

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้า
ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PROMOTING RESILIENCE WITH FAMILY PARTICIPATION PROGRAM ON
DEPRESSION IN OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Flying Officer Usanee Boonbunjob



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบ ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรค ซึมเศร้า
โดย	เรืออากาศโทหญิงอุษณีย์ บุญบรรจบ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

อุษณีย์ บุญบรรจบ : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (THE EFFECT OF PROMOTING RESILIENCE WITH FAMILY PARTICIPATION PROGRAM ON DEPRESSION IN OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 185 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลหลักที่มารับบริการในแผนกจิตเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 40 ครอบครัว จับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันด้วยอายุและคะแนนภาวะซึมเศร้า สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของ เบค (1961) เครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติที่

ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t=7.9$)
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t=-2.73$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777211936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: RESILIENCE / FAMILY PARTICIPATION / DEPRESSION / OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

USANEE BOONBUNJOB: THE EFFECT OF PROMOTING RESILIENCE WITH FAMILY PARTICIPATION PROGRAM ON DEPRESSION IN OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. ADVISOR: ASST. PROF.PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 185 pp.

The purpose of this quasi-experimental study was to compare depression of older persons with major depressive disorder before and after receiving the promoting resilience with family participation program, and to compare depression who received the promoting resilience with family participation program and those who received routine nursing care. The sample consisted of 40 older persons with major depressive disorder and their families, who met the inclusion criteria and received services at the out-patient department of the Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force. They were matched-pair by age and depression score and then randomly assigned into experimental and control group with 20 families in each group. Research instruments consisted of : 1) The promoting resilience with family participation program 2) Beck Depressive Inventory Scale (Beck, 1961). All instruments were test for content validity by 5 professional experts. The Cronbach's Alpha Coefficient reliability of the Beck Depressive Inventory Scale was .90. Data were analyze by descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation and t-test.

Major finding were as follows :

1. The mean scores of depression of older persons with major depressive disorder after received the promoting resilience with family participation program were significantly lower than those before at the .05 level. (t=7.9)

2. The mean scores of depression of older persons with major depressive disorder who received the promoting resilience with family participation program were significantly lower than older persons with major depressive disorder who received routine nursing care at the .05 level. (t=-2.73)

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความรู้ความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งได้ให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ในทุกด้าน ช่วยสร้างแรงบันดาลใจ กระตุ้นให้นิสิตมีความมุ่งมั่น ให้ความเมตตา เสียสละเวลา และเอาใจใส่ต่อผู้วิจัยด้วยดีมาตลอด ผู้วิจัยมีความรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานกรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชาธิกรัณย์ กรรมการสอบ ที่ให้ความกรุณาชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องในการปรับแก้ไข วิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ตลอดจนชี้แนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขให้ได้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับงานวิจัยฉบับนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการศึกษาให้นิสิตได้พัฒนาตนเอง มีความรู้ทางวิชาการเพิ่มมากขึ้น และให้กำลังใจตลอดการศึกษาด้วยดีตลอดมา อีกทั้งบุคลากรและเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในทุกด้าน ขอขอบพระคุณอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ และอาจารย์ ดร. สรณยา มณีรัตน์ ที่ได้เป็นผู้ฝึกประสบการณ์การทำงานกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้สูงอายุ เพื่อนำประสบการณ์ไปใช้ในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด ขอขอบพระคุณอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ทีมจิตแพทย์ ทีมพยาบาล และเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ทุกท่านที่เอื้ออำนวยความสะดวก ตลอดจนดูแลเป็นอย่างดีในระหว่างการดำเนินการวิจัย รวมทั้งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและญาติที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ คณาจารย์ และบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ที่เข้าใจ ให้กำลังใจ ให้โอกาสได้มีเวลาศึกษางานวิจัยนี้ ตลอดจนช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในทุกด้านด้วยดีมาตลอด ขอขอบพระคุณอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ การสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ขอขอบพระคุณ บิดามารดา และบุคลากรทุกท่าน ที่สนับสนุนและเอื้อประโยชน์มาตลอดจนสำเร็จลุล่วง ผู้วิจัยขอขอบคุณประโยชน์งานวิจัยนี้แต่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้มีภาวะซึมเศร้ามลดลง มีความรู้สึกเพิ่มคุณค่าต่อตนเอง มีพลังใจในการดำเนินชีวิต สุขภาพกายใจแข็งแรง สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย	11
ขอบเขตการวิจัย	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่จะได้รับ	13
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	15
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.....	34
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ.....	44
4. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว	48
5. โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม	53
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	61
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	61
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	63
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	63
ขั้นตอนการวิจัย.....	74
การวิเคราะห์ข้อมูล	86
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	100
สรุปผลการวิจัย.....	105
อภิปรายผลการวิจัย.....	106
ข้อเสนอแนะ	112
รายการอ้างอิง	114
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	125
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	132
ภาคผนวก ค คะแนนความเข้มแข็งทางใจกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนความเข้มแข็งทางใจไม่ผ่าน เกณฑ์	149
ภาคผนวก ง คะแนนความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม	151
ภาคผนวก จ การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามตัวแปร อายุ และระดับภาวะซึมเศร้า (Matched - pair) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	153
ภาคผนวก ฉ หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์.....	155
ภาคผนวก ช การตรวจสอบความเที่ยงเครื่องมือ.....	157
ภาคผนวก ซ การวิเคราะห์สถิติ	162

ภาคผนวก ฉ หนังสือยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมวิจัย.....	166
ภาคผนวก ฉ เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	172
ภาคผนวก ก ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	176
ภาคผนวก ก ข ความอนุเคราะห์ให้นิสิตเข้าร่วมการฝึกประสบการณ์กลุ่มผู้สูงอายุ.....	181
ภาคผนวก ฐ ขออนุญาตใช้สถานที่ในการดำเนินการวิจัย	183
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	185



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	53
ตารางที่ 2	ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม	76
ตารางที่ 3	จำนวน และร้อยละ ของ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน ลักษณะการอยู่อาศัย สภาพเศรษฐกิจ โรคประจำตัว ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	89
ตารางที่ 4	จำนวน และร้อยละ ของเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน ลักษณะการอยู่อาศัย สภาพเศรษฐกิจ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ในผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัว.....	93
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม.....	97
ตารางที่ 6	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม	98
ตารางที่ 7	คะแนนภาวะซึมเศร้าแยกเป็นรายคู่.....	99
ตารางที่ 8	คะแนนความเข้มแข็งทางใจกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนความเข้มแข็งทางใจไม่ผ่านเกณฑ์.....	150
ตารางที่ 9	คะแนนความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม.....	152
ตารางที่ 10	การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามตัวแปร อายุ และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (Matched - pair) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	154

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	58
ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	87



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มจำนวนมากขึ้น จากรายงานการสำรวจประชากรโลกในปี ค.ศ. 2012 พบว่าในจำนวนประชากรโลก 7 พันล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 893 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, 2555) ประเทศไทยพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 8.0 ล้านคน และคาดว่าจะอีก 8 ปีข้างหน้า คือปี พ.ศ. 2568 ผู้สูงอายุจะมีจำนวนถึง 14.4 ล้านคน (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555) จึงจัดได้ว่าจำนวนกลุ่มนี้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีในอัตราที่รวดเร็วทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่าภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Aging) และมีจำนวนมากกว่าทุกช่วงวัย ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกายตามธรรมชาติทำให้เกิดปัญหาหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นวัยที่ต้องปรับตัวในชีวิตอย่างมาก ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีปัญหาการปรับตัวในวิกฤตของชีวิตและไม่สามารถปรับตัวในการแก้ไขปัญหาได้ ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า สำหรับประเทศไทยคาดว่า ในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพเป็นอันดับ 2 และมีรายงานพบว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เคยมีประสบการณ์ของอาการซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อย 1 ครั้ง (ธรรณิทธิ์ กองสุข, 2558)ทั้งนี้การดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

ปัญหาสุขภาพจิตที่เป็นปัญหามากที่สุดในผู้สูงอายุ คือ การมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2554) เนื่องจากประชาชนมีอายุยืนขึ้น ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากการสำรวจระดับชาติวิทยาโรคทางจิตเวชในประเทศไทยปี 2551 พบผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำแนกความชุกตามกลุ่มอายุ 60 – 69 ปีพบร้อยละ 3.3 ช่วงอายุ 70 – 79 ปีพบร้อยละ 3.9 และอายุ 80 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 5.0 (ธรรณิทธิ์ กองสุข และคณะ, 2551) ทั้งนี้สถานการณ์และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุจะมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 72.3 และมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ร้อยละ 15.6 (วัลย์พร นันทศุภวัฒน์, 2552) การศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในต่างประเทศ พบระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงมาก คือร้อยละ 12.9, 58.0, 91.5 และ 98.9 ตามลำดับ (Kroenke & Spitzer, 2002) และจากการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 65.9 ระดับปานกลางร้อยละ

30.7 และระดับรุนแรงร้อยละ 3.4 (มูจรีนทร์ พุทธิเมตตา, 2557) จากรายงานสถิติผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการของหน่วยบริการแผนกจิตเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกองอายุรกรรม ในสังกัดโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ปี พ.ศ. 2556 – 2558 มีจำนวน 245 ราย, 227 ราย และ 265 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนสถิติ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ, 2558) ทั้งนี้จากการทบทวนข้อมูล และซักประวัติผู้สูงอายุแผนกจิตเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าพบว่า มาด้วยอาการนอนไม่หลับ รู้สึกเศร้า ไม่มีคุณค่า คิดมาก ไม่รับประทานอาหารอ่อนเพลีย มีปัญหาในการดูแลตนเอง รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ไม่รับประทานยา ขาดยา มีอาการร่วมทางกายมาก มีความคิดทำร้ายตนเอง และมีประวัติเคยฆ่าตัวตาย บางรายมีอาการรุนแรงที่ต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากอาการดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการของผู้ป่วยนอก โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่นอกเหนือจากการรักษาทางยาเท่านั้น เพราะผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งเสริมความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งการดูแลของครอบครัวต่อผู้ป่วยที่อาจส่งผลให้เกิดผลกระทบในระยะเฉียบพลันและเรื้อรังต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม เช่น การสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน มีความทุกข์ทรมาน มีการสูญเสียชีวิตของผู้สูงอายุ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ปัญหาสุขภาพไม่ทุเลา ส่งผลให้ต้องการการดูแลจากญาติตลอดเวลา สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา การมาขอรับบริการทางสุขภาพบ่อยครั้ง และต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นโดยไม่จำเป็น เกิดภาวะเครียดเรื้อรังและปัญหาเศรษฐกิจทั้งในครอบครัวผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและสังคม จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ต้องการการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม เพื่อลดและป้องกันความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และสามารถให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอยู่ร่วมกับครอบครัวและอยู่ในชุมชนได้ ลดการส่งต่อโรงพยาบาลในระดับต่อไปได้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ จะส่งผลทางบวกต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ครอบครัว และสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และยั่งยืนต่อไป

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุมีความซับซ้อนของความรู้สึกรบกวนการคิด และพฤติกรรมแสดงออกในด้านกลุ่มอาการและอาการแสดงที่มีความแปรปรวนเบี่ยงเบนไป ในด้านอารมณ์ แรงจูงใจ และด้านร่างกาย โดยมีอาการซึมเศร้า หดหู่ มีลักษณะของการคิดที่บิดเบือน มีความคิดอัตโนมัติด้านลบ ต่อตนเอง ต่อโลก ต่ออนาคต รู้สึกว่า

ตนเองไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวังแยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น (Beck, 1967) ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตที่แสดงออกทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและสรีรวิทยา ด้านอารมณ์แสดงออกโดยรู้สึกหดหู่ สิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า เฉยเมย โดดเดี่ยว ด้านพฤติกรรมแสดงออกโดยมีท่าทางการเคลื่อนไหว เชื่องช้า ถดถอย ยืนหรือนั่งในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ แยกตัว ไม่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านความคิดมีความคิดหลงผิด คิดว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ สับสน ตัดสินใจไม่ได้ ต่ำหนืดตนเอง คิดร้ายต่อตนเอง ด้านสรีรวิทยา มีการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติหลายชั่วโมง (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัดที่เกิดความรู้สึกทุกขใจ หงอยเหงา เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ คิดมาก นอนไม่หลับ หากภาวะซึมเศร้าคงอยู่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ๆ ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ก่อให้เกิดความเศร้าเรื้อรังและรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ (Psychiatric disorder) จนเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ และทำร้ายตนเองในที่สุด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) และนำมาสู่การฆ่าตัวตายได้ (Cahoon, 2012; Cohen & Krajewski, 2014) ซึ่งการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 70 (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2547)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ปัจจัยสำคัญ คือ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และปัจจัยปกป้อง กล่าวคือ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา ได้แก่ พันธุกรรม เพศ ความผิดปกติของระบบประสาท ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความผิดปกติของบุคลิกภาพ บุคลิกภาพแบบอ่อนไหว และการมีความผิดปกติด้านความคิด ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ได้แก่ การสูญเสีย ปัญหาเศรษฐกิจ และปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา (มจรินทร์ พุทธเมตตา, 2557) ทั้งนี้ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการรุนแรงมากขึ้น คือ ปัจจัยปกป้องต่ำ กล่าวคือ มีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ มีความคิดทางลบตลอดเวลา ความสามารถในการรู้คิดและการควบคุมตนเองต่อการดำรงชีวิตลดลง ไม่สามารถปรับตัวที่จะเผชิญกับปัญหา (Heisel, 2006; อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ, 2556) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะใช้ชีวิตอย่างมีความสุขจึงควรมีสภาพจิตใจเข้มแข็งเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและต่อสู้กับโรคซึมเศร้าได้ (กรมสุขภาพจิต, 2552)

ความเข้มแข็งทางใจ มีชื่อเรียกแตกต่างกันไป เช่น ความหยุ่นตัวทนทาน ความสามารถในการเผชิญวิกฤต ความยืดหยุ่น ความแข็งแกร่งในชีวิต ความสามารถในการฟื้นพลังหรือพลังสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลที่จะป้องกันการสูญเสีย ลดความรุนแรงในภาวะบีบคั้นที่ต้องเผชิญและผ่านพ้นไปได้ด้วยดี สามารถพัฒนาขึ้นมาได้ไม่ว่าอยู่ในวัยใดก็ตาม (Grotberg, 1995) ความสามารถนี้ต้องได้มาจากการเสริมสร้างให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีพร้อม 3 องค์ประกอบ

ที่สำคัญ คือ 1) สิ่งที่คุณเป็น (I am) เป็นลักษณะชอบจะทำสิ่งดีๆให้ผู้อื่น นับถือตนเอง และผู้อื่น รวมทั้งการเป็นผู้ที่ภูมิใจในตนเอง 2) สิ่งที่คุณมี (I have) รับรู้ได้ว่าตนมีกรอบข้างที่ไว้ใจได้ ช่วยเหลือ ยามเจ็บป่วย ฝึกฝนให้บุคคลทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง 3) สิ่งที่คุณทำได้ (I can) เป็นการช่วยให้คุณเกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเอง สามารถหาวิธีในการแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้กระบวนการที่สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤต หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิตอันเป็นคุณสมบัติหนึ่งซึ่งช่วยให้คุณผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Maneerat et al., 2011)

ความเข้มแข็งทางใจสามารถส่งเสริมให้คุณเกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเอง สามารถหาวิธีในการแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้กระบวนการที่สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ ภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิตอันเป็นคุณสมบัติหนึ่งซึ่งช่วยให้คุณผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข (Maneerat et al., 2011) ทั้งนี้ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลารักษานาน นับเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Eliopoulos, 2014) ส่งผลให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการซึมเศร้าโดยจะมีอาการเศร้ามาก ไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร ซึ่งความเจ็บป่วยนี้ถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตหรือความทุกข์ของชีวิต ซึ่งถ้าหากไม่สามารถผ่านพ้นวิกฤตนี้ไปได้จะส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำหรือเกิดอาการรุนแรงจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (Beck, 1979) จากการศึกษาของ Melartin et al. (2004) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านั้นจะไม่เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่ภาวะซึมเศร้านั้นจะค่อย ๆ เพิ่มความรุนแรง ซึ่งมักจะถูกมองข้ามจากผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว พบมากในครอบครัวที่มีการติดต่อสื่อสารทางด้านลบ เช่น การวิจารณ์หรือตำหนิติเตียน มีปัญหาการสื่อสารภายในครอบครัว ไม่มีทักษะในการแก้ไขปัญหา และมีความเข้มแข็งในครอบครัวต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jeste et al. (2013) พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีความเข้มแข็งทางใจลดลง

ผลกระทบในโรคซึมเศร้าไม่เพียงแต่จะส่งผลต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเท่านั้นแต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว หรือผู้ดูแล ญาติและคนที่ใกล้ชิด ได้แก่ ครอบครัวเกิดความรู้สึกอับอาย รู้สึกคับข้องใจ และเศร้าโศก รวมถึงเกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นผลจากการที่ครอบครัวต้องเผชิญกับภาระที่มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลหรือความรับผิดชอบทางด้านเศรษฐกิจที่สูงขึ้น โดยเกิดขึ้นต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งมีได้ทั้งทางลบและทางบวก การดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นงานหนักสำหรับผู้ดูแล ส่งผลลบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาส่วนตัวกับครอบครัวและสังคมน้อยลง อาจมีปัญหาทางการเงินและความเครียดจากการสื่อสารกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหรือกับบุคลากรทางการแพทย์ จนผู้ดูแลอาจกลายเป็นผู้ป่วยด้วย โดยที่ผู้อื่นมองไม่เห็นเรียกว่าผู้ป่วยแฝง (hidden patient) ความเครียดในผู้ดูแลส่งผลเสียต่อการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ปัญหาที่อาจพบ

ในผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความตึงเครียด อารมณ์ของผู้ดูแล ส่วนผลทางบวกพบว่า ผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีความสุขใจจากการได้ทดแทนบุญคุณ ได้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ เรียนรู้ความหมายของชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ดูแลคาดหวังให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามียาอาการซึมเศร้าวาลลดลง และมีความสุขเพิ่มขึ้น สิ่งที่ได้จากการดูแล ประกอบด้วย ความภาคภูมิใจ ความสุขใจ ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง ความท้อแท้จากการดูแล และความสัมพันธ์ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น (ณัฐกฤตา เชาวน์วรารักษ์, 2556) ดังนั้น การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล การให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลจะส่งผลช่วยให้การรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามียาประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามียาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในที่สุด

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวในการดูแลภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพราะการที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำเนินไปของโรคซึมเศร้า และแนวทางการดูแลจะทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษาที่ดีขึ้น ครอบครัวจึงมีบทบาทและความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้า (Sebern, 2005) เพราะครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานทางสังคมที่สำคัญที่สุด และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ทั้งนี้ในความสัมพันธ์ภายในครอบครัวผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาเรื้อรังจะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าขาดความมั่นคงในชีวิต ขาดความสงบสุข รู้สึกสับสนวุ่นวาย มีความท้อแท้ทางอารมณ์ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนเป็นคนเปราะบาง ทนต่อความเครียดไม่ได้ ส่งผลให้การดำเนินไปของโรคซึมเศร้าวรุนแรงขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) จะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการมีส่วนร่วม และมีอิทธิพลที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Qualls & Anderson, 2009) โดยเฉพาะการดูแล ช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กล่าวคือ มีการดูแลอย่างใกล้ชิด รับฟังปัญหา สังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจแสดงถึงความรุนแรงของอารมณ์ ความรู้สึกไม่มีคุณค่า ความสิ้นหวัง การจากลา การไม่ยอมมีชีวิตอยู่ และมีความคิดฆ่าตัวตาย (นริสา วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร เฉลยกิตติ, 2557) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสมาชิกครอบครัว บุคคลในสังคมและชุมชนจะเป็นสื่อกลางที่เข้มแข็งช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Yang, 2006; ชาฤทธิ วรวิชัยพงศ์, 2556)

ครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามียาอาการซึมเศร้าวาลยังคงอยู่หรือรุนแรงเพิ่มขึ้น คือ มีการสนับสนุนทางสังคมลดลง (Richardson et al., 2012; Wang & Zhao, 2012; มุจรินทร์ พุทเมตตา, 2557) และการมีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดี ในครอบครัว (Taqui et al., 2007) ครอบครัวนับว่าเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญในการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจากครอบครัวจะทำให้เกิดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่เกิดขึ้น และหากครอบครัวและผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามียาอาการซึมเศร้าวาลเกี่ยวกับการสื่อสารเกี่ยวกับอาการของการ

เจ็บป่วย ความรู้สึก ความต้องการร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล และการกระทำร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เกิดจากความเข้าใจอันดีในครอบครัว จะส่งผลช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ดียิ่งขึ้น (Sebern, 2005) และเกิดความก้าวหน้าที่ดีในคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Lu, 2016; Talsma, 1995) โดยความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีต่อผู้อื่นที่สำคัญ คือ ความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาและเป็นภาระของครอบครัว นอกจากนี้ยังรวมถึงความรู้สึกในด้านสัมพันธภาพในครอบครัว คือความรู้สึกที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ได้รับการยอมรับ เป็นที่รัก ได้รับการยกย่อง รู้สึกมีคุณค่า และเป็นที่ต้องการของครอบครัว ดังนั้น การมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นภาระของครอบครัว รู้สึกได้รับการยอมรับนับถือ รู้สึกมีคุณค่าและเป็นที่ต้องการของครอบครัว (Unalan et al., 2015) สิ่งเหล่านี้จะส่งผลดีต่อการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจให้เกิดขึ้น โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ที่บ้านตนเอง บุคคลในครอบครัวจะมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามากที่สุด และจะเป็นผู้ที่กระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรักษาภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยการรักษาทางชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านเศร้า (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) การรักษาด้วยไฟฟ้าจะใช้ในกรณีที่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) และการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การศึกษาของ อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง (2554) ศึกษาโปรแกรมจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่า อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังจากได้รับจิตบำบัดประคับประคองลดต่ำลง ทั้งนี้กิจกรรมต่างๆ นั้นช่วยทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น มีความเข้มแข็งทางจิตใจสูงขึ้น โดยปัจจัยสำคัญที่สุดที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าได้ คือ ตัวผู้ป่วยเอง (Heisel, 2006; นันทศักดิ์ ชนะพันธ์, 2556) ซึ่งความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถของบุคคลที่เกิดจากการผสมผสานลักษณะทางบวกที่จะช่วยป้องกันบุคคลจากสถานการณ์ความยากลำบากและเลวร้ายที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ (Grotberg, 1999) ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความเข้มแข็งในการยืนหยัดเผชิญต่อสู้กับโรคที่เป็นอย่างเข้มแข็งและแข็งแกร่ง เพื่อสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข (Schure et al., 2013) ดังนั้น ความเข้มแข็งทางใจจึงมีความสำคัญแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่จะทำให้เกิดความเข้มแข็งและมีความมั่นคงทางจิตใจ อันจะเป็นเกราะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นได้

(Smith, 2009) ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ จะสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งความเข้มแข็งทางใจส่งผลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้า (Burns & Anstey, 2010) และลดภาวะซึมเศร้าได้ (Seok et al., 2012)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี แต่หากได้นำครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพาเข้ามาร่วมด้วยตามแนวคิดของ Sebern (2005) ในการที่จะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีภาวะซึมเศร้ายังคงอยู่ แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) จึงมีส่วนสำคัญที่จะช่วยในกระบวนการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจได้ เนื่องจากเป็นกระบวนการร่วมมือกันระหว่างสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้กระบวนการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น (Wells, 2012) ด้วยเหตุนี้การให้โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ตระหนักถึงความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเอง มองเห็นคุณค่าในตนเองหรือเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น สามารถพัฒนาทักษะในการเพิ่มคุณค่าในตัวเอง มีความเข้มแข็งทางใจ และมีภาวะซึมเศร้าลดลง โดยมีการสนับสนุนจากครอบครัว สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าเป็นความทุกข์ยากในชีวิต มีการคุกคามต่อสุขภาพ ความเป็นอยู่และความสามารถของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมาก เนื่องมาจากการมีความเข้มแข็งทางใจที่ต่ำต่อการเผชิญความเครียดต่างๆ ในชีวิต รวมถึงการเจ็บป่วย ความเจ็บปวด ความไม่มั่นคงทางการเงิน ความยากลำบาก การแยกตัวจากสังคม โดดเดี่ยว และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (Cohen & Krajewski, 2014) ความเข้มแข็งทางใจมีหลายมิติรวมถึงด้านชีวภาพ จิตวิทยา สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างซับซ้อน เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ทางบวก (Cahoon, 2012) ซึ่งสามารถปกป้องภาวะซึมเศร้าไม่ให้รุนแรงขึ้นได้ (Smith, 2009) การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิด (Grotberg, 1995) กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจหรือการฟื้นคืนทางอารมณ์ เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลที่จะป้องกันการสูญเสีย ลดความรุนแรงในภาวะบีบคั้นที่ต้องเผชิญ และผ่านพ้นไปได้ด้วยดี สามารถพัฒนาขึ้นมาได้ไม่ว่าอยู่ในวัยใดก็ตาม ความสามารถนี้ต้องได้มาจากการเสริมสร้างให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีพร้อม 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) สิ่งที่ตนเป็น (I am) เป็นลักษณะชอบจะทำสิ่งดีๆ ให้ผู้อื่น นับถือตนเอง และผู้อื่น รวมทั้งการเป็นผู้ที่ภูมิใจในตนเอง 2) สิ่งที่ตนมี (I have) รับรู้ได้ว่าตนมีครอบครัวที่ไว้ใจได้ ช่วยเหลือยามเจ็บป่วย ฝึกฝนให้บุคคลทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง 3) สิ่งที่ตนทำได้ (I can) เป็นการช่วยให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถหาวิธีในการแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้กระบวนการที่สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิตอันเป็นคุณสมบัติหนึ่งซึ่งช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Maneerat et al., 2011) โดยพัฒนาองค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจผู้สูงอายุ 5 ด้าน (Maneerat et al., 2011) คือ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตามแนวคิดของ Sebern (2005) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการดูแล คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีส่วนร่วมในด้านการสื่อสารข้อมูลการเจ็บป่วย การตัดสินใจในการดูแล และการกระทำร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัย ได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสาร มีการทำความเข้าใจ ค้นหาข้อมูลปัญหาของผู้ป่วย ร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และร่วมจัดการปัญหาร่วมกับผู้ป่วย มีการทบทวนทักษะจากการเข้าร่วมกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อเรื่องที่

บ้าน เพื่อเป็นการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรมใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาทีเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 รู้จักเรา เข้าใจกัน : การสร้างสัมพันธภาพและสร้างความสามารถในการอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวมีส่วนร่วม / (I am) เป็นการติดตามองค์ประกอบในส่วนของ ฉันเป็น (I am) การจัดกิจกรรมนี้เพื่อพัฒนาความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นโดยการสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิก ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ไว้วางใจกัน การมีสัมพันธภาพที่อบอุ่นและการสื่อสารที่ชัดเจนมีความสำคัญต่อพัฒนาการของบุคคล (Peplau, 1991) เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม ประเมินความต้องการ และช่วยให้ได้ระบายออกทางอารมณ์ที่รู้สึกเศร้า จากนั้นให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความเข้มแข็งทางใจ และความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งทางใจแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว เน้นย้ำและกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาข้อมูลของผู้ป่วย ร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และร่วมจัดการปัญหาของผู้ป่วยในการสำรวจตนเอง เข้าใจถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา มีความเชื่อมั่น และมีกำลังใจในการต่อสู้ปัญหา ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่นและการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะซึมเศร้าที่ลดลง (Southwick & Charney, 2012) ทั้งนี้การร่วมกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวช่วยให้ได้ระบายออกทางอารมณ์ที่รู้สึกเศร้า (ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, 2551) และสามารถเผชิญอารมณ์ทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Klainin-Yobas, Cho, & Creedy, 2012)

กิจกรรมที่ 2 ฉันเป็นฉัน : สร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ พัฒนาความคิดด้านบวก เห็นคุณค่าตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วม / (I am) เป็นการติดตามองค์ประกอบในฉัน ฉันเป็น (I am) การจัดกิจกรรมนี้เพื่อพัฒนาความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ การรู้จักกับตนเองตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วยมองด้านดีของตนเอง สร้างความภาคภูมิใจให้กับตนเอง นับถือตนเองด้านบวก จะเสริมสร้างพัฒนาความคิดด้านบวกและมองเห็นคุณค่าของตนเอง (พรเพ็ญ สุดใจ, 2555) ประกอบด้วย ครอบครัวเป็นผู้ช่วยให้กำลังใจ ร่วมให้ข้อมูล เป็นตัวอย่างที่ดีในการคิด มีส่วนให้การสนับสนุนทบทวนข้อดี และการฝึกปฏิบัติการมองโลกแง่ดี ส่งผลให้เกิดความรู้สึกดีกับตนเองและผู้อื่น เกิดทัศนคติการมองโลกแง่ดี มีการสรุปประเด็นต่าง ๆ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำไปใช้ ในชีวิตจริง ซึ่งลดความคิดด้านