังนี้

1. นำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมด้วยการหาความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน โดยตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมด้านความเกี่ยวข้อง(Relevance)ของเนื้อหา ความชัดเจน (Clarity) ของเนื้อหา ความสมบูรณ์ของเนื้อหา (Comphensiveness) และความเหมาะสมของขั้นตอน ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหากิจกรรมรวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

การบำบัดครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และปัญหาที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ภายใต้กรอบแนวคิด CBT

กิจกรรม 1.2 เพิ่มเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องได้รับการบำบัดด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยมีการให้ดูวีดีโอเรื่อง ลูกแกะแสนซน เพื่อใช้เชื่อมโยงให้เห็นเรื่องของคุณคิดที่มีผลต่อการทำหน้าที่และการเกิดภาวะซึมเศร้า และควรมีคำบรรยายประกอบได้ภาพ

ของกรอบแนวคิดของที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ และควรเอาเนื้อหาความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุเข้ามาอธิบายด้วย

การบำบัดครั้งที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ผูกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ สร้างแรงจูงใจและทางเลือกในการเผชิญปัญหาที่หลากหลาย

กิจกรรมที่ 3.1 ควรปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจที่มาจากภายในสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ ให้พูดถึงความคาดหวังที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ จำนวน 3 คน จนครบการบำบัดทั้งหมด 5 ขั้นตอน เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งอุปสรรคอื่น ๆ อันจะเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร

2. เครื่องเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับแก้ข้อคำถามให้มีความชัดเจนดังนี้

ข้อ 5 จำนวนสมาชิกในครอบครัว ปรับเป็น จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากจะให้ความหมายที่ชัดเจน

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 21 items) ซึ่งแปลโดยเชาวณี ล่องชุมผล (2547) ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้ค่าความตรง (Validity) เท่ากับ .95 ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .86 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่ายและสามารถวัดซ้ำได้ (ลัดดา แสนสีหา, 2536) จำนวน 21 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ 0 = ไม่มีภาวะซึมเศร้า 1 = มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 2 = มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 3 = มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง เป็นแบบประเมินที่มีความตรงและความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ โดยคะแนนสูงสุดคือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Beck, 1967) คือ

0-9	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range)
10-15	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression)
16-19	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression)
20-29	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression)
30-63	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 21 items) มาปรับปรุงภาษาให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา ระดับคะแนนความคิดเห็นมีระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน โดยผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ในแต่ละข้อ

ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) คำนวณจากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}} = \frac{20}{21}$

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

= 0.95

พบว่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับแก้ข้อคำถามให้มีความชัดเจนดังนี้

ข้อ 11 ปรับ ตัวเลือก 0 จาก “ฉันไม่รู้สึกเหนื่อยโกรธง่าย” เป็น “ฉันไม่รู้สึกโกรธและเหนื่อย”

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 21 items) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

2.3 แบบประเมินการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment of Function: GAF) ของ DSM-IV ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข:ออนไลน์) เป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในด้านจิตใจ สังคม การประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นการประเมินให้คะแนนที่ต่อเนื่องจากภาวะสุขภาพจิตดีถึงการเจ็บป่วย ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 1 (คะแนนการทำหน้าที่ต่ำสุด) ถึง 100 (คะแนนการทำหน้าที่สูงสุด) โดยมีการแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็นช่วงละ 10 คะแนน โดยคะแนน 91-100 คะแนน กำหนดให้ค่าระดับ 10 81-90 คะแนน กำหนดให้ค่าระดับ 9 เป็นต้น (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล, 2541) มีรายละเอียดของคะแนนดังนี้

91-100 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม แก้ไขปัญหาชีวิตได้เป็นที่พึงของคนอื่นได้เพราะเป็นคนที่มีคุณสมบัติทางบวกหลายอย่าง ไม่มีอาการ

81-90 คะแนน หมายถึง มีอาการน้อยมากหรือไม่มีอาการเลย (เช่น กังวลใจเล็กน้อยก่อนการสอบ) ชอบทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีในทุก ๆ ด้าน มีความสนใจและมีส่วนร่วมในกิจกรรมหลากหลาย

เข้าสังคมได้ดี พอใจกับชีวิตโดยทั่วไป ไม่มีอะไรมากไปกว่าปัญหาชีวิตประจำวัน (เช่น ทะเลาะกับสมาชิกในครอบครัวเป็นบางครั้ง)

71-80 คะแนน หมายถึง หากมีอาการบ้างก็เป็นแบบชั่วคราวและเป็นการตอบสนองต่อความเครียดทางจิตใจที่พบได้โดยทั่วไป (เช่น สมาชิกไม่ค่อยดีหลังจากทะเลาะกันในครอบครัว) ไม่มีอะไรมากไปกว่าสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคม อาชีพ หรือในโรงเรียนเพียงเล็กน้อย (เช่น การเรียนตกต่ำชั่วคราว)

61-70 คะแนน หมายถึง มีอาการเล็กน้อย (เช่น อารมณ์เศร้า และนอนไม่หลับบ้าง) หรือมีปัญหาบ้างในการเข้าสังคมประกอบอาชีพหรือเรียน (เช่น หนีเรียนหรือขโมยของในบ้าน) แต่ความสามารถโดยรวมยังอยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ มีความสัมพันธ์ลึกซึ้งกับคนบางคนได้

51-60 คะแนน หมายถึง มีอาการอยู่ในระดับปานกลาง (เช่น อารมณ์เรียวเฉย พูดจาวกวนนาน ๆ ครั้ง จะอาการตื่นตกใจ กลัวจนควบคุมตนเองไม่ได้) หรือมีความลำบากในการเข้าสังคมประกอบอาชีพ หรือการเรียนในระดับกลาง ๆ (เช่น มีเพื่อนน้อย มีความขัดแย้งกับเพื่อน ๆ หรือเพื่อนร่วมงาน)

41-50 คะแนน หมายถึง อาการรุนแรง (เช่น มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มีอาการย้ำคิดอย่างรุนแรง ขโมยของร้านค้าบ่อย ๆ) หรือมีความบกพร่องที่รุนแรงทางสังคม อาชีพ หรือการเรียนอย่างมาก (เช่น ไม่มีเพื่อนเลย หรือต้องกตงงานอยู่เรื่อย)

31-40 คะแนน หมายถึง มีการสูญเสียการรับรู้ความเป็นจริงหรือการสื่อสาร (เช่น บางครั้งการพูดไม่เป็นเหตุผล หรือเหตุผลฟังเข้าใจยาก หรือไม่อยู่กับร่องกับรอย) หรือ มีการสูญเสียความสามารถในด้านต่าง ๆ หลายด้าน เช่น ที่ทำงาน โรงเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัว การใช้วิจารณญาณ การคิด อารมณ์ (เช่น ถ้าเป็นผู้ใหญ่เมื่อมีอาการเศร้าจะหลีกเลี่ยงการพบปะเพื่อนฝูง ครอบครัว และไม่สามารถทำงานได้ ถ้าเป็นเด็กอาจรังแกเด็กที่เล็กกว่า คือเวลาอยู่ที่บ้านและการเรียนล้มเหลว)

21-30 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ภายใต้อิทธิพลของความคิดหลงผิดหรืออาการประสาทหลอน หรือ มีความบกพร่องอย่างรุนแรงในการสื่อสารและใช้วิจารณญาณ (เช่น บางครั้งพูดไม่พูดปะติดปะต่อ ทำสิ่งต่าง ๆ ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะอย่างหมกมุ่นอยู่กับความคิดอยากฆ่าตัวตาย) หรือไม่สามารถทำอะไรได้เลยในแทบทุกด้าน (เช่น นอนอยู่บนเตียงทั้งวัน ไม่มีงานทำงาน ไม่มีบ้านอยู่ ไม่มีเพื่อน)

11-20 คะแนน หมายถึง อาจเป็นอันตรายหรือทำร้ายผู้อื่น (เช่น พยายามฆ่าตัวตายโดยไม่ได้คาดหวังชัดเจนว่าจะตายจริง ๆ มีพฤติกรรมรุนแรงบ่อยครั้ง มีลักษณะตื่นเต้นไม่ยอมอยู่นิ่ง

เลย) หรือบางครั้งไม่สามารถรักษานามัยส่วนตัวได้ (เช่น อุจจาระป่ายของบางอย่าง) หรือ มีความบกพร่องในการสื่อสารอย่างรุนแรง (เช่น ส่วนใหญ่จะพูดไม่รู้เรื่อง หรือเงิบเฉยเหมือนคนใบ้)

1-10 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นตลอดเวลา (เช่น มีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ ๆ) หรือส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษานามัยส่วนตัวแม้เพียงเล็กน้อย หรือ มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายอย่างจริงจังและคาดหวังชัดเจนว่าจะตายได้จริง

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้

ซึ่ง GAF โดยอยู่ใน Axis V ใน Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (Text Revision) DSM-IV-TR ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2000) โดยพบว่าค่าความเที่ยงของเครื่องมือนี้ มีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) เท่ากับ .89 (the-global-assessment-of-functioning-scale-gaf-in-rating-permane-psychiatric-disability; ออนไลน์)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำอีก เนื่องจากเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนดังกล่าวได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย กรมสุขภาพจิต และผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ ทั้งสิ้น

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และได้ให้พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ทดสอบซ้ำถึงคะแนนที่ผู้วิจัยประเมินได้แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) มีค่าเท่ากับ .95

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ สร้างโดย Beck และคณะ (1979) พัฒนาโดย Hollon & Kendoll (1980) แปลเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา และดาราวรรณ ตีะปิ่นตา (2536) ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .80 ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบ 30 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งออกเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง

มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1,2,3,4 และ 5 ตามลำดับ แบบประเมินนี้ใช้แยกแยะและค้นหาเนื้อหาความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยจะวัดทันทีภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

การคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อ 1 ถึง ข้อ 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนน ส่วนคะแนนที่ต่ำสุดคือ 30 คะแนน โดยบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จะมีค่าคะแนนที่อยู่ในช่วง 30-80 คะแนน (Deruels et, al., 1990 cited in Furlong and Tian, 2002) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนในช่วง 30-80 คะแนน จึงจะผ่านเกณฑ์สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ หากหลังการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบแล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน โดยมีคะแนนสูงกว่า 80 คะแนน ผู้วิจัยจะประเมินผลพร้อมกับผู้ป่วยถึงสาเหตุและร่วมกันพิจารณาแก้ไขปัญหาต่อไปจนผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของ Hollond and Kendall (1980) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา และดาราวรรณ ติะปิ่นตา (2536) มาปรับปรุงภาษาให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา ระดับคะแนนความคิดเห็นมีระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน โดยผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) ถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}} = \frac{28}{30}$$

$$= 0.93$$

คำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.93 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับแก้ภาษาให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อ 1 ปรับข้อความคำถามจาก “ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าเป็นคนที่ต่อต้านสังคม” เป็น “ข้าพเจ้าคิดว่าตัวเองเป็นคนที่ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม”

ข้อ 20 ปรับข้อความคำถามจาก “นี่มันเกิดอะไรขึ้นกับข้าพเจ้า” เป็น “มีอะไรบางอย่างเกิดขึ้นกับข้าพเจ้า”

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า แบบประเมินความรุนแรงของอาการมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .97

หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยทำการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบผ่านเกณฑ์ (ดังตารางที่ 1)

3.2 แบบวัดความสามารถในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดการแก้ไขปัญหา ซึ่ง Laidlaw et al.,(2003) กล่าวถึงการแก้ไขปัญหาไว้ว่า เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณครอบงำด้วยปัญหาที่ยุงยาก และเป็นกรยากที่จะแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพผู้บำบัดจึงควรให้การช่วยเหลือเพื่อให้เหตุการณ์ดีขึ้น ด้วยเทคนิค การแก้ปัญหา ได้แก่ S คือลักษณะของปัญหา O คือ แนวทางของเป้าหมายและจุดมุ่งหมาย (ผู้ป่วยต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงปัญหาอย่างไร) L คือ รายการทางเลือก (วิธีไหนที่เป็นไปได้) V คือ दुผลกระทบที่จะเป็นไปได้ (ข้อดีและข้อเสีย) E คือ ประเมินผลลัพธ์ (ได้ทำงานใหม่) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างตามแนวคิดที่กล่าวไว้ ประกอบด้วยข้อความคำถาม 10 ข้อ ตัวอย่างเช่น ข้อ 1 เมื่อท่านมีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุตรหลานและบุคคลในครอบครัว ท่านเล่าหรือระบายให้คนที่ท่านไว้ใจที่สุดฟัง เป็นแบบเลือกตอบปฏิบัติได้ ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ได้ ให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์กำกับการทดลอง ผู้ป่วยต้องตอบได้

ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป หากไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ผู้วิจัยจะร่วมกันประเมินและพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นรายการต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกความสามารถในการแก้ไขปัญหาประจำวันมาปรับปรุงภาษาให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา ระดับคะแนนความคิดเห็นมีระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน โดยผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ในแต่ละข้อ

ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) คำนวณจากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}} = \frac{9}{10}$$

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

$$= 0.90$$

พบว่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.90 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับแก้ข้อคำถามให้มีความชัดเจนดังนี้

ข้อ 7 ปรับข้อคำถามจาก “ท่านพยายามจะเรียนรู้ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบัน จากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ และอินเทอร์เน็ต” เป็น “ท่านพยายามจะเรียนรู้ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบัน จากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ และวิทยุ”

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรครูดริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยทำการประเมินแบบบันทึกความสามารถในการแก้ไขปัญหาประจำวันของผู้ป่วยทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนความสามารถในการแก้ไขปัญหาประจำวันผ่านเกณฑ์ (ดังตารางที่ 2)

4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

4.1 แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 ได้รับการแปลและพัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) เป็นแบบวัดความสามารถทางสมองระดับความบกพร่องในการรู้คิด (Cognitive impairment) โดยใช้คะแนน ≤ 21 คะแนนบ่งบอกว่ามีการสูญเสียการทำงานที่เกี่ยวข้องกับปัญญา โดยมีค่าความเที่ยง (Reliability) .98 ใช้ได้กับประชากรที่มีการศึกษาและไม่มีการศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา (Orientation for time) 2) การรับรู้เกี่ยวกับสถานที่ (Orientation for place) 3) การบันทึกความจำ (Registration) 4) การมีสมาธิ (Attention Calculation) 5) ความจำระยะสั้น (Recall) 6) การบอกชื่อ (Naming) 7) การพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (Repetition) 8) การเข้าใจความหมายและทำตามสั่ง (Verbal command) 9) การอ่าน การเข้าใจ และทำตามสั่ง (Written command) 10) การเขียนอย่างมีความหมาย (Writing) 11) ความสัมพันธ์การทำงานระหว่างมือกับตา (Visuconstruction) การแปลค่าคะแนน มี 2 ระดับคือ ระดับการรู้คิดต่ำและปกติ โดยเป็นคำถามปลายเปิด ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ซึ่งมีจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment) ดังนี้คือ

ผู้สูงอายุที่ไม่เรียนหนังสือ จุดตัดคะแนนที่ ≤ 14 คะแนน (ตัดข้อ 4, 9 และ 10)

ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา จุดตัดคะแนนที่ ≤ 17 คะแนน

ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษา จุดตัดคะแนนที่ ≤ 22 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ไม่ได้นำแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 ไปหาค่าความตรงของเนื้อหา เนื่องจากได้มีการแปลและพัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ ทั้งสิ้น

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม

ตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรครูดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยทำการประเมินแบบบันทึกความสามารถในการแก้ไขปัญหาประจำวันของผู้ป่วยทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนความสามารถในการแก้ไขปัญหาประจำวันผ่านเกณฑ์ (ดังตารางที่ 2)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการทดลองการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัย และระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังนี้

ระยะเตรียมการวิจัย

1. ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ของผู้วิจัยในเรื่อง CBT ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำราบทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับ CBT ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อนำมาสร้างโปรแกรม CBT ต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายুর่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาในการศึกษาวิจัยดำเนินการไปอย่างถูกต้อง และเรียนรู้ฝึกการทำกลุ่มบำบัดเพิ่มเติมจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูงที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและในชุมชน ผู้วิจัยได้ฝึกการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์
2. จัดเตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. ยื่นโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
4. จัดทำแผนการทดลอง เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำ

หนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

5. เมื่อได้รับการอนุมัติจริยธรรม และขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ของงานวิจัย และประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อเข้าดำเนินการวิจัย

6. ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความสมบูรณ์ครบของข้อมูล เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมเครื่องมือในการดำเนินการตามโปรแกรม หลังจากนั้นผู้วิจัย นัดหมายวันเวลา ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม

ระยะดำเนินการวิจัย

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าและประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck และ แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF)

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจคัดกรอง พบจิตแพทย์ และการให้การดูแลสุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา และอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับและให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน

3. ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าและประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอีกครั้ง (Post-test)

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าและประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck และ แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF)
2. หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นรายบุคคล ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ นับเป็นครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2-5 ดำเนินการตามกิจกรรมของโปรแกรม ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ครั้งละ 45-60 นาที เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์
3. ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยกำกับการทดลองทันที โดยให้ตอบแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ และแบบบันทึกความสามารถในการแก้ไขปัญหาประจำวัน (ดังตารางที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 2 คะแนนแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (n=20)

คนที่	คะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบ	การแปลผล
1	40	ปกติ
2	43	ปกติ
3	30	ปกติ
4	39	ปกติ
5	30	ปกติ
6	42	ปกติ
7	48	ปกติ
8	30	ปกติ
9	30	ปกติ
10	68	ปกติ
11	74	ปกติ
12	30	ปกติ
13	57	ปกติ
14	61	ปกติ
15	53	ปกติ
16	65	ปกติ
17	55	ปกติ
18	58	ปกติ
19	45	ปกติ
20	48	ปกติ

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบสูงสุดเท่ากับ 74 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 30 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนความคิดอัตโนมัติผ่านเกณฑ์ คือมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 30-80 คะแนน ซึ่งหมายถึง ไม่มีความคิดในทางลบ

ตารางที่ 3 คะแนนแบบวัดความสามารถในการแก้ไขปัญหประจำวันในกลุ่มทดลอง
หลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (n=20)

คนที่	คะแนนความสามารถในการแก้ไข ปัญหาประจำวัน	การแปลผล
1	10	ผ่าน
2	9	ผ่าน
3	9	ผ่าน
4	8	ผ่าน
5	10	ผ่าน
6	8	ผ่าน
7	8	ผ่าน
8	10	ผ่าน
9	10	ผ่าน
10	8	ผ่าน
11	9	ผ่าน
12	10	ผ่าน
13	8	ผ่าน
14	9	ผ่าน
15	8	ผ่าน
16	9	ผ่าน
17	10	ผ่าน
18	10	ผ่าน
19	10	ผ่าน
20	10	ผ่าน

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนความสามารถในการแก้ไขปัญหประจำวันในกลุ่มตัวอย่าง
มีคะแนนสูงสุด 10 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 8 คะแนน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนน
ผ่านเกณฑ์ คือ ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป

**ผลที่เกิดจากการดำเนินการตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะ
ซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้**

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ประเมินอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย

การบำบัดครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และปัญหาที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ภายใต้กรอบแนวคิด CBT ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราว “ฉันมีความภาคภูมิใจอะไรในตัวเอง” ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างผลสรุปการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ข้อที่ 1 เปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เกิดความไว้วางใจต่อผู้บำบัด โดยผู้ป่วยเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้บำบัดด้วยความสับสนและไม่ไว้วางใจในตอนแรกที่จะเล่าเรื่องราวของตนเองให้ผู้บำบัดฟัง แต่เมื่อมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงความงอแงและความภาคภูมิใจในตนเองที่ผู้ป่วยมี ผู้บำบัดกล่าวชื่นชม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี และได้เล่าในรายละเอียดที่เกี่ยวกับครอบครัวของตนให้ผู้บำบัดได้ฟังมากขึ้น และเมื่อผู้บำบัดกล่าวว่าจะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่จะมีบุคลากรทางสาธารณสุขไปเยี่ยมที่บ้าน และได้มีการนัดหมายกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Case ที่ 1 “รู้สึกดีใจที่มีคนมาพูดคุยด้วยกับคนแก่ ไม่เหงา ดีใจที่คุณหมอมจะไปเยี่ยมบ้าน ยินดีต้อนรับ ยายอยู่กับตาสองคน ตาเป็นอัมพฤกษ์ อยู่บ้านพักราชการ (ระบุสถานที่) อยู่กับลูกชายและลูกสะใภ้ ยายเคยคิดฆ่าตัวตายนะ ยายถึงได้มา รพ.จิตเวช อยากเล่าให้คุณหมอฟัง (ร้องไห้) อย่าลืมไปบ้านยายนะ”

Case ที่ 11 “ยินดีให้ความร่วมมือกับคุณหมอ ถ้าจะช่วยให้ยายหายจากโรคนี้ได้บ้าง และเป็นประโยชน์กับคุณหมอและคนอื่น”

Case ที่ 13 17 19 “ดีใจถ้าหมอมจะไปเยี่ยมบ้าน และถ้ามันจะเป็นประโยชน์ต่อฉัน ทำให้ฉันหายดี ฉันก็ดีใจ”

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ข้อที่ 2 บอกถึงความภาคภูมิใจ หลังจากได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยแล้ว ผู้บำบัดได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเกี่ยวกับเรื่องราวของตนเองให้ผู้บำบัดฟัง เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันทำให้ผู้ป่วยได้เล่าเกี่ยวกับเรื่องราวในอดีตที่ทำให้ตนเองประสบความสำเร็จหรือทำให้ตนเอง มีความภาคภูมิใจ เมื่อครั้งยังเป็นวัยหนุ่มสาว และวัยทำงาน ผู้บำบัดเป็นผู้รับฟังเกี่ยวกับความภาคภูมิใจของผู้ป่วยและกล่าวชื่นชม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Case ที่ 5 “ตาไม่มีลูก อยู่กับยายและพี่ภรรยา ภูมิใจที่เป็นครูเกษียณอายุราชการมาแล้ว เวลาจะไปหาหมอกี่ในกรุงเทพฯ จะมีคนแถวบ้านที่เขานับถือตา อาสาขับรถไปส่ง เพราะเราเคยเป็นครูเขา ก็ได้เขานี้ละช่วยเหลือเวลาขับรถทางไกล แต่ก็เกรงใจเขาอยู่ เขาไม่ใช่ลูกเรา”

Case ที่ 7 “รู้สึกดี ที่คุณหมอยังให้ความสำคัญ ยายมีเรื่องจะเล่าให้ฟังเยอะเหมือนกัน หลายเรื่อง ดีใจถ้ายายยังจะเป็นประโยชน์กับคนอื่นบ้าง”

Case ที่ 10 “ภูมิใจที่เลี้ยงลูกจนได้ดี เขาโตมีงานทำ”

Case ที่ 19 “ภูมิใจที่ไม่เคยเป็นหนี้เลย อยู่อย่างพอเพียง พอมีกินมีใช้ ไม่คิดอยากได้ของคนอื่น ทำเท่าที่เราทำได้”

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าโดยเชื่อมโยงประสบการณ์ที่เป็นปัญหาที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของสมาชิก และเหตุผล ความสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างผลสรุปการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1 บอกวัตถุประสงค์ของการบำบัดได้อย่างน้อย 2 ข้อ ผู้ป่วยสามารถทวนซ้ำวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯ ระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม และประโยชน์ที่จะได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ถูกต้อง 3 ใน 5 ข้อ เมื่อสร้างสัมพันธภาพเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเกี่ยวกับเรื่องราวของตนเองแล้ว ผู้บำบัดจึงได้บอกวัตถุประสงค์ของการมาพูดคุยและการเข้ารับการบำบัดในครั้งนี้ ซึ่งในครั้งแรกผู้ป่วยยังมีความกังวลและสงสัยเกี่ยวกับการรับการบำบัดว่าสามารถทำควบคู่กับการรับประทานยาได้ หรือควรหยุดรับประทานยา ซึ่งผู้บำบัดได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าการรับการรักษา และได้บอกวัตถุประสงค์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมว่าส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่อย่างไรบ้าง จนผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและสามารถทบทวน วัตถุประสงค์ ตลอดจนระยะเวลาของการเข้ารับการบำบัดได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Case ที่ 3, 6, 13 “การบำบัดของคุณหมอ ช่วยให้ฉันหายซึมเศร้า ทำให้รู้ว่าเวลาที่เราเบื่อ ๆ ไม่อยากทำอะไร บางครั้งก็มาจากที่เราคิด ไม่อยากทำ หรือเราไม่พอใจลูกที่เขาไม่ได้ให้เงินรายเดือนกับเรา หรือเขาไม่ยอมเรียกเรามากินข้าวด้วย เหมือนลูกไม่รักเรา”

Case ที่ 5 “คนเราต้องอยู่กับปัจจุบันนะหมอ บางทีคิดเรื่องอดีต เพื่อนฝูง ที่แต่ก่อนเขาเคยอยู่ มันก็เหงา เพราะบางคนก็ย้ายไปอยู่ที่อื่น ตายบ้าง เมื่อวาน ฉันเพิ่งไปงานศพเขามาเอง เพื่อนฉัน เขาตายเพราะมะเร็ง”

Case ที่ 14, 16 “หมอมจะมาเยี่ยมฉันอีกที หมอมจะโทรมานัดอีกครั้งใช่ไหม จร้า ฉันจะจดไว้ในปฏิทินด้วย”

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2 อธิบายถึงประสบการณ์และเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ เมื่อผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแล้ว ผู้บำบัดจึงได้ให้ผู้ป่วยเล่าเกี่ยวกับปัญหาของภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่จากการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีเล่าถึงประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น และทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ซึ่งผู้ป่วยได้เล่าให้ผู้บำบัดฟังเกี่ยวกับเรื่องราวดังกล่าว เช่น การสูญเสียคนรัก การเกษียณอายุราชการ การอยู่กับครอบครัวที่มีบุคคลต่างวัยมาอยู่ด้วยกันจำนวนมากทำให้ไม่ได้รับความเคารพจากลูกหลาน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Case ที่ 2 “มันรู้สึกเบื่อ ๆ ทำอะไรไม่ค่อยได้ แล้วยังตอนนี้บ้านเมีย เขาเอาพี่น้องเขามาอยู่ด้วย เขาไม่เห็นหัวเรา ตอนนี่ก็ไม่ได้ทำงานแล้ว ทำไม่ได้เหมือนแต่ก่อน ตาก็ไม่ค่อยดี คงเพราะเราหาเงินไม่ได้เขาเลยไม่ค่อยเกรงใจเรา แม่ยายก็วางท่าไม่ยอมให้เราอยู่บ้านเขา บ้านคนมันเยอะมันก็มีปัญหา”

Case ที่ 12 “พอหลังเกษียณอายุราชการ ก็รู้สึกว่ามันเบื่อ ๆ ผมแทบทนไม่ไหว เหมือนเราไม่มีคุณค่าเลย”

Case ที่ 14 “ยายรู้สึกไม่มีคุณค่า เป็นภาระของลูกหลาน ยายไปอยู่กับลูกและลูกสะใภ้ บางทีมีเขาก็ให้กิน ไม่มีเขาก็ไม่ให้กิน เงินที่เขาบอกจะให้รายเดือนเขาก็ไม่ให้ ยายคิดว่ามันคงเป็นเวรเป็นกรรม เมื่อไหร่ยายจะตาย ๆ ไปซะทีก็ไม่รู้”

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด

การบำบัดครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ส่งผลต่อปัญหาการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันและมอบหมายการบ้านเพื่อให้บันทึกความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น ในสมุดบันทึกกิจกรรมประจำวัน ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างผลสรุปการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1 ผู้ป่วยบอกเหตุการณ์ในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ที่ทำให้เกิดความคิดลบ และความคิดอัตโนมัติทางลบได้ พร้อมทั้งเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเองกับรูปแบบความคิดอัตโนมัติตามกรอบแนวคิด CBT ของ Laidlaw et.al. (2003) ได้ ผู้ป่วยได้บอกเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อความคิดลบ ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าให้ผู้บำบัดฟัง โดยผู้บำบัดรับฟังและเชื่อมโยงถึงเหตุการณ์ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการมี

ความคิดอัตโนมัติทางลบ ว่าส่งผลอย่างไรบ้าง ซึ่งผู้ป่วยได้สะท้อนคำพูดเมื่อรับทราบว่าคุณคิดอัตโนมัติทางลบนั้นมีผลกับตนเองอย่างไร ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Case ที่ 4 “คิดว่าลูกเขาไม่ดูแลเรา ในความจริงเราติดกับความคิดเดิมซ้ำ ๆ มองมุมเดิมเหมือนมองยังงี้ก็เห็นแค่มุมของเรา แต่หากมองอย่างที่คุณหมอบอก มีรูปให้ดู มันก็เห็นภาพได้หลายมุมเหมือนกันนะ ว่าเราเองคิดแต่เราด้านเดียว”

Case ที่ 5 “ถ้าพูดถึงอย่างที่คุณหมอบอก มันเห็นว่า ที่เราเป็นแบบนี้มีตั้งหลายอย่าง ของผมนี่น่าจะเป็นเพราะผมอายุเยอะแล้ว ร่างกายมันแก่ตามเรา อีกอย่างเราไม่มีลูกอยู่กับสองคนตายาย ก็เลยมองว่ายิ่งเราแก่งี้ทำอะไรไม่ได้เลย แต่ความจริงมันก็อยู่ที่ความคิดเหมือนที่หมอบอกว่า”

Case ที่ 7, 9, 11, 13 “เห็นรูปภาพแล้ว ฉันทก็เข้าใจแล้วว่าจริง ๆ ฉันทก็ซึมเศร้าเพราะความคิดของฉันทที่ไม่มองมุมอื่นเลย”

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2 ผู้ป่วยเข้าใจ A B C จากการฝึกทักษะและรูปแบบความคิดที่บิดเบือนได้ พร้อม บอกได้ว่าหลักฐานที่สนับสนุน ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้น เป็นความคิด ความเชื่อที่บิดเบือน หรือความคิดจริง ผู้บำบัดได้สอนให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิด อารมณ์ พฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยเข้าใจ A B C แล้ว ผู้บำบัดได้ให้ผู้ป่วยสะท้อนเกี่ยวกับความเข้าใจดังกล่าว และผลที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Case ที่ 2 “ลูกไม่เรียกเรากินข้าว และพูดว่า ถ้าอยากกินคงมากินเองก็รู้เวลาอยู่แล้วนี่” ความคิดที่เกิดขึ้น “เพราะลูกเห็นเมียดีกว่าเราแต่ก่อนไม่เคยพูดแบบนี้” อารมณ์/ความรู้สึกที่เกิดขึ้น “น้อยใจ ผิดหวัง” พฤติกรรมที่เกิดขึ้น “เบื่ออาหาร ไม่อยากพูดคุยกับใคร ”

Case ที่ 6 “ญาติพี่น้องฝั่งเมียเข้ามาอยู่ในบ้านเยอะ” ความคิดที่เกิดขึ้น “เขาทำไมไม่เห็นหัวเรา ไม่เคยทักเรา คงคิดว่าเราเกาะเมียอยู่” อารมณ์/ความรู้สึกที่เกิดขึ้น “ไม่มีคุณค่า ผิดหวัง เบื่อ” พฤติกรรมที่เกิดขึ้น “อาหาร นอนไม่หลับ ไม่อยากทำอะไร ทำแล้วไม่มีความสุข ทำงานไม่ได้ เจ็บป่วยออก ๆ แอด ๆ กำลังมันตก”

Case ที่ 20 “ให้หลานยืมที่ดิน เขาเอาเข้าจำนอง ธนาकारเขาจะยึดที่” ความคิดที่เกิดขึ้น “เราทำผิดพลาด ไว้ใจคนอื่นไม่ฟังคำเตือนของลูก” อารมณ์/ความรู้สึกที่เกิดขึ้น “ท้อแท้ หมดหวัง หมดหนทางแก้ไข เศร้า รู้สึกผิด” พฤติกรรมที่เกิดขึ้น “ไม่ยอมพบไม่ยอมพูดกับใคร ทำงานไม่ได้ กินข้าวไม่ลง ป่วยบ่อย”

การบำบัดครั้งที่ 3 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ สร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างผลสรุปการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1 ผู้ป่วยวิเคราะห์หรือทบทวนของความคิดต่ออารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยเชื่อมโยงกับสมุดบันทึกกิจกรรมประจำวันได้ ผู้บำบัดได้สอนการบันทึกสมุดบันทึกกิจกรรมประจำวันตั้งแต่ขั้นต้นของการบำบัด หากผู้ป่วยไม่สามารถบันทึกได้ ให้ผู้ป่วยจดจำเหตุการณ์มาเล่าให้ผู้บำบัดฟัง และผู้บำบัดได้ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

Case ที่ 2 เหตุการณ์ “ลูกไม่เรียกเรากินข้าว และพูดว่า ถ้าอยากกินคงมากินเองก็รู้เวลาอยู่แล้วนี่” ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจจากคำพูดของลูกที่เกิดขึ้น ส่งผลให้นอนไม่หลับ ไม่อยากรับประทานอาหาร ไม่อยากสวมชุดให้หัวพระตอนเย็น ไม่อยากทำอาหารเย็นทั้ง ๆ ที่ทุกวันจะทำเกิดความขัดแย้งในครอบครัว ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยเพราะเจ็บป่วย เดียวก็ปวดหัว ปวดท้อง เหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง

Case ที่ 12 เหตุการณ์ “หลังเกษียณอายุราชการ” ทำให้ผู้ป่วย เกิดความท้อแท้ ทำงานกิจกรรมประจำวันได้น้อย ไม่อยากออกสังคมเลย เพราะคิดว่าเราหมดคุณค่า ไม่อยากออกไปคุยกับใคร นอนไม่ค่อยหลับ บางทีนั่งเหม่อมองสวนหย่อมหน้าบ้านทั้ง ๆ ไม่ทำอย่างอื่น เคยไปวิ่งออกกำลังกายก็ไม่อยากไป มันเบื่อ ๆ กระทบหมดทุกอย่าง และป่วยบ่อย จนต้องมาหาหมอแล้วเขาก็บอกว่าเราเป็นโรคซึมเศร้านี้ละ มันเกิดจากความคิดของเราด้วยส่วนหนึ่ง พอเห็นตารางกิจกรรมประจำวัน ก็เลยรู้ว่าเราต้องทำอะไรบ้าง จะได้ไม่ฟุ้งซ่าน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2 ผู้ป่วยบอกความคิดใหม่ที่เกิดขึ้นได้เหมาะสมตามความเป็นจริง เมื่อผู้ป่วยเห็นถึงผลที่เกิดขึ้น ผู้บำบัดได้สอนให้ผู้ป่วยเห็นความจริงที่เป็นผลมาจากการที่เกิดเหตุการณ์ดังกล่าว ตลอดจนได้สอนความคิดบิดเบือน และสอนความคิดใหม่ที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ความเป็นจริงซึ่งผู้ป่วยรับทราบและสามารถบอกความคิดใหม่ที่เกิดขึ้นได้ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Case ที่ 14 เหตุการณ์ หลานไม่ให้ความเคารพ ก็จะพูดกับแม่ของหลาน และบอกหลานถึงพฤติกรรมของเขที่เกิดขึ้นว่าไม่เหมาะสม และอาจจะให้แม่กับพ่อของหลานช่วยสั่งสอนเขาใหม่ ให้รู้จักเคารพผู้ใหญ่

Case ที่ 16 เหตุการณ์ สามีทำร้ายร่างกาย กินเหล้าทุกวัน ผู้ป่วยบอกว่าจะ เดินหนีเวลามีปัญหา และรอให้เขาสำงเมาค่อยมาคุยกัน

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยกิจกรรมการ การให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงแรงจูงใจ หรือ ความหวัง (Hope) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันผู้วิจัยขอยกตัวอย่างผลสรุปการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1 กลุ่มตัวอย่างบอกแนวทางการสร้างแรงจูงใจของตนเองต่อการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ เมื่อเกิดความคิดใหม่ ผู้บำบัดได้สอบถามผู้ป่วยว่า การที่มีความคิดแบบใหม่ ผู้ป่วยควรมีแนวทางหรือแรงจูงใจในการทำหน้าที่ของตนเอง ผู้บำบัดสอนให้ผู้ป่วยตั้งความหวัง และบอกว่าหากจะไปถึงความหวังนั้นผู้ป่วยจะมีแนวทางสร้างแรงจูงใจอย่างไร ผู้ป่วยได้บอกเล่าเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากขึ้น การอยู่ดูความสำเร็จของลูกหลาน การไปทำบุญที่วัด ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Case ที่ 12 “ถ้าเราหันมาสนใจดูแลตัวเอง เราก็จะดีขึ้น เรายังเป็นที่เคารพนับหน้าถือตาสำหรับคนอื่นอยู่ แค่เราหวังว่าเราจะทำประโยชน์เพื่อคนอื่น มองดูนักเรียนที่เราสอนเขาแล้วเขาประสบความสำเร็จมันก็เป็นสิ่งที่น่าภูมิใจแล้ว”

Case ที่ 13, 17, 18 “ถึงเราจะแก่แล้ว เราก็ต้องอยากที่จะอยู่ดูความสำเร็จของลูกหลานของเราอยู่ พอมองเห็นเขามีกงานทำ มีครอบครัวที่อบอุ่นเท่านี้ก็เป็นสิ่งที่เราภาคภูมิใจแล้ว เราควรจะมีเริ่มต้นที่สนใจดูแลตัวเอง ก่อนคุยกับคนอื่นบ้างชีวิตจะได้ไม่เครียด ไปวัด เดินไปเล่นบ้านที่บ้นน่อง ฟังเพลง สวดมนต์ไหว้พระ ออกกำลังกาย”

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2 ผู้ป่วยบอกทางเลือกที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมตามความเป็นจริง เมื่อผู้ป่วยเล่าปัญหาของตนเองที่ส่งผลการภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ และผู้บำบัดได้พาผู้ป่วยมองถึงทางเลือกในการแก้ไขปัญหาในหลาย ๆ มุมมอง ได้แก่ การปล่อยวาง การทำบุญตักบาตร การสวดมนต์ไหว้พระ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Case ที่ 2 “ทำอะไรที่ชอบก่อน เรื่องหนัก ๆ ค่อยว่ากันใหม่”

Case ที่ 7 “ไปเข้าศาล ทุกวันพระ สวดมนต์ ตื่นมาค่อยว่ากันใหม่”

Case ที่ 14 “ทำจิตใจให้เข้มแข็งต่อสู้กับมัน อย่าไปยอมแพ้”

Case ที่ 20 “ของนอกกายหาใหม่ได้ อย่ายอมแพ้”

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดพฤติกรรม

การบำบัดครั้งที่ 4 วิเคราะห์ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การปรับพฤติกรรม วิเคราะห์และค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหประกอบด้วยกิจกรรม เชื่อมโยงสมุดบันทึกกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างผลสรุปการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1 บอกแนวทางที่จะนำการปรับพฤติกรรมไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน เมื่อผู้ป่วยเห็นทราบนแนวทางและขั้นตอนของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแล้ว ผู้บำบัดได้สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Case ที่ 3 “จะลองสวดมนต์ไหว้พระดู และจะคิดในทางที่ดีอย่างที่คุณหมอสอน”

Case ที่ 7 “ออกไปคุยกับคนอื่นบ้าง เพราะอาจจะได้แนวคิดดี ๆ จากเขา”

Case ที่ 10 “การรู้ว่าต้องทำอะไร อย่างกิจกรรมของคุณหมอก็ดีนะจะได้ไม่เบื่อ ไม่นั่งนอน เพราะแต่ละวันเราต้องทำอะไรตั้งหลายอย่าง ฉันคิดว่าจะฟังหมอลำเพราะฉันชอบ จะได้ไม่เหงา และก็ร้องตามด้วย”

Case ที่ 20 “คงจะพูดกับลูกมากขึ้น ฟังลูกมากขึ้น และหันหน้าเข้าหากัน ทุกปัญหามีทางออก ทางแก้ไข”

การบำบัดครั้งที่ 5 ทบทวน CBT และยุติการบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ทบทวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และยุติการบำบัด ผู้วิจัยขอ ยกตัวอย่างผลสรุปการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1 บอกสิ่งที่ได้เรียนรู้และประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัดได้ ซึ่งผู้ป่วยกับผู้บำบัดจะได้พบกันเป็นครั้งสุดท้ายก่อนสิ้นสุดการบำบัด ผู้บำบัดได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงแนวทางที่จะนำสิ่งที่ได้รับจากการบำบัดไปใช้อย่างไรได้บ้าง ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยพูดต่อไปนี้

Case ที่ 1 “ได้รู้ว่าบางครั้งการที่เราทำงานเราก็จะลืม ๆ สิ่งที่เราคิดไม่ดีทั้งหลาย มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า”

Case ที่ 12 “จะเอาความรู้ที่หมอสอนไปเล่าให้เพื่อนบ้านฟังด้วย”

Case ที่ 15 “คิดว่าสุขก็สุข คิดว่าทุกข์ก็ทุกข์ ทุกอย่างมันอยู่ที่ความคิด”

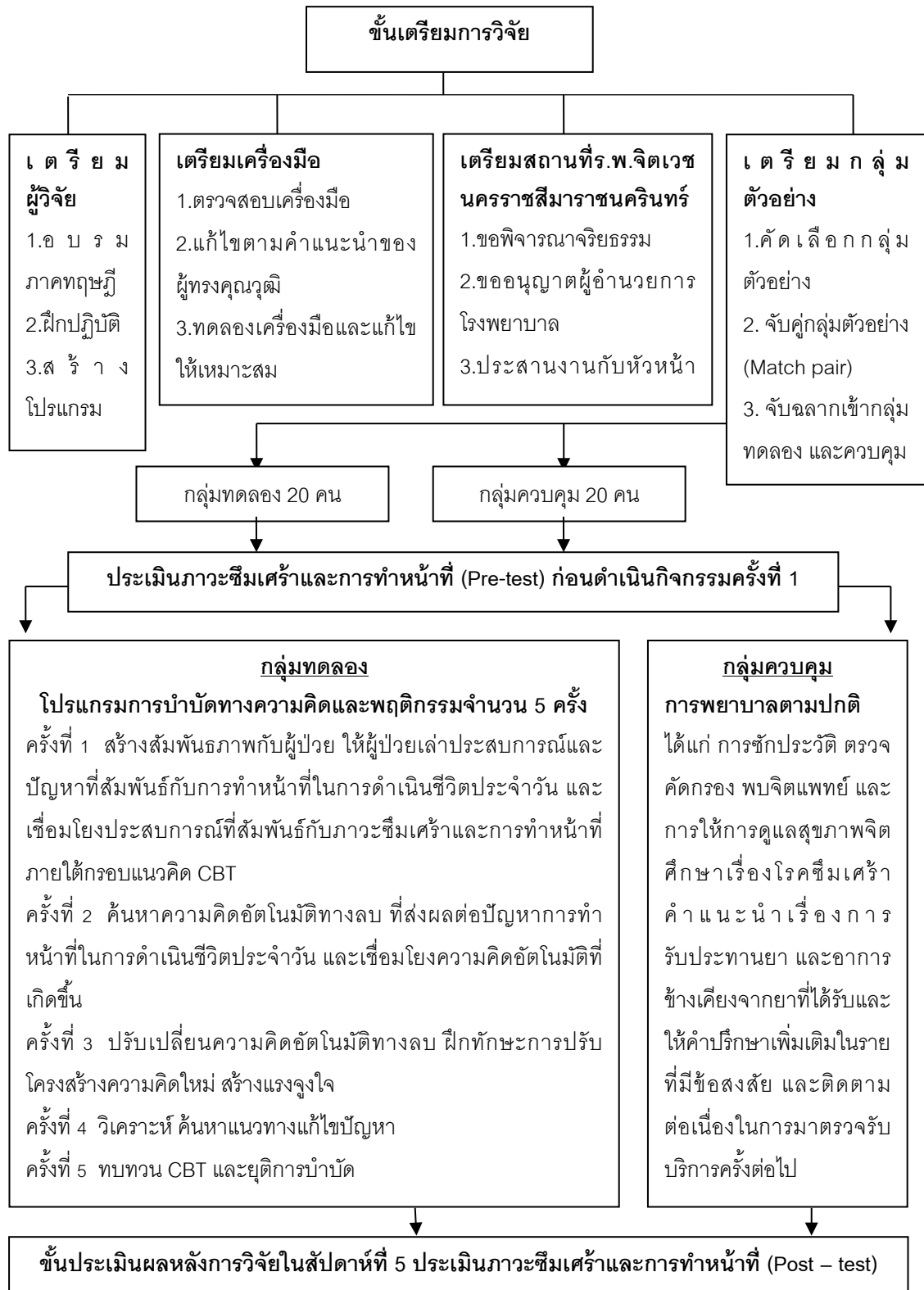
Case ที่ 18 “สุขทุกข์อยู่ที่ใจเรา”

Case ที่ 19 “เข้าใจแล้วว่า โรคซึมเศร้านั้นอยู่ที่จิตใจของเราเอง ถ้าใจเราเข้มแข็ง โรคภัยพวกนี้ก็มาเบียดเบียนเราไม่ได้”

ระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบและความสามารถในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันในกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ครั้งที่ 5 ได้ตรวจสอบค่าความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มตัวอย่างทุกคน อยู่ในเกณฑ์ผ่าน คือมีคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบไม่เกิน 80 คะแนน และคะแนนความสามารถในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างทุกคน อยู่ในเกณฑ์ผ่าน คือ มีคะแนนความสามารถในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันไม่ต่ำกว่า 7 คะแนน
2. ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ด้วยแบบประเมินการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment of Function:GAF)
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ Pair t-test
3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดย

ใช้สถิติ Independent t-test

4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ ทั้งชายและหญิง อายุ 60 ปี ขึ้นไป โดยได้รับการสุ่มแบบเจาะจง พิจารณาจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Match-pair) โดยตัวแปร เพศ คะแนนภาวะซึมเศร้า ระดับคะแนนการทำหน้าที่ และปริมาณยาที่ได้รับเท่ากัน ถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดคะแนนภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังการทดลอง

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ในครอบครัว รายได้ครอบครัวต่อเดือน ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	4	20	4	20	8	20
หญิง	16	80	16	80	32	80
อายุ						
	Mean = 64.8 , SD = 3.98		Mean = 65.55 , SD = 4.52		Mean = 65.18 , SD = 4.22	
60 - 65 ปี	14	70	12	60	26	65
67 - 70 ปี	3	15	6	30	9	22.5
71 - 75 ปี	3	15	2	10	5	12.5
สถานภาพ						
โสด	-	-	1	5	1	2.5
คู่	14	70	14	70	28	70
หย่าร้าง/แยก	3	15	2	10	5	12.5
หม้าย	3	15	3	15	6	15

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	-	-	1	5	1	2.5
ประถมศึกษา	17	85	17	85	34	85
มัธยมศึกษา	2	10	2	5	3	7.5
อุดมศึกษา	1	5	1	5	2	5
จำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิต อยู่ในครอบครัว						
จำนวน 1 – 2 คน	5	25	6	30	11	27.5
จำนวน 3- 5 คน	12	60	11	55	23	57.5
จำนวนมากกว่า 5 คน	3	15	3	15	6	15
รายได้ครอบครัวต่อเดือน						
รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท	9	45	14	70	23	57.5
รายได้ 1,001 – 3,000 บาท	4	20	-	-	4	10
รายได้ 3,001 บาท ขึ้นไป	7	35	6	30	13	32.5

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)						
ไม่มี	16	72.7	4	16	20	42.6
เบาหวาน	2	9.1	3	12	5	10.6
ความดันโลหิตสูง	4	18.2	13	52	17	36.2
Thalasemia	-	-	1	4	1	2.1
ภูมิแพ้	-	-	1	4	1	2.1
ไทรอยด์	-	-	2	8	2	4.3
หัวใจ	-	-	1	4	1	2.1
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว						
ไม่มี	14	70	14	70	28	70
เบาหวาน	-	-	1	5	1	2.5
ความดันโลหิตสูง	4	20	2	10	6	15
ไทรอยด์	1	5	-	-	1	2.5
หลอดเลือดสมอง	-	-	2	10	2	5
Dementia	-	-	1	5	1	2.5
มะเร็งกล่องเสียง	-	-	-	-	1	2.5

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 64.8 ปี (SD = 3.98) มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60 – 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 70 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 85 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ในครอบครัวระหว่าง 3 ถึง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือ 1 ถึง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่า 1,000 บาท ต่อ

เดือน คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมาคือ 3,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 72.7 โดยป่วยเป็นความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 18.2 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 70 มีประวัติเจ็บป่วยเป็นความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 80

ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 65.55 ปี (SD = 4.52) มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60 – 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 70 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 85 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ในครอบครัวระหว่าง 3 ถึง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือ 1 ถึง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่า 1,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาคือ 3,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 52 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 70 มีประวัติเจ็บป่วยเป็นความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 10 และหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 85

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามวัยสูงอายุ ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ ด้วยสถิติ (Dependent t – test) ดังตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนเฉลี่ยภาวะ ซึมเศร้า	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{D}	SD _d	df	t
กลุ่มทดลอง							
ก่อนทดลอง	20.7	6.64	มาก	4.5	2.94	19	6.82*
หลังทดลอง	16.2	4.21	น้อย				
กลุ่มควบคุม							
ก่อนทดลอง	19.05	5.88	ปานกลาง	-0.75	1.61	19	2.07
หลังทดลอง	19.80	6.59	มาก				

** p < .05

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่	\bar{X}	S.D.	\bar{D}	SD _d	df	t
กลุ่มทดลอง						
ก่อนทดลอง	7.25	1.2	0.95	0.01	19	10.78*
หลังทดลอง	8.2	1.19				
กลุ่มควบคุม						
ก่อนทดลอง	7.5	1.19	-0.25	0.01	19	2.03
หลังทดลอง	7.25	1.2				

** p < 0.05

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ระหว่างผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ (Independent t -test) ดังตารางที่ 7 ถึง ตารางที่ 8

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ ($n_1=n_2=20$)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	19.05	5.88	.831	.411
กลุ่มทดลอง	20.7	6.64		
หลังการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	19.80	6.59	-2.05	.048
กลุ่มทดลอง	16.20	4.21		

n_1 = กลุ่มทดลอง n_2 = กลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ ($t = -2.05, p < .05$)

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ ($n_1=n_2=20$)

คะแนนการทำหน้าที่	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	7.5	1.19	38	6.59	.514
กลุ่มทดลอง	7.25	1.2			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	7.25	1.2	38	2.51	.042
กลุ่มทดลอง	8.20	1.19			
$n_1 =$ กลุ่มทดลอง $n_2 =$ กลุ่มควบคุม					

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังการทดลอง กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=2.51, P<.05$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest-posttest randomized control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ตัวแปรต้นคือ การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ตัวแปรตามคือ ภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมดีกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
3. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 40 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) และคัดออก (Exclusion Criteria)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะในการวิจัยแบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (Pilot & Hungler, 1999) เพื่อการกระจายของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (Normality) มากที่สุดและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ร่วมกับการจับคู่กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (Match pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ คะแนนภาวะซึมเศร้า โดยคัดเลือกผู้เข้ากลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน จนครบ 20 คู่ ตามที่ได้กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่
 - แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
 - แบบประเมินการทำหน้าที่โดยรวม
3. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** ได้แก่
 - แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ
 - แบบบันทึกความสามารถในการแก้ไขปัญหาประจำวัน
 - แบบบันทึกช่วยจำ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 1 ชุด ได้แก่

1.1 โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากแนวคิดของ Laidlaw et al. (2003) และมีการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมพร้อมกำหนด โครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ ซึ่งการ ดำเนินกิจกรรมจะเป็นรายบุคคล ระยะเวลาครั้งละ 45-60 นาที โดยดำเนินการรวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง จำนวน 5 สัปดาห์ติดต่อกันดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และปัญหาที่สัมพันธ์กับ การทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันและเชื่อมโยงประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ภายใต้กรอบแนวคิด CBT

ครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ส่งผลต่อปัญหาการทำหน้าที่ในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 3 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ สร้างแรงจูงใจ

ครั้งที่ 4 วิเคราะห์ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 5 ทบทวน CBT และยุติการบำบัด

จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไข เนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของ โปรแกรมโดยการหาความตรงของเนื้อหา ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล ทางด้านจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหาของกิจกรรมรวมทั้งความถูกต้อง เหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง รวมทั้งได้ผ่านการนำไปทดลองใช้เพื่อทดสอบความ เป็นประโยชน์ของเครื่องมือ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ จำนวน 3 ชุด ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ใน ครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 21 items) ซึ่งแปลโดยเซาวีร์ ล่องชูผล (2547) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคมีจำนวน 21 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ 0 = ไม่มีภาวะซึมเศร้า 1 = มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 2 = มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 3 = มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง โดยคะแนนสูงสุดคือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คนซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.89

2.3 แบบประเมินการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment of Function:GAF) ของ DSM-IV ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต เป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในด้านจิตใจ สังคม การประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นการประเมินให้คะแนนที่ต่อเนื่องจากภาวะสุขภาพจิตดีถึงการเจ็บป่วย เนื้อหา ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content Validity) ซ้ำอีก เนื่องจากเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนดังกล่าวได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต ผู้ศึกษาจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำอีก เนื่องจากไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ ทั้งสิ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คนซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยพบว่าค่าความเที่ยงของเครื่องมือนี้ มีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) เท่ากับ 0.87

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด ได้แก่

3.1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ สร้างโดย Beck และคณะ (1979) พัฒนาโดย Hollon & Kendoll (1980) แปลเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา

(2536) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบ 30 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งออกเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1,2,3,4 และ 5 ตามลำดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.97

3.2 แบบบันทึกความสามารถในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวความคิดการแก้ไขปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ปฏิบัติได้ ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ได้ ให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์กำกับการทดลอง ผู้ป่วยต้องตอบได้ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คนซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

3.3 แบบบันทึกช่วยจำ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยบันทึกวันเวลาของการนัดหมายพบแพทย์และนัดหมายเข้าร่วมการบำบัด มีลักษณะเป็นช่องว่างสำหรับเติม วันที่ เดือน พ.ศ. ของการนัดหมายพบแพทย์และการนัดหมายเข้ารับการบำบัด ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 1 ท่าน อาจารย์

พยาบาลทางด้านจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง
ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้
อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการ
วิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

ระยะเตรียมการวิจัย

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีเรื่อง
การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ รวมทั้งได้ฝึกทักษะการบำบัด
ทางความคิดและพฤติกรรมจากพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์
2. ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
วัยสูงอายุ และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง
3. ผู้วิจัยยื่นโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
4. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้ข้อมูล
สำหรับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์กลุ่ม
ตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้
มีส่วนร่วมในการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง
ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ดังนี้

1. กลุ่มควบคุมสัปดาห์ที่ 1-5 ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจคัดกรอง พบจิตแพทย์ และการให้การดูแลสุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา และอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับและให้คำปรึกษาเพิ่มเติมในรายที่มีข้อสงสัย และติดตามต่อเนื่องในการมาตรวจรับบริการครั้งต่อไป

2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามที่ได้นัดหมายกับผู้ป่วยไว้ มีรายละเอียดการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และปัญหาที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ภายใต้กรอบแนวคิด CBT

ครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ส่งผลต่อปัญหาการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 3 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ สร้างแรงจูงใจ

ครั้งที่ 4 วิเคราะห์ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 5 ทบทวน CBT และยุติการบำบัด

3. ผู้วิจัยประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบและประเมินความสามารถในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันในกลุ่มทดลอง หลังกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ครั้งที่ 5 เสร็จสิ้นแล้วตรวจสอบคะแนนภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในกลุ่มทดลองทุกคน

ระยะประเมินผลการทดลอง

1. ก่อนดำเนินโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินก่อนเข้าการศึกษา (Pre-test) โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck และแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF)

2. ผู้วิจัยทำการประเมินผลการวิจัยหลังเสร็จสิ้นการศึกษา (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 5 หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที โดยขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินการทำหน้าที่โดยรวม โดยใช้เครื่องมือชุดเดิมทั้ง 2 ชุด

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้งเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความครบถ้วนและน่าเชื่อถือ ถัดมาข้อมูลที่เกิดขึ้นได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยใช้สถิติที่ (Pair t-test)
3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติที่ (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ ($t = 6.82$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t = 2.03$, $p\text{-value} = .056$) คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่หลังการทดลองสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 10.78$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

3. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t = -2.05$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=2.51$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่ำลง และช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุดีขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าอาการซึมเศร่าลดลง และ

ช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุดีขึ้น ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย โดยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2551-2552 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปทุก 100 คนจะมีภาวะซึมเศร้าประมาณ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.8 โดยเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย ซึ่งมีร้อยละ 3.5 และ 2.2 ตามลำดับ ผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 1.7 : 1 (พรเทศ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547) ซึ่งความชุกสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีความชุกสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 5.6 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุเป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุหลายประการ ซึ่งพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะสูงที่สุดอันดับที่ 4 ในเพศหญิง ยังพบอีกว่าปีที่มีชีวิตอยู่กับความพิการหรือการเจ็บป่วย (Year Lived with Disability; YLDs) ในเพศหญิงอยู่ในอันดับที่ 1 (สำนักงานพัฒนานโยบายระหว่างประเทศ, 2552) ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนต้น อายุอยู่ในช่วงอยู่ระหว่าง 60 – 65 ปี โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 64.8 ปี ซึ่งวัยสูงอายุตอนต้นเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งในด้านบทบาทหน้าที่การงาน บทบาทหน้าที่ทางสังคม ซึ่งจากบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นรู้สึกตนเองไร้คุณค่า มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง กิจกรรมทางสังคมลดลง (สมภาพ เรืองตระกูล, 2549)

ในด้านสถานภาพสมรสของทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 70 การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 85 จำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ในครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวน 3-5 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และ 55 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวต่อเดือนของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 45 และ 70 ตามลำดับ มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 18.2 และ 52 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 80 และ 85 ตามลำดับ จากการวิจัยครั้งนี้พบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ในครอบครัว รายได้ครอบครัวต่อเดือน ประวัติโรค

ประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว มีลักษณะใกล้เคียงกันในภาพรวม

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ($t = 6.82$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนทดลอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัฏญานัฐ สุภาพร (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน การวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในเขตอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนได้ โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และงานวิจัยของ Laidlaw และคณะ (2008) ศึกษาการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มของการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมกับการรักษาแบบปกติ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ผลเปรียบเทียบ CBT กับการรักษาปกติ หลังสิ้นสุดการรักษาในสัปดาห์ที่ 18 และประเมินซ้ำใน 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่า CBT ลดอาการซึมเศร้าเมื่อติดตาม 6 เดือน CBT เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถทนต่อการรักษาได้ และสอดคล้องกับการวิจัยของ เชาวน์ ล่องชูผล และอุมาพร ห่านรุ่งชโรทร (2550) ที่ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพฤติกรรมทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมทางปัญญามีภาวะซึมเศร้ามลดลง และสอดคล้องกับการศึกษา Thomson และคณะ (2001) ศึกษาถึงประสิทธิผลของการรักษาด้วยยา desipramine เปรียบเทียบกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ระดับเล็กน้อยถึงปานกลางโดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยา desipramine อย่างเดียว กับการรักษาด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียว และการรักษาด้วยยา desipramine ร่วมกับ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน ผลการรักษาพบว่า การรักษาทั้งหมดช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นโดยการรักษาด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียว และรักษาด้วยยา desipramine ร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมให้ผลเหมือนกัน ซึ่งกลุ่มที่รักษาด้วยยา desipramine ร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นกว่าการรักษาด้วยยา desipramine อย่างเดียว

เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีส่วนช่วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ดังกิจกรรมที่ได้ดำเนินในระยะเริ่มต้น (Early Phase) ครั้งที่ 1 ในกิจกรรมที่ 1 เป็นกิจกรรมที่ช่วยทำให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดอย่างเต็มที่ สำหรับกิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของ Laidlaw และคณะ (2003) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและส่งผลต่อการทำหน้าที่ โดยชี้ประเด็นให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์เดิม ความเชื่อมโยงระหว่างรุ่ม ภาวะสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงบทบาท ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าและส่งผลต่อการทำหน้าที่ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุต้องรู้ถึงความเชื่อมโยงนี้เพื่อจะเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของตน เช่น ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกดีใจที่มีคนมาพูดคุยด้วยกับคนแก่ ไม่เหงา ดีใจที่คุณหมอมจะไปเยี่ยมบ้าน ยินดีต้อนรับ ยายอยู่กับตาสองคน ตาเป็นอัมพฤกษ์ อยู่บ้านพักราชการ (ระบุด่านที่) อยู่กับลูกชายและลูกสะใภ้ ยายเคยคิดฆ่าตัวตายนะ ยายถึงได้มา รพ.จิตเวช อยากเล่าให้คุณหมอฟัง (ร้องไห้) อย่าลืมไปบ้านยายนะ” ครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ส่งผลต่อปัญหาการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบซึ่งกิจกรรมนี้มีการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ซึ่งการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้พบว่า ผู้ป่วยยังแยกไม่ได้ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ยกตัวอย่างเช่น แม่เตรียมเหน้าต้มไว้สำหรับทำอาหารทำให้น้ำต้มขวดสุดท้ายหมด และตั้งใจจะให้ลูกชายเห็นว่ามีน้ำหมดแล้วจะได้ซื้อน้ำมาไว้ที่บ้านเพิ่ม เมื่อลูกชายกลับมาจึงต่อว่าแม่ “ทำอะไรไม่รู้จักคิด เห็นไหมไม่มีน้ำต้มเลย” ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกทั้งโกรธเสียใจ ที่ลูกชายพูดแบบนั้น เขาไม่เห็นความดีของเราเลยที่เราอุตส่าห์ หุงหาอาหารเตรียมไว้สำหรับเขา และทำกับข้าวที่เขาชอบ แต่ลูกมาพูดแบบนี้ฉันรู้สึกไม่อยากกินข้าวเย็นเลย ฉันเลยเดินออกจากบ้านจนเขาหลับกันหมดฉันถึงกลับเข้ามา” จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยบอกทั้งความคิด อารมณ์และพฤติกรรมผสมกัน ทำให้แยกกันไม่ออก การดำเนิน

กิจกรรมนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งหากไม่ทราบว่าร่าอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เป็นอย่างไร ก็จะไม่สามารถจับความคิดลบได้ ไม่สามารถเชื่อมโยงสมมุติฐานที่กิจกรรมประจำวันได้ ซึ่งผู้บำบัดได้สอนให้ผู้ป่วยเข้าใจ และฝึกทำการบ้านระหว่างการบำบัดในกิจกรรมกรรมนี้ และฝากการบ้านให้ผู้ป่วยทำต่อที่บ้าน เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และฝึกจับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งการเชื่อมโยงความคิดอารมณ์ และพฤติกรรมเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นเหมาะสม วิเคราะห์ความคิด ทศนคติ การให้ความหมายของผู้ป่วยต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้น ๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุผล และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง ตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al.,1979) โดยการที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้มีการคิดหาเหตุผลได้อย่างเหมาะสม คิดได้สมเหตุผล ทำให้รู้สึกสบายใจจึงช่วยทำให้ลดภาวะซึมเศร้าได้

นอกจากนี้ยังยกตัวอย่างประโยคที่เป็นความคิดลบให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ อันไหนเป็นความคิดลบ ความคิดบวก พร้อมทั้งบอกผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความคิดนั้น ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “ตอนผมเกษียณอายุราชการออกมาอยู่บ้าน ผมรู้สึกเหมือนคนไม่มีเพื่อนไม่มีสังคม ผมคิดว่า ผมหมดพลังเป็นไม้ใกล้ฝั่ง และทำให้ผมเจ็บป่วยบ่อยมากขึ้น ผมรู้สึกไม่สดชื่น ไม่อยากทำอะไรเลย” จากกิจกรรมนี้ทำให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่เข้าใจความคิดของตนเอง และได้ทราบความคิดของตนเองที่เป็นลบหรือบิดเบือนไป จะทำให้เข้าใจตนเองจะเป็นเครื่องมือที่เป็นเป้าหมายนำไปสู่การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความคิดที่ไม่สมเหตุผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบ (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย,2549)

2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 10.78$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสูงกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เนื่องจาก ในโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 3 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ และ ครั้งที่ 4 วิเคราะห์ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ฝึกทักษะ

การปรับโครงสร้างความคิดใหม่ สร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ คนส่วนใหญ่มักไม่รู้ว่าตนคิดอะไรอยู่ การฝึกทักษะการปรับความคิดเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการบำบัด โดยหลังจากที่ผู้ป่วยได้ทราบความคิดของตนเองแล้ว และได้ฝึกลงบันทึกในสมุดบันทึกกิจกรรมประจำวันแล้ว จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เชื่อมโยงถึงสิ่งที่เป็นกิจกรรมประจำวันกับความคิดที่เกิดขึ้น โดยจะนำไปสู่การบำบัดที่จะเกิดขึ้น คือ การหาหลักฐานมาสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดลบที่เกิดขึ้น แล้วผู้บำบัดจะเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พิจารณาถึงหลักฐานที่เกิดขึ้นทั้งสอง แล้วมาร่วมกันหาความคิดทางเลือก ซึ่งก็คือความคิดใหม่ที่จะเกิดขึ้นในการแก้ปัญหา และจะนำไปสู่การปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยด้วย เช่น ผู้ป่วยบอกว่า “ฉันอยากออกจากบ้านนี้ที่อยู่กับลูกชาย ไปอยู่กับลูกสาวที่ทำงานเทศบาล เพราะฉันทนลูกชายกับลูกสะใภ้ไม่ได้ อยู่ที่นี่ฉันทุกข์ใจมาก ฉันเคยคิดผูกคอตาย ถ้าฉันตายไปคงจะดี” หลังจากนี้ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันคิดหาความคิดทางเลือก ผู้ป่วยเห็นถึงสิ่งที่จะเป็นไปได้ดังคำพูดที่ว่า “ฉันอยู่ที่นี้ก็สบายดี บ้านไม่ต้องเช่า ค่าไฟไม่ต้องเสีย เพราะเป็นบ้านหลวง ถ้าฉันไปอยู่กับลูกที่ทำงานเทศบาล ฉันคงต้องเป็นภาระให้เขามากกว่าเดิมไหนจะค่าน้ำ ค่าไฟ อีกอย่าง คุณตา(สามีที่เป็นอัมพาต) เขาก็เป็นอัมพาตอยู่ด้วยถ้าไปจะเอาเงินที่ไหนมาซื้อกิน ฉันโชคดีแล้วละคุณหมอมที่มีลูกชายให้พึ่ง บางครั้งเขาก็ดี หลานฉันก็น่ารัก” จะเห็นได้ว่ากลไกที่ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ นั้นมีสิ่งเชื่อมโยงกับ การแก้ไขปัญหาลักษณะเมื่อผู้ป่วยรู้สึกถูกรบกวนงำด้วยปัญหาที่ยุ่งยาก และเป็นภาระที่จะแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างมีศักยภาพผู้บำบัดจึงควรให้การช่วยเหลือเพื่อให้เหตุการณ์ดีขึ้น ด้วยเทคนิค การแก้ปัญหา (Laidlaw et al., 2003) จากการศึกษาของ Gallo และคณะ (2003) ศึกษาความเชื่อมโยงของอาการซึมเศร้าและข้อจำกัดของการทำหน้าที่ (Functional disability) ในผู้สูงอายุ พบว่าความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับข้อจำกัดของการทำหน้าที่อาจจะมีตัวกลางคือกระบวนการรู้คิด คือ ความจำ การแก้ไขปัญหาลักษณะที่ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ว่าความจำและความสามารถในการแก้ไขปัญหานั้นเป็นตัวกลางสำคัญที่เชื่อมโยงภาวะซึมเศร้าและข้อจำกัดการทำหน้าที่

3. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -2.05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากในโปรแกรมการบำบัด

ทางความคิดและพฤติกรรม มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม เกิดการตระหนักรู้เกี่ยวกับความคิดลบของตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อมีภาวะซึมเศร้า ตามการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ส่งผลต่อปัญหาการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยได้เข้าใจความคิดลบของตนเอง หรือ “ความคิดแวบแรก” ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และได้ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดดังกล่าว พร้อมทั้งบอกผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความคิดนั้น ในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “ตอนผมเกษียณอายุราชการออกมาอยู่บ้าน ผมรู้สึกเหมือนคนไม่มีเพื่อนไม่มีสังคม ผมคิดว่า ผมหมดพลังเป็นไม้ใกล้ฝั่ง และทำให้ผมเจ็บป่วยบ่อยมากขึ้น ผมรู้สึกไม่สดชื่น ไม่อยากทำอะไรเลย” จากกิจกรรมนี้ทำให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่เข้าใจความคิดของตนเอง และได้ทราบความคิดของตนที่เป็นลบหรือบิดเบือนไป จะทำให้เข้าใจตนเองจะเป็นเครื่องมือที่เป็นเป้าหมายนำไปสู่การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบ (อรพวรรณ ลีอนุญชัชชัยและพีรพนธ์ ลีอนุญชัชชัย, 2549)

4. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=2.51$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากการศึกษาประโยชน์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของ Munksgard (2001) มีการบ่งชี้ว่าการบำบัดโดยใช้ CBT อาจส่งเสริมในการบำบัดรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และ CBT ยังมีประโยชน์ในการเพิ่มความร่วมมือระหว่างการรักษาและทำให้คุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ดีขึ้น พร้อมทั้งยังช่วยให้แยกอาการได้เร็วขึ้น รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าได้ โดยการออกแบบโปรแกรมให้มีทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และมีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Match pair) เป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนภายนอกที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการทดลองโดยจับคู่เรื่องเพศ อายุ ระดับยาต้านเศร้า คะแนนการทำหน้าที่ และคะแนนภาวะซึมเศร้า ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันส่งผลให้ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมได้ผ่านการตรวจสอบ

คุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการศึกษาสำรวจ และมีเครื่องมือกำกับการทดลอง ทำให้คุณภาพของโปรแกรมนี้มีความน่าเชื่อถือ สามารถควบคุมความตรงภายในได้อย่างแท้จริงรวมทั้งการออกแบบการทดลองให้มีกลุ่มควบคุม เป็นการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมที่ใช้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนั้น ผลของการทดลองนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนี้ สามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

ซึ่งผลของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ในครอบครัว รายได้ครอบครัวต่อเดือน ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว มีลักษณะใกล้เคียงกันในภาพรวม ซึ่งผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จะมีภาวะซึมเศร้าลดลงและการทำงานที่ดีขึ้น จากกิจกรรมที่ได้ดำเนินการในโปรแกรมฯ โดยแรงจูงใจในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม เป็นแรงจูงใจในด้านคนในครอบครัว และการอยู่ดูความสำเร็จของคนที่คุณรักและในแง่ของศาสนามีส่วนเกี่ยวข้องให้เกิดการดำเนินชีวิตต่อ ยกตัวอย่างเช่น “ถึงเราจะแก่แล้ว เราก็ต้องอยากที่จะอยู่ดูความสำเร็จของลูกหลานของเราอยู่ พอมองเห็นเขามุ่งมั่นทำ มีครอบครัวที่อบอุ่นเท่านี้ก็เป็นที่เราน่าภูมิใจแล้ว เราควรจะเริ่มต้นที่สนใจดูแลตัวเอง ก่อน คุยกับคนอื่นบ้างชีวิตจะได้ไม่เครียด ไปด้วย ไปวัด เดินไปเล่นบ้านพี่บ้านน้อง ฟังเพลง สวดมนต์ไหว้พระ ออกกำลังกาย” หรือ “ถ้าเราหันมาสนใจดูแลตัวเอง เราก็จะดีขึ้น เรายังเป็นที่เคารพนับหน้าถือตาสำหรับคนอื่นอยู่ แค่เราหวังว่าเราจะทำประโยชน์เพื่อคนอื่น มองดูนักเรียนที่เราสอนเขาแล้วเขาประสบความสำเร็จมันก็เป็นสิ่งที่น่าภูมิใจแล้ว” เป็นต้น และในระยะสิ้นสุดคือการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 5 ทบทวน CBT และยุติการบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรมการทบทวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งถือว่าเป็นการสิ้นสุดกระบวนการของการบำบัดโดยผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งบอกแนวทางสำหรับการนำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน และได้สรุปความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จะเห็นได้ว่ากิจกรรมนี้มีความสำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีที่จะนำไปใช้ต่อ และต่อย้ำถึงการดูแลตนเองและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองต่อ ซึ่งการเรียนรู้เกิดได้ง่าย ถ้าสิ่งที่เรียนเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้เรียน การเรียนรู้จะบังเกิดผลดี เมื่อผู้เรียนมีความมุ่งหมาย (Aim) มีความต้องการ (Needs) มีความสนใจ (interest) และได้ลงมือกระทำด้วยตนเอง (Action) และการเรียนรู้ที่แท้จริงมีขึ้นได้เมื่อผู้เรียนได้บรรลุจุดประสงค์ (กันยา สุวรรณแสง, 2544)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าทีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ พยาบาลต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และควรได้รับการฝึกอบรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ รวมถึงการวางแผนการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2.2 ควรจัดให้พยาบาลได้มีการศึกษา และอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ การอบรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ ร่วมกับปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น คุณภาพชีวิต หรือความสามารถในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นต้น

2. ควรมีการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้ป่วยใน หรือนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรควิตกกังวล และโรคจิตจากการใช้สารเสพติด เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (2547). *บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (ICF) ฉบับภาษาไทย*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต.. Global Assessment of Function (GAF) Scale Retrieved 12 March, 2013, from <http://www.dmh.moph.go.th/gaf.asp>
- กาญจน์กนก สุรินทร์ขจร. (2551). *การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า*. โครงการศึกษาอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กันยา สุวรรณแสง. (2544). *จิตวิทยาทั่วไป (General Psychology)* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: รวมสาส์น.
- กันยาลักษณ์ เตชะพงศ์วรชัย. (2545). *ผลของการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัญญาณัฐ สุภาพร. (2555). *ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กิตติวรรณ เทียมแก้วและคณะ. (2550). *ต้นทุนบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานพยาบาลภาครัฐของประเทศไทย*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 15(1), 10.
- กุลธิดา สุภาคณ. (2549). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรยา ไชหนูน. (2551). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา* โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก. โครงการศึกษาอิสระ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทิมา องค์โฆษิต. (2547). *จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร บริษัทยูเนียนครีเอชั่น จำกัด.

- เขาวนีย์ ล่องชูผล. (2549). ผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
โรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เขาวนีย์ ล่องชูผลและอุมาพร ห่านรุ่งชโรทร. (2550). ผลของการใช้โปรแกรมพฤติกรรมทางปัญญา
ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นำอักษรการ
พิมพ์.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2534). การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรค
เอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎี
บัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดชา ลลิตอนันต์พงศ์. (2548). การศึกษาลักษณะ อาการทางคลินิก และหน้าที่โดยรวมในผู้ป่วย
นอกโรคจิตเภทในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, ปีที่ 49
(ฉบับที่ 8), 447-457.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิและคณะ. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 56(2), 103-116.
- ธนู ชาติธนานนท์. (2536). คู่มือประกอบการใช้ ICD 10. สถาบันสุขภาพจิตกระทรวง
สาธารณสุข.
- ธรรณิษฐ์ กองสุข. (2550). โรคซึมเศร้าองค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ.
อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- นภา จิรัฐจินตนา. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญชัย นวมงคลวัฒนาและคณะ. (2551). การสำรวจความบกพร่องทางพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุ
ไทย: การศึกษาระดับชาติในปี 2551. *กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*.

- บุญพา ณ นคร. (2545). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพและการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุญเรือง ร่วมแก้ว. (2552). *การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับความคิดหลงผิดและประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภท*. โครงการศึกษาอิสระ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปัทมา แก้วสีใส. (2552). *ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท*. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล. (2541). *เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2550). *จิตเวชศาสตร์รามานิบดี. ใน มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ บรรณาธิการ. (พิมพ์ครั้งที่ 2 (เรียบเรียงใหม่). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามานิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. หน้าที่. Retrieved 19 เมษายน, 2555, from <http://rirs3.royin.go.th/new-search/word-41-search.asp>
- พรพรรณ สุดใจ. (2552). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรเพ็ญ อารีกิจ. (2554). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวนิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2548). บทที่ 12 โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน มานิช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามานิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 2 (เรียบเรียง

- ใหม่). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รักชนก จันดาวาปี. (2554). *การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยา สำหรับผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธาดา*. โครงการศึกษาอิสระ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2550). การรับรู้โรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในเขตชุมชนเมือง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 21(1), 67-80.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). *คู่มือการบำบัดทางจิตสังคม*. นครปฐม: บริษัทมิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย) จำกัด.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร จีรวัดณ์กุล. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช (Vol. พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- ศิริพร จีรวัดณ์กุลและคณะ. (2551). *การรับรู้และวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคน 4 หมู่บ้าน ในภาคอีสาน*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16(1), 5-8.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2552). *จิตสังคมบำบัดในโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). *ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมโภชน์ เขี่ยมสุภาสิต. (2549). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรยุทธ วาลิกนันนท์. (2547). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบบจิตวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุชาดา ภัณฑารักษ์สกุล. (2546). *ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบซีกงโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์.
- สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. (2543). *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุณี สุวรรณพสุ. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดสบาย จุลกัทัพพะ. (2554). บทที่ 10 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยนครีเอชัน.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). บทที่ 5 การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ ใน *หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิง.

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *โครงการสูงอายุในประเทศไทยรายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายการวิจัยสำนึก*. กรุงเทพมหานคร ; กองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สุวรรณ น. (2544). *แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ3.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). *อารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 15(1).
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). *ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉราวรรณ แก่นจันทร์. (2548). *การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี*. โครงการศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2552). หน่วยที่ 14 การพยาบาลผู้มีอารมณ์แปรปรวน. ใน สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (บรรณานุกรม), *เอกสารประกอบการสอนชุดวิชา หน่วยที่ 8-15 การส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2553). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย. (2549). *การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 19, 1-13.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัยและพีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ธนาเพชร.
- อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง. (2554). *ผลของจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์,ปราโมทย์ ประสาทกุลและปัญญา ชูเลิศ.(2553).*สถานการณ์สุขภาพจิตคน
ไทย: ภาพสะท้อนสังคม.* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุสาค์ จงวงศ์. (2554). *ศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดเชื่อเฮช ไอวีที่มี
ภาวะซึมเศร้า.* โครงการศึกษาอิสระ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภาษาอังกฤษ

Adelman R.D.et al., (2008). Discussion of Depression in Follow-Up Medical Visits with
Older Patient. *Journal of American Geriatrics Society*, 56(16-22).

Adrienne Dill Linton.Helen W Lach. (2007). *Matteson and McConnell's Gerontological
Nursing Concepts and Practice* United States of America: Saunders.

Alexopoulos and S George. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 10, 1961-
1970.

Alexopoulos et al. (1996). Disability in Geriatric Depression. *American Journal
Psychiatry*, 153(7), 877-885.

Alexopoulos GS et al.(2002). Assessment of late life Depression. *Society of Biological
Psychiatry*, 52, 164-174.

Alexopoulos, G. S.,Vrontou.,Kakuma,T.,Meyers,B.S.,Youn,R.C.,Klausner,E.and
Clarkin,J. (1996). Disability in geriatric depression *American Journal of
Psychiatry*, 153(7), 877-885.

Ann, B. (1997). *Measuring Health: A review of quality of life measurement scales.* USA:
St. Edmundsbury Press.

Apfeldore, J.a., A., S. (2003). Chapter 112 Late-life mood disorders. In R. Hazzard.,
Blass.,P.,Halter.,B.,Ouslander.,G.,and.Tinetti.E., (Ed.), *Principle of Geriatric
Medicine and Gerontology.* The Unitedstate of America: McGRAW-HILL.

Association, American Psychiatric. (2002). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental
Disorders Fourth Edition,Text Revision: DSM-IV-TR.* Washinton,DC: American
Psychiatric Publishing.

- Banerjee, G. (2001). The concept of disability and mental illness. Retrieved 27 March, 2012, from <http://www.psyplexus.com/exl/cdmi.html>
- Beech., B., L.,. (2000). The effects of mistreating woman in labour. *MIDIRS Midwifery Digest*, 10(4), 467-469.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical Experimental and theoretical aspect*. New York: Harper Row.
- Beck AT.Rush AJ.Shaw BF.Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Blazer D. Hybels C. and Pieper C . (2001). The association of depression and mortality in elderly person: a case for multiple independence pathways. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A, M505-M509.
- Blazer, D. G. (2002). The prevalence of depressive symptoms. *Journal of Gerontology-Biological Sciences and Medical Sciences*, 57, 155-161.
- Blazer, D. G. (2009). Depression in Late Life:Review and Commentary.*The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 12(1).
- Boylw and Chamber. (2007). Medication compliance in older individual with depression: gaining the views of family care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 515-552.
- Burgess, A. W. (1998). *Advance Practice Psychiatric Nursing*. Stamford: Conn: Appleton and lang.
- Callaban, M. K., Counsell,R.,Hendrie,C.,Perkins,J.,Katon,Noel,Harpole and Hunkeler. (2005). Treatment of Depression Improves Physical Functioning in Older Adults. *American Geriatrics Society*, 53, 367-373.
- Callahan, M. C. W, D.Fredric.,Stump,E.,Timothy.,Nienaber,A.,Nancy,Hui,L.,Siu and Tierney,M.,William. (1998). Mortality symptoms and Functional Impariment in Late-life Depression. *J Gen Intern Med*, 13, 746-752.
- Chung, Y., et al. (2008). Korea older Adult's Perception of the aging Process. *Journal of Gerontological Nursing*, 291(13), 1569-1577.

- Churchill, R., H. V., Corney R., et.al. (2001). A systematic review of controlled trails of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatment for depression. *Health Technique Assessment*, 5(3).
- Cole MG, E. L., McCusker J, Bellavance F, Mansour, A. (2000). Feasibility and effective of treatments for depression in elderly medical inpatients: A systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 12, 453-461.
- Cooke, S. C., and Tucker., M.L. (2001). Geriatric depressive. *Journal of Pharmacy Practice*, 14(6), 498-510.
- Craigie, M. A., & Nathan, P. R., (2009). A nonrandomized effectiveness comparison of broad spectrum group CBT to individual CBT for depressed outpatients in a community mental health setting. *Behavior Therapy*, 40, 302-314.
- Cuijpers, S., and Smit. (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of geriatric psychiatry*, 21, 1136 -1149.
- D. Ekers, D. Richards and S. Gilbody. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine*(38), 611–623.
- Doraiswamy et al. (2002). The spectrum of quality of life impairment in recurrent geriatric depression *Journal of Gerontology Medical sciences*, 57A, M134-M137.
- Dullham and Segas. (1994). Functional status, symptoms of depression and outcome of hospitalization in community-dwelling elderly patients. *Achieves of Family Medicine*, 3, 676-681.
- Frazer, C. J., Christense, H., and Griffiths, K.M. (2005). Effectiveness of treatmentd for depression in older people. *Medical Journal of Australia*, 182, 627-632.
- Gallo, R., Tennstedt, V. G. Wadley, A. Horagas. (1996). Linking depressive symptoms and functional disability in late life. *Aging & Mental Health*, 7, 469-480.
- Haley, A. M. J., Wendy, J., Coster, Jill T., Kooyoomjian, Suzette Levenson, Tim Heeren and Jacqueline Ashba. (2002). Late Life Function and Disability Instrument: II Development and Evaluation of the Function Component. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 57A, M217-222.

- Hay, R. d., Well, K.b., Sherbourne, C.d., Roger, w. and Spritzer, K. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives General Psychiatry*, 52, 11-19.
- Heisel., M., J.,Duberstein.,P.,R.,Talbot.,N.,L.,King.,D.,A.,and Tu.,X.,M., (2009). Adapting Interpersonal psychotherapy for Older Adult at Risk for suicide:Preliminary Findings. *Professional Psychology:Research and Practice*, 40(2), 156-164.
- Heys et.al. (1997). Social support and depression as risk factors for loss of physical function in late life. *Aging and Mental Health*, 1(3), 209-220.
- Isometsa, E., Seppala, I., Henriksson, M., Kekki, P., and Lonqvist, J. (1998). Inadequate dosaging in general practice of tricyclic vs other antidepressants for depression. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 98, 429-431.
- Jacob, K. S., et al. (2002). A Randomised controlled trial of and educational intervention for Depression among Asian women in primary care in the United Kingdom. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(2), 139-148.
- Jitapunkul. (1994). Disability: the elderly problems. . *Chula Medicine Journal*, 38(2), 68-75.
- Jitapunkul. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age Ageing* 23(2), 97-101.
- Jorand F Karp.Elizabeth Skidmore.Meredith Lotz.et al. (2009). Use of the Late-life Function and Disability Instrument to Assess Disability in Major Depression. *The American Geriatric Society*, 57, 1612-1619.
- Karp, J.K., S., E.,Lotz.,M.,Lenze,E.,Dew,M.A., and Reynolds.,C.,F. (2009). Use of the late-life function and disability instrument to assess disability in major depression. *Journal of American Geriatrics Society*, 57(9), 1612-1619.
- Kondo, N., et.al. (2008). Impact of mental health on daily living activities of Japanese elderly. *Preventive Medical*, 46, 457-462.
- Laidlaw K ., K. D., Hugh Toner.,Graham Jackson.,Stella Clark.,Jim Law.,Marry Howley.,Gillian Bowie.,Hazel Conney and Susan Cross. (2008). A randomised controlled trial of cognitive behavior therapy vs treatment as usual in the

- treatment of mild to moderate late life depression. . *International journal of geriatric psychiatry*, 23, 843-850.
- Laidlaw, K., T. L. W., and Gallagher-Thompson, D. (2004). Comprehensive conceptualization of cognitive behavior therapy for late life depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 389–399.
- Laidlaw, K., and McAlpine, S. (2008). Cognitive Behaviour Therapy: How is it Different with Older People? *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther*, 26, 250-262.
- Laidlaw, K., Larry W. Thomson, Leah Dick-siskin, Dolores Gallagher-Thomson. (2003). *Cognitive behaviour therapy with older people*. NJ: Wiley: Hoboken.
- Landreville, P., Landry, J., Baillargeon, L., Guerette, A., & Matteau, E. (2001). Older adults' acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *Journal of Gerontology; Psychological Sciences*, 50B, 285–291.
- Lewin, L. (2008). Chapter 9 The Client with a Depressive Disorder. In Deborsa Antai-Otong (Editor), *Psychiatric Nursing: Biological Concepts* (2nd ed.). Clifton Park New York: Thomson Delmar Learning.
- Licinio, J. a. W., Ma-Li. (2005). *Biology of Depression. volume 1*. USA: Wiley-VCH Verlag GmbH & Co.KGaA.
- March et al. (2004). Floxetine for depression: a randomize double-blind placebo controlled. (23), 618-623
- Margaret and K. (2000). Cognitive ability and functional status. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1459-1468.
- Matejic, B., Milic., Milicevic., and Tezic. (2008). Functional ability of elderly in Serbia: An Example of Assessment. *The International of Geriatrics and Gerontology*, 4, 1-10.
- McDermut W., M. I., Brown RA. (2001). The effecicacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychological Science Practice*, 8, 98-116.

- McDougall, F. A., Kvaal, K., Matthews, F. E., Paykel, E., Jones, P. B., Dewey, M., and Brayne, C. (2007). Prevalence of depression in older people in England and Wales: The MRC CFA study. *Psychological Medicine*, 37, 1787-1795.
- McGuire, C. L., Ford and Ajani. (2006). Cognitive Functioning as a predictor of functional disability in late life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 36-42.
- Moris, R. G. M. L. W. (1991). Cognitive behavioral approaches with the depression elderly. *International Journal of geriatric Psychiatry* 6, 407-413.
- Morley J., and Kraenzle, D. (1994). Case of weight loss in a community nursing home. *American journal Geriatric Society*, 42(583-585).
- Munkagaaard. (2001). Cognitive behavior therapy: applications for the management of bipolar disorder. *Irene Patellis-Siotis bipolar disorder*, 3, 1-10.
- Murphy, E. (2002). Social origins of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, 141, 153-142.
- Philip Wilkinson, Nicola Alder, Edmund Juszcak, Helen Matthews, Claire Merritt, Harriet Montgomery, Robert Howard, Alastair Macdonald and Robin Jacoby. (2009). A pilot randomised controlled trial of a brief cognitive behavioural group intervention to reduce recurrence rates in late life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 68-75.
- Pinquart, M., and Sorensen. (2001). How Effective is psychotherapeutic and other psychosocial intervention with older adult? A meta-analysis. *Journal of Mental health and Aging*, 7, 207-243.
- Pinquart, M., and Sorensen. (2006). Gender difference in caregiver experiences: An update meta-analysis compare of Pharmacotherapy and Psychotherapy. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* (61B), 33-45.
- Polit, D. and Beck. (2004). *Nursing research principle and methods*. Philadelphia: Lippincott Willizms&Wilkins.
- Polit, D. F., and Huger, B. P. (1999). *Nursing research principle and methods*. Philadelphia: Lippincott Willizms&Wilkins.

- Proudfoot., J., et al.,. (2004). Clinical efficacy of computerized cognitive behavior therapy for anxiety and depression in primary care: randomized cotrol trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 46-54.
- Quinn TJ et al. (2011). Clinical Review: Functional assessment in older people. <http://www.bmj.com/subscribe>,
- Reynolds, C., Frank,E.,Dew.,M.,Houck.,P.,Miller.,M.,Mazumdar.,S.,et al. ,(1999). Treatment of (70+)- year olds with recurrent major depression.Excellent short-term but brittle long termresponse. *Am J Geriatr Psychiatr*, 7, 64-69.
- Roose, S., P., and Sackeim, H. A. (2004). *Late-life Depression*. USA: Oxford University Press.
- Schulz, R., Drayer,R and Rollman,B. (2002). Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biological Psychiatry*, 52, 205-225.
- Scogin, F., Welsh,D.,Hanson,A.,Stump,J., and Coates,A. (2005). Evidence-based psychotherapies for depression in older adult. *Psychological Science and Practice*, 12, 222-237.
- Seko-Man., K., &Tian.,. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Soonthornchaiya., R., and Dancy,B.L. (2006). Perception of depression among elderly Thai immigrants. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(6), 681-698.
- Steen G., S. U., and Hanson, AB., et.al. (2001). cognitive function and functional ability: A cross sectional and longitudinal study at ages 85 and 95 in non-demented population. *Aging(Milano)*, 13, 68-77.
- Steffens, D. C., Hays, J. C. and Krishnan, K. r. (2000). Disability in geriatric depression. *American Journal of Geriatric psychiatry [Electronic version]*, 7, 34-40.
- The-global-assessment-of-functioning-scale-gaf-in-rating-permane-psychiatric-disability. (2011). Retrieved 12 March, 2013, from <http://www.cpspsych.com>
- Thomson, L. W., Coon,D.W.,Gallagher,T.D.,Sommer,B.R., and Koin.,D. (2001). Comparison of desipramine and cognitive behavior therapy in the treatment of

- elderly outpatients with mild to moderate depression. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 9(3), 225-240.
- Tsai, Y., Fang. (2007). Self-care Management and Risk Factor for Depressive Symptoms among Taiwanese Institutionalized Older Person. *Nursing Research*, 56(2), 124-131.
- Turkington., D., Kingdon.,D.,&Turner.,. (2002). Effects of a brief cognitive-behavior therapy in the treatment of shizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 180, 523-527.
- Well, K. B., Stewart, A., Hays, R., Burnam, M.A., Rogers,W., Daniels, M. et al. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 262, 914-919.
- Wongpakaran. (2008). Geriatric Psychiatry in Thailand. *Journal of Psychiatric Association Thailand*, 53, 39s-46s.
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2001). *conquering depression: you can get out of the blue*. New Delhi WHO Regional Office for South-East Asia

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ – สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. แพทย์หญิงอัญชลี ศิริเทพทวี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี
2. นางทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
3. นายวีระชัย เตชะนิตติชัย	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี
4. นายดำรงพล จันทร์สด	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี
5. นางกมลรัตน์ ช้วนินี	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ภาคผนวก ข

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ตารางการจับคู่กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (Match pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์,2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ข้อคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

1. ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

$$CVI = \frac{19}{21} = 0.90$$

2. ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความคิดอัตโนมัติทางลบ

$$CVI = \frac{28}{30} = 0.93$$

3. ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาแบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ประจำวัน

$$CVI = \frac{9}{10} = 0.90$$

ตารางการเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched paired) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่ ก่อนการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม					กลุ่มทดลอง				
	เพศ	ระดับภาวะซึมเศร้า	คะแนนการทำหน้าที่	ระดับยาต้านเศร้า		เพศ	ระดับภาวะซึมเศร้า	คะแนนการทำหน้าที่	ระดับยาต้านเศร้า	
				Sertrali ne (50)1x 2 ⊙pc. เช้า	Fulox (20) ⊙1x1 hs				Sertralin e (50)1x2 ⊙pc. เช้า	Fulox (20) ⊙1x1 hs
1	หญิง	เล็กน้อย	9	✓	-	หญิง	เล็กน้อย	9	✓	-
2	หญิง	ปานกลาง	7	✓	-	ชาย	ปานกลาง	8	✓	-
3	หญิง	มาก	6		✓	หญิง	มาก	6		✓
4	หญิง	ปานกลาง	7	✓	-	หญิง	ปานกลาง	8	✓	-
5	ชาย	มาก	6		✓	ชาย	มาก	6	✓	-
6	หญิง	เล็กน้อย	9	✓	-	หญิง	เล็กน้อย	9	✓	-
7	หญิง	มาก	7	✓	-	ชาย	มาก	6	✓	-
8	หญิง	ปานกลาง	8	-	✓	หญิง	ปานกลาง	8	-	✓
9	ชาย	มาก	7	✓	-	หญิง	มาก	7	✓	-
10	หญิง	มาก	6	-	✓	หญิง	มาก	6	-	✓
11	หญิง	ปานกลาง	8	✓	-	ชาย	ปานกลาง	8	✓	-
12	หญิง	ปานกลาง	7	✓	-	หญิง	ปานกลาง	7	✓	-
13	หญิง	มาก	6	-	✓	หญิง	มาก	6	-	✓
14	ชาย	มาก	6	✓	-	ชาย	มาก	6	✓	-
15	หญิง	เล็กน้อย	9	✓	-	หญิง	เล็กน้อย	9	✓	-
16	หญิง	เล็กน้อย	9	✓	-	หญิง	เล็กน้อย	9	✓	-
17	หญิง	เล็กน้อย	9	✓	-	หญิง	มาก	6	✓	-
18	หญิง	เล็กน้อย	9	✓	-	หญิง	ปานกลาง	8	✓	-
19	หญิง	ปานกลาง	8	-	✓	หญิง	มาก	7	-	✓
20	ชาย	มาก	6	-	✓	หญิง	มาก	6	-	✓

ตารางแสดงคะแนนภาวะซีมีเศร่าและการทำหน้าที่รายคู่ ก่อนและหลังการทดลองของ
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	คะแนนภาวะซีมีเศร่า		คะแนนการทำงานที่		คะแนนภาวะซีมีเศร่า		คะแนนการทำงานที่	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1	12	13	9	9	21	19	9	8
2	17	19	7	7	29	19	8	7
3	25	24	6	6	18	13	6	9
4	19	17	7	7	28	22	8	7
5	23	25	6	7	13	12	6	10
6	13	13	9	9	27	21	9	7
7	22	22	7	6	28	25	6	7
8	17	15	8	8	11	9	8	10
9	20	21	7	6	11	10	7	10
10	29	30	6	6	29	25	6	7
11	17	18	8	7	28	20	8	7
12	17	17	7	7	10	8	7	10
13	25	28	6	6	21	18	6	8
14	29	30	6	6	23	19	6	7
15	15	15	9	9	18	15	9	9
16	12	12	9	9	29	20	9	7
17	11	13	9	8	19	17	6	8
18	12	12	9	8	19	16	8	8
19	18	19	8	7	16	14	7	9
20	28	33	6	6	16	14	6	9

หมายเหตุ คะแนนการทำงานที่ 91-100 คะแนนให้ค่าระดับ 10, 81-90 คะแนน ให้ค่าระดับ 9, 71-80 คะแนน ให้ค่าระดับ 8, 61-70 คะแนน ให้ค่าระดับ 7, 51-60 คะแนน ให้ค่าระดับ 6, 41-60 คะแนน ให้ค่าระดับ 5, 31-40 คะแนน ให้ค่าระดับ 4, 21-30 คะแนน ให้ค่าระดับ 3, 11-20 คะแนน ให้ค่าระดับ 2, 1-10 คะแนน ให้ค่าระดับ 1

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

ส่วนที่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. ท่านอายุ ปี
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
3. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	() 3. มัธยมศึกษา
() 2. ประถมศึกษา	() 4. อุดมศึกษา
4. สถานภาพสมรส

() 1. โสด	() 3. หย่า
() 2. สมรส	() 4. หม้าย
5. จำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ในครอบครัว

() 1. จำนวน 1-2 คน
() 2. จำนวน 3-5 คน
() 3. จำนวน มากกว่า 5 คน
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน

() 1. รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท
() 2. รายได้ 1,001-3,000 บาท
() 3. รายได้ 3,001 บาทขึ้นไป
7. ประวัติโรคประจำตัว

() 1. มี ระบุ	() 2. ไม่มี
----------------------	--------------
8. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

() 1. มี ระบุ	() 2. ไม่มี
----------------------	--------------
9. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

() 1. มี	() 2. ไม่มี
-----------	--------------

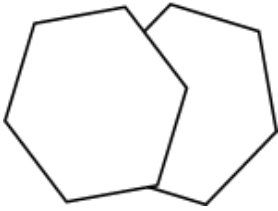
ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai) 2002

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความบกพร่องด้านการรู้คิด มีจำนวนทั้งหมด 11 ข้อ โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับผู้ป่วย

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำ ข้อ 4, 9 และ 10

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังแต่ละข้อว่าตรงกับเข้าใจของท่าน โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

รายการประเมิน	บันทึกคำตอบ (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	คะแนน
1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร		
1.2 วันนี้ วันอะไร		
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร		
1.4 ปีนี้ ปีอะไร		
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร		
2. Orientation for place (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล		
2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ ชื่อว่าอะไร		
2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร		
2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร เขตอะไร		
2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		
2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร		
2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ		
2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร		

รายการประเมิน	บันทึกคำตอบ (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	คะแนน
2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/ ถนนอะไร		
2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร/ เขตอะไร		
2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		
2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร		
<ul style="list-style-type: none"> · · · · · · · · · 		
<p>10. Writing (1 คะแนน)</p> <p>ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณเขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค”</p> <p>.....</p>		
<p>11. Visueconstruction (1 คะแนน)</p> <p>ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)</p> <div style="text-align: center;">  </div>		
	<p>คะแนนรวม.....</p> <p>คะแนน</p>	

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง กรุณาเลือกข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงปัจจุบันนี้

1. ความรู้สึกเศร้า

- 0 ฉันไม่มีความรู้สึกเศร้า
- 1 ฉันรู้สึกเศร้าบ้าง
- 2 ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา
- 3 ฉันรู้สึกเศร้านานมาก และไม่มีความสุข

2. ความรู้สึกของฉันต่ออนาคต

- 0 ฉันไม่หมดกำลังใจต่ออนาคต
- 1 ฉันรู้สึกท้อแท้เกี่ยวกับอนาคต
- 2 ฉันรู้สึกว่าฉันไม่มีอะไรที่หวังได้ในอนาคต
- 3 ฉันรู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวังและไม่มีอะไรจะดีขึ้น

.
.

.

.

.

.

20. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ

- 0 ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ
- 1 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือ ท้องผูก
- 2 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น
- 3 ฉันวิตกกังวลร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้

21. อารมณ์ทางเพศ

- 0 ในช่วงนี้ความสนใจทางเพศของฉันไม่เปลี่ยนแปลง
- 1 ฉันสนใจเกี่ยวกับเรื่องเพศน้อยกว่าที่เคย
- 2 ในช่วงนี้ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยมาก
- 3 ฉันไม่สนใจเรื่องเพศโดยสิ้นเชิง

ส่วนที่ 4 ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม

คำชี้แจง ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างและให้คะแนนตามความเป็นจริง

ในการประเมินให้พิจารณาถึงความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคม และอาชีพ การพิจารณาไม่ให้ความบกพร่องด้านการทำหน้าที่อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกาย (หรือสภาพแวดล้อม)

91-100	สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม แก้ไขปัญหาชีวิตได้เป็นที่พึงของคนอื่นได้เพราะเป็นคนที่มีคุณสมบัติทางบวกหลายอย่าง ไม่มีอาการ
81-90	มีอาการน้อยมากหรือไม่มีอาการเลย (เช่น กังวลใจเล็กน้อยก่อนการสอบ) ชอบทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีในทุก ๆ ด้าน มีความสนใจและมีส่วนร่วมในกิจกรรมหลากหลาย เข้าสังคมได้ดี พอใจกับชีวิตโดยทั่วไป ไม่มีอะไรมากไปกว่าปัญหาชีวิตประจำวัน (เช่น ทะเลาะกับสมาชิกในครอบครัวเป็นบางครั้ง)
.	.
11-20	อาจเป็นอันตรายหรือทำร้ายผู้อื่น (เช่น พยายามฆ่าตัวตายโดยไม่ได้คาดหวังชัดเจนว่าจะตายจริง ๆ มีพฤติกรรมรุนแรงบ่อยครั้ง มีลักษณะตื่นเต้นไม่ยอมอยู่นิ่งเลย) หรือบางครั้งไม่สามารถรักษานามัยส่วนตัวได้ (เช่น อุดจาระบายของบางอย่าง) หรือ มีความบกพร่องในการสื่อสารอย่างรุนแรง(เช่น ส่วนใหญ่จะพูดไม่รู้เรื่อง หรือเจียบเฉยเหมือนคนใบ้)
1-10	มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นตลอดเวลา (เช่น มีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ ๆ) หรือส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษานามัยส่วนตัวแม้เพียงเล็กน้อย หรือ มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายอย่างจริงจังและคาดหวังชัดเจนว่าจะตายได้จริง
0	ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้

ส่วนที่ 5 โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

คู่มือ

การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะ
ซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โดย

นางสาววัชรีย์ แสงสาย

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ปัจจุบันโรคซึมเศร้าได้ถูกจัดอันดับโลกให้เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะโรคเป็นลำดับที่สอง รองจากโรคหัวใจ ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากภาวะซึมเศร้าและความพร้อมของการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยการแสดงออกของการเจ็บป่วยมีแนวโน้มแสดงออกทางด้านร่างกาย ซึ่งทำให้กระทบต่อการทำหน้าที่ รวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน

จึงเป็นบทบาทหน้าที่ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะช่วยส่งเสริมให้การทำหน้าที่ในวัยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นไปตามปกติสมวัย การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจึงเป็นทางเลือกสำหรับการบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน และเป็นวิธีที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุได้ ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดต่อไป

นางสาววัชรีย์ แสงสาย

ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

แนวคิดและหลักการ

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพต่อชีวิต และมีความเสี่ยงเป็นลำดับที่ 4 ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากที่สุดเป็นลำดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจ (WHO Regional office for South-East Asia, 2001) และเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าในครั้งแรกมักไม่ได้รับการวินิจฉัยรักษา เนื่องจากอารมณ์ซึมเศร้าไม่ชัดเจนและมักมีโรคอื่นร่วมด้วย (สุดสบาย จุลกทัฬพะ, 2554) ภาคพื้นยุโรปและอเมริการวมทั้งประเทศไทยใช้เกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมักมีภาวะซึมเศร้าแต่ลักษณะอาการและการแสดงออกมีแนวโน้มแสดงอาการทางด้านร่างกายมากกว่าการแสดงอารมณ์เศร้าโศก แต่ยังคงแสดงความรู้สึกหดหู่ใจ (Alexopoulos et al., 2002) และยังพบความพร่องในการดูแลสุขภาพอนามัย การทำหน้าที่การทำงาน ความพร่องของการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันเทียบได้กับความพร่องที่เกิดจากความพิการจากโรคเรื้อรังทางกาย ซึ่งเป็นผลมาจากอารมณ์ที่เศร้ามากและระยะเวลาของอารมณ์เศร้าที่ยาวนาน จนกระทบต่อหน้าที่การทำงานและการทำหน้าที่ประจำวัน (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการคิด พฤติกรรม การนอนหลับ และความอยากอาหาร โดยอาการดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน สัมพันธภาพและความมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะความคิดอยากทำร้ายตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเอง (Roose and Sackeim, 2004) อาการที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ ด้านอารมณ์ ด้านการรู้คิด ด้านร่างกาย และด้านที่เกี่ยวกับแรงจูงใจ (Blazer, 2002) โดยภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พัฒนาเป็นการมีข้อจำกัด (Disability) และการมีข้อจำกัดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Gurland et al., 1988 Cite in Laidlaw et al., 2003)

การรักษาโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในปัจจุบัน มีการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม โดยเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) กับการรักษาแบบปกติ CBTสามารถลดอาการซึมเศร้าได้หลังติดตามอาการรักษาต่ออีก 6 เดือน

ซึ่ง CBT เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและปานกลาง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถทนต่อการรักษาได้ (Laidlaw et al., 2008) ซึ่งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy:CBT) เป็นการบำบัดเพื่อเปลี่ยนวิธีการคิดให้แก่ผู้ป่วย ช่วยชักซ้อมความคิดและพฤติกรรมที่กำหนดขึ้นมาใหม่ โดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรมจะทำให้โรคซึมเศร้าดีขึ้นและช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (สุชาติ พหลภาคย์,2542) และ CBT มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ เป็นการบำบัดแบบมีโครงสร้าง เชิงรุก มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต เน้นความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ซึ่งผู้บำบัดทำหน้าที่ให้การบำบัดดำเนินไปอย่างราบรื่นเท่านั้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ,2553) ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวคิด CBT ของ Laidlaw et al. (2003) มาเป็นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. รู้และเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
2. เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม ต่อสถานการณ์กระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง
3. มีทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มการทำหน้าที่
4. สามารถประยุกต์ใช้เทคนิคการแก้ไขปัญหาไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
5. เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่

กลุ่มเป้าหมาย

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ ICD-10
3. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (10-15 คะแนน) ถึงมาก (20-29 คะแนน)ตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory 21 items) ซึ่งแปลโดยเชาวนี ล่องชูผล (2547)
4. เป็นผู้ที่มีคะแนนการทำหน้าที่ตั้งแต่ 51 คะแนน ขึ้นไป

5. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)
6. ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคอื่น ๆ
7. สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้
8. ไม่เคยได้รับการบำบัดโดยใช้ CBT
9. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ลักษณะของโปรแกรม

โปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ซึ่งทำการบำบัดตามโปรแกรมฯ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และประเมินผลหลังได้รับการบำบัดในสัปดาห์ที่ 5 ของการบำบัด ทำการบำบัดเป็นรายกลุ่ม โดยใช้การบำบัดเป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง 45-60 นาที มีรายละเอียดของโปรแกรกดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และปัญหาที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ภายใต้กรอบแนวคิด CBT ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราว “ฉันมีความภาคภูมิใจอะไรในตัวเอง”

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า โดยเชื่อมโยงประสบการณ์ที่เป็นปัญหาที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของสมาชิก และเหตุผล ความสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของ Laidlaw et.al.(2003)

ครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ส่งผลต่อปัญหาการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันและมอบหมายการบ้านเพื่อให้บันทึกความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 3 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ สร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยกิจกรรมการทำให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงแรงจูงใจ หรือ ความหวัง (Hope) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 4 วิเคราะห์ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การปรับพฤติกรรม วิเคราะห์และค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรม เชื่อมโยงสมุดบันทึกกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้เห็นรูปแบบของปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมให้ช่วยกันวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 5 ทบทวน CBT และยุติการบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ทบทวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และยุติการบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางจัดการกับปัญหาที่ยังไม่เข้าใจ และให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา ให้ผู้ป่วยสรุปประโยชน์ที่ได้จากการเข้ารับการบำบัดและแนวทางที่จะนำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน และประเมินความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของตนภายหลังเข้าบำบัด

คำจำกัดความ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ โดยมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางและไม่มีภาวะสมองเสื่อม

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ประกอบด้วย ความสามารถด้านการประกอบอาชีพ ความสามารถด้านการจัดการอาการทางจิต ความสามารถด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม ความสามารถด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการดูแลตนเอง ประเมินโดยแบบประเมิน Global Assessment of Functioning (GAF) แปลโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ออนไลน์ <http://www.dmh.moph.go.th/gaf.asp> Global Assessment of Function (GAF) Scale Retrieved March12,2013)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติของอารมณ์ ร่างกาย จิตใจ แรงจูงใจ ความคิด และพฤติกรรม โดยมีการแสดงออกของอารมณ์เศร้า หม่นหมอง หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกเบื่อหน่าย น้ำหนักลด ขาดแรงจูงใจ เก็บกด กัดดัน มีความคิดบิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย ประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1961) ซึ่งแปลโดย เซาวนี ล่องชูผล (2547)

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยเหลือซึ่งเป็นลักษณะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ เน้นให้ค้นหาและตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงร่วมกับแก้ไขความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น ให้เรียนรู้และฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาและการเกิดแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ โดยใช้แนวคิดของ Laidlaw และคณะ (2003) เป็นพื้นฐานการพัฒนาโปรแกรม ดำเนินการบำบัดเป็นรายบุคคล ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง จำนวน 5 สัปดาห์ ติดต่อกัน ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และปัญหาที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ภายใต้กรอบแนวคิด CBT หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ที่เป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการเชื่อมโยงปัญหาที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน CBT ตามกรอบแนวคิดของ Laidlaw et al. (2003)

ครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ส่งผลต่อปัญหาการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการ เชื่อมโยงอาการ 1-2 อาการ ที่เป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันและร่วมอภิปรายถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม ที่ส่งผลให้เกิดความพร้อมของการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการเชื่อมโยงความสัมพันธ์แบบ 3 คอลัมน์ (A-B-C model) คือ (A) สถานการณ์ (B) ความเชื่อ และ (C) อารมณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบของตนที่ส่งผลต่อความพร้อมในการทำหน้าที่ ลงในแบบบันทึกความผิดปกติของการคิด

ครั้งที่ 3 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ สร้างแรงจูงใจ หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที

ในการฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่และสร้างแรงจูงใจ โดยการให้บอกข้อดีข้อเสียของการปรับเปลี่ยนความคิด และฝึกทักษะการเผชิญปัญหา

ครั้งที่ 4 วิเคราะห์ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที ในการส่งเสริมทักษะที่จะเพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหามาเพื่อกระตุ้นความคิด ได้แก่ การเล่นเกมสับวงเลข การต่อภาพ และสอบถามถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบทำ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าและชื่นชมถึงความสามารถที่ปฏิบัติได้และให้กำลังใจในการปฏิบัติต่อ พร้อมทั้งการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 5 ทบทวน CBT และยุติการบำบัด หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 5 ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา ให้ผู้ป่วยสรุปประโยชน์ที่ได้จากการเข้ารับการบำบัดและแนวทางที่จะนำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน และประเมินความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของตนภายหลังเข้ารับการบำบัด

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจคัดกรอง พบจิตแพทย์ และการให้การดูแลสุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา และอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับและให้คำปรึกษาเพิ่มเติมในรายที่มีข้อสงสัย และติดตามต่อเนื่องในการมาตรวจรับบริการครั้งต่อไป

**ตารางการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
ต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ**

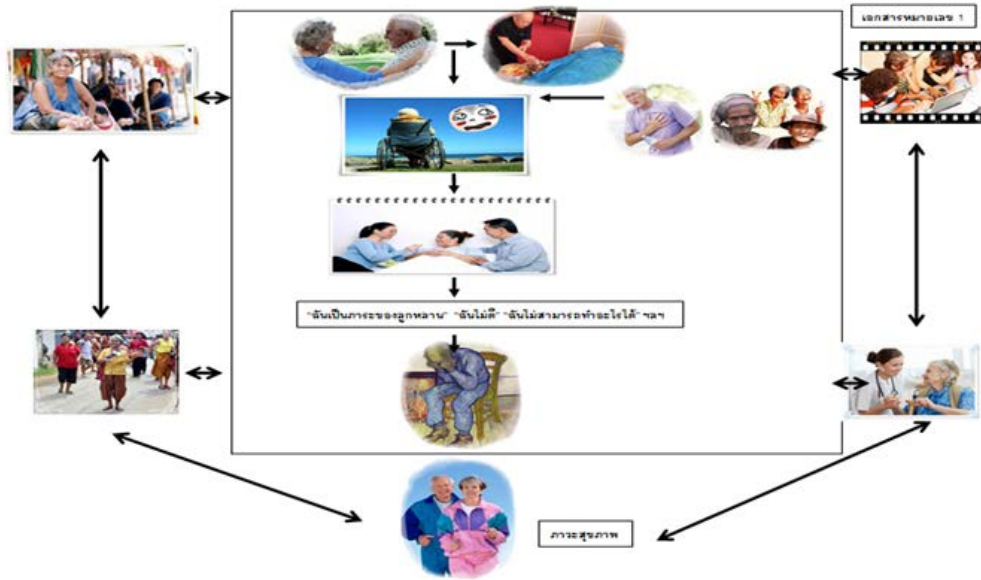
สัปดาห์ที่	ครั้งที่ของการบำบัด	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
1	ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และปัญหาที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันและเชื่อมโยงประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ภายใต้กรอบแนวคิด CBT	- เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย	กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราว “ฉันมีความภาคภูมิใจอะไรในตัวเอง”
		- เพื่อค้นหาประสบการณ์ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย - เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่เป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน - เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจหลักการเหตุผล ขั้นตอน วิธีการ และประโยชน์ของการบำบัดโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม - เพื่อกำหนดเป้าหมายระเบียบวาระ (Agenda setting) ในการบำบัดรักษา	กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า โดยเชื่อมโยงประสบการณ์ที่เป็นปัญหาที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของสมาชิกและเหตุผล ความสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของ Laidlaw et.al.(2003)
2	ครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ส่งผลต่อปัญหา	- เพื่อค้นหาความคิด/ความเชื่อที่บิดเบือนจากความเป็นจริงและเกิดขึ้น	กิจกรรมที่ 1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และเชื่อมโยง

สัปดาห์ที่	ครั้งที่ของการบำบัด	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
	<p>การทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และ เชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น</p>	<p>เองโดยอัตโนมัติ (Pattern of negative thought)</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด (Cognition) และอารมณ์ ความรู้สึก (affect) หรือ พฤติกรรม (Behavior)(A-B-C-Technique) - เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ได้ - เพื่อติดตามประเมินผลการบ้านที่ผู้ป่วยได้รับมอบหมาย 	<p>ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และ มอบหมายการบ้านเพื่อให้บันทึกความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น</p>
3	<p>ครั้งที่ 3 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ สร้างแรงจูงใจ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับความคิดของตนเอง โดยการคิดในแบบอื่น ๆ ในเหตุการณ์เดียวกัน - เพื่อให้ผู้ป่วยมีความคิดใหม่ที่เหมาะสมกับความเป็นจริงโดยให้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรมว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นหรือไม่ เมื่อเปลี่ยน 	<p>กิจกรรมที่ 1 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่</p>

สัปดาห์ที่	ครั้งที่ของการบำบัด	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
		<p>ความคิดหรือมุมมองปัญหา เดิมใหม่และเป็นความคิดที่ เหมาะสมตามความเป็น จริง</p>	
		<p>- เพื่อให้ผู้ป่วยเกิด แรงจูงใจในการทำหน้าที่ใน การดำเนินชีวิตประจำวัน</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 การ เสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยกิจกรรมการ ทำให้ผู้ป่วยได้เล่าถึง แรงจูงใจ หรือ ความหวัง (Hope) ที่จะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการทำงานที่ใน การดำเนินชีวิตประจำวัน</p>
4	<p>ครั้งที่ 4 การปรับ พฤติกรรม วิเคราะห์ และค้นหาแนว ทางการแก้ไขปัญหา</p>	<p>- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ประเมินการทำงานที่ในการ ดำเนินชีวิตประจำวันได้ ตามความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยเสนอทางเลือก ในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ได้อย่างเหมาะสมตาม ความเป็นจริง</p> <p>- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ปรับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจาก การทำงานที่ใน ชีวิตประจำวัน</p> <p>- เพื่อให้ผู้ป่วยทราบ</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 การปรับ พฤติกรรม วิเคราะห์และ ค้นหาแนวทางการแก้ไข ปัญหา ประกอบด้วย กิจกรรม เชื่อมโยงสมุด บันทึกกิจกรรมประจำวัน ของผู้ป่วย เพื่อให้เห็น รูปแบบของปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมให้ช่วยกันวิเคราะห์ แนวทางการแก้ไขปัญหา</p>

สัปดาห์ที่	ครั้งที่ของการบำบัด	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
		แนวทางในการเผชิญปัญหา	
5	ครั้งที่ 5 ทบทวน CBT และยุติการบำบัด	- เพื่อค้นหาปัญหา การนำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน และแนวทางการปรับตัวต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตรประจำวัน	กิจกรรมที่ 1 ทบทวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และยุติการบำบัด ประกอบด้วย กิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางจัดการกับปัญหาที่ยังไม่เข้าใจ และให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา ให้ผู้ป่วยสรุปประโยชน์ที่ได้จากการเข้ารับการบำบัดและแนวทางที่จะนำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน และประเมินความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของตนภายหลังเข้าบำบัด

เอกสารหมายเลข 1 ภาพประกอบเรื่อง การเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Laidlaw et.al. (2003)



เอกสารหมายเลข 2

สมุดบันทึกกิจกรรมประจำวัน

ชื่อสกุล..... อายุ.....

โดย

นางสาววัชรี แสงสาย




นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันอาทิตย์

ที่ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 มกราคม 2556

กิจกรรม	ทำ	ไม่ทำ	ความรู้สึก	ความคิด
อาบน้ำ แต่งตัว				
รับประทานอาหารเช้า				
กิจกรรมยามว่าง เช่น ดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ อื่น ๆ				

เอกสารหมายเลข 3

สมุดบันทึกช่วยจำ

ชื่อ สกุล อายุ ปี

โดย ...

นางสาววัชรีย์ แสงสาย

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ครั้งที่	วัน เดือน ปี	เวลา	หมายเหตุ

เอกสารหมายเลข 4

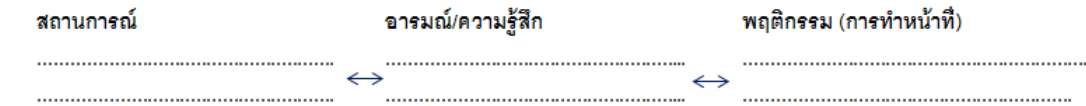
สถานการณ์ที่ 1 เรื่อง ลูกไม่โทรหา

ตาสิงห์ 64 ปี อาศัยอยู่กับชาตินุตรชายคนกลาง ภรรยาเสียชีวิตไป 4-5 ปี แล้ว ชาติเป็นตำรวจอยู่ต่างอำเภอซึ่งไม่ไกลกันจากบ้านมากนัก ขับรถไป-กลับได้ 2-3 ชั่วโมง แต่ชาติไม่สะดวกมากนักจึงพักที่ทำงานและเดินทางกลับบ้านเกือบทุกสัปดาห์ ชาติมักโทรหาพ่อเป็นประจำทุกวัน 2-3 วันและเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้พ่อฟังเสมอ ซึ่งตาสิงห์เคยเป็นอดีตทหารเกณฑ์มาก่อน จึงมักรู้สึกภูมิใจที่ได้ฟังเรื่องราวที่บุตรชายตนได้เล่าเรื่องปฏิบัติหน้าที่ให้ฟังเสมอ

บุตรสาวคนเล็กลาพักผ่อนกลับไปเยี่ยมตาสิงห์ที่บ้าน พบว่า ตาสิงห์รับประทานอาหารได้น้อย บ่นว่า “พ่อแก่แล้ว ใครมันจะมาให้ความสำคัญกับพ่อ” เมื่อบุตรสาวพยายามพูดคุยด้วยตาสิงห์มักขอไปนอนบอกว่าเหนื่อยอยากพักผ่อน และเข้านอนเร็ว และตื่นสายมาก เพื่อนบ้านไม่เห็นตาสิงห์ออกมาพูดคุยด้วยจึงซักถามกับบุตรสาวคนเล็ก เพราะปกติตาสิงห์มักตื่นแต่เช้า เข้าแปลงผักสวนครัวและแจกจ่าย ผักให้กับเพื่อนบ้านเสมอ และเล่าเรื่องของบุตรชายให้เพื่อนบ้านฟัง บุตรสาวคนเล็กเริ่มสังเกตเห็นอาการตาสิงห์นั่งเหม่อลอย หลบนอน ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน จึงพาไปพบแพทย์ และได้โทรหาชาติพี่ชาย พบว่าติดต่อไม่ได้ จึงโทรไปฝากข้อความไว้ที่ทำงานของชาติ จึงทราบว่าชาติไปราชการด่วนเขตชายแดนอาจทำให้ติดต่อไม่ได้ประมาณ 1 สัปดาห์

เอกสารหมายเลข 5

แบบบันทึกสถานการณ์(A) อารมณ์/ความรู้สึก(B) พฤติกรรม(C))



หลักฐานสนับสนุน

.....

.....

หลักฐานคัดค้าน (มุมมองใหม่ หรือ ความคิดบวก)

.....

.....

.....

.....

เอกสารหมายเลข 6

คู่มือ “สบายกาย สบายใจ”

โดย
นางสาววีชรี แสงสาย
ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ใช้ในการดูแลตนเองสำหรับโรคซึมเศร้า โดยการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากภาวะซึมเศร้าและความพร้อมของการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยการแสดงออกของการเจ็บป่วยมีแนวโน้มแสดงออกทางด้านร่างกาย ซึ่งทำให้กระทบต่อการทำหน้าที่ รวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในเบื้องต้น จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เมื่อสุขภาพใจดี สุขภาพกายก็จะดีตามมาด้วย

วีชรี แสงสาย
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ในช่องที่มีข้อความที่ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ข้าพเจ้าคิดว่าตัวเองเป็นคนที่ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม					
2. ข้าพเจ้าไม่มีส่วนดีเลย					
3. ทำไมข้าพเจ้าทำให้คนรอบข้างผิดหวัง					
. .					
28. อนาคตของข้าพเจ้าเป็นอนาคตที่หม่นหมอง					
29. ทุก ๆ อย่างไม่มีคุณค่า หรือมีความสำคัญกับข้าพเจ้าเลย					
30. ข้าพเจ้าไม่สามารถทำอะไรให้สำเร็จลงได้เลย					

ส่วนที่ 7 แบบวัดความสามารถในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังแต่ละข้อว่าตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน โดยไม่คำนึงถึงความถูกต้อง

ข้อความ	ปฏิบัติ ได้	ปฏิบัติ ไม่ได้
1. เมื่อท่านมีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุตรหลานและบุคคลในครอบครัว ท่านเล่าหรือระบายให้คนที่ท่านไว้ใจที่สุดฟัง		
2. เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านสามารถดูแลตนเองได้เบื้องต้นและไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน		
3. ท่านคิดในด้านบวก เมื่อเจอกับปัญหา เช่น ร้ายกลายเป็นดี วางลงก็เป็นสุข เป็นต้น		
<ul style="list-style-type: none"> 		
9. ท่านไม่ใช้สารเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ เมื่อเจอปัญหาในชีวิต		
10. เมื่อเกิดปัญหาในชีวิตท่านทบทวนเรื่องราวที่เกิดขึ้นและพยายามปรับปรุงแก้ไขอยู่เสมอ		

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่องานวิจัย ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ผู้วิจัย นางสาว วัชรีย์ แสงสาย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เลขที่ 177 ถ.ช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081- 0708992

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

3.2 เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

4.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ

4.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 40 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกและคัดออกดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

Inclusion Criteria

1. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10)
3. เป็นผู้ที่มึ่ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) ถึงระดับมาก (20-29 คะแนน)
4. เป็นผู้ที่มึ่คะแนนการทำหน้าที่ตั้งแต่ 51 คะแนน ขึ้นไป
5. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องมีคะแนนมากกว่า 14 คะแนน ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนมากกว่า 17 คะแนน และผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนมากกว่า 22 คะแนน
6. ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกันและขนาดเดียวกัน
7. ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคอื่น ๆ
8. สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้
9. ไม่เคยได้รับการบำบัดโดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
10. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตลอดโปรแกรมการบำบัด

Exclusion Criteria

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากกรวิจัย
 2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร่าระหว่างการบำบัด
5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้ป่วยกลุ่ม 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา นครินทร์ ซึ่งได้แก่ กิจกรรมที่พยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา นครินทร์ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร่าวัยสูงอายุ ประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจคัดกรอง พบจิตแพทย์ และการให้การดูแลสุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร่า คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา และอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับและให้คำปรึกษาเพิ่มเติมในรายที่มีข้อสงสัย และติดตามต่อเนื่องในการมาตรวจรับบริการครั้งต่อไป

ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยใช้แนวคิดของ Laidlaw และคณะ (2003) เป็นพื้นฐานการพัฒนาโปรแกรม ประกอบไปด้วย กิจกรรมทั้งสิ้น 5 ครั้ง จำนวน 5 สัปดาห์ ได้แก่ **ครั้งที่ 1** สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และปัญหาที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร่าและการทำหน้าที่ภายใต้กรอบแนวคิด CBT **ครั้งที่ 2**

ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ส่งผลต่อปัญหาการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น **ครั้งที่ 3** ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ สร้างแรงจูงใจ **ครั้งที่ 4** การปรับพฤติกรรม วิเคราะห์และค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา **ครั้งที่ 5** ทบทวน CBT และยุติการบำบัด

6. การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดความเสียหายใด ๆ กับผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความคิดต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งสามารถมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ดีขึ้น

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจและสามารถ **ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นางสาววัชรีย์ แสงสาย หมายเลข 081-0708992 ได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษต่อการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการ
ทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย นางสาววัชรีย์ แสงสาย

ที่อยู่ติดต่อ

(ที่บ้าน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เลขที่ 177 ถ.ช้างเผือก ต.

ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

ที่อยู่ติดต่อ

(ที่ทำงาน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เลขที่ 177 ถ.ช้างเผือก ต.

ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 044-242397 ต่อ 303

โทรศัพท์มือถือ 081- 0708992

E- Mail Address: nulek_knc@hotmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น
จากการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบาย จากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้ง
เหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะ
ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะ

นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว
ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
วิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ อ.เมือง จ.นครราชสีมา

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาววัชรีย์ แสงสาย)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก จ

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบเสนอตัวโครง

งานวิจัย

การศึกษาอิสระ

วิทยานิพนธ์

เพื่อมาศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชภัฏนครราชสีมา

วันที่ 18 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชภัฏนครราชสีมา

ข้าพเจ้า (นามนาม(นามสกุล)) ฉวีร์ แสงสุสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน
กลุ่มงานหน่วยงาน วิสัญญีบำบัดประสาทหูชั้นใน ศัลยกรรมประสาท

ชื่อเรื่อง

มีความประสงค์ขอเสนอตัวโครง งานวิจัย การศึกษาอิสระ วิทยานิพนธ์
ภาษาไทย ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดและพฤติกรรมบำบัดภาวะซึมเศร้า และ
การบำบัดทางจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

ภาษาอังกฤษ EFFECTS OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY
ON DEPRESSION AND FUNCTIONING OF ELDERLY
PATIENTS WITH DEPRESSION

และได้แนบเค้าโครงขอพร้อมนี้จำนวน ๒ ชุด เพื่อมาศึกษาใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชภัฏนครราชสีมา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย ขอเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ ฉวีร์ แสงสุสุข ผู้เสนอตัวโครง
(น.ส. ฉวีร์ แสงสุสุข)

คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชภัฏนครราชสีมา

เห็นควรอนุมัติ

ความเห็นอื่น.....

ลงชื่อ ภ.ศ.ก. ประธานคณะกรรมการวิจัย

(น.ส.ภ.ศ.ก. ๒๕๖๖)

วันที่ 18 / ม.ค. / 66

ยอนุมัติ

ไม่อนุมัติเนื่องจาก.....

ลงชื่อ Oh

(.....)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชภัฏนครราชสีมา



บันทึกข้อความ

๒๙๙
ส.ก. ๒๕๕๖
๑๓๐

ส่วนราชการ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมในมนุษย์.....

ที่ ศว ๒๗/๒๕๕๖..... วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๕๖.....

เรื่อง ขออนุมัติเสนอเค้าโครงการวิจัย.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์

ตามหนังสือที่ ศอ ๐๕๑๒.๑๑/๒๕๕๖ ลงวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ เรื่อง ขออนุมัติโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิติศาสตร์ใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมในมนุษย์ จึงขอเสนอเค้าโครงการวิจัยของนางสาววีชรี แสงสาย เรื่อง ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งได้แนบรายละเอียดเค้าโครงการวิจัยมาพร้อมนี้จำนวน ๑ ชุด พร้อมคำขอการรับรองเชิงจริยธรรมการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์จำนวน ๑ ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

นางสาวกรรณกาญจน์ แก้วขิง

(นางสาวกรรณกาญจน์ แก้วขิง)

นายแพทย์ชำนาญการ

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมในมนุษย์

Opk

Opk

๑๗ม.๕๖

ประวัติผู้วิจัย

นางสาว วชิรี แสงสาย เกิดเมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2526 ที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ปีการศึกษา 2549 และเข้ารับการศึกษาดูในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันรับราชการ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา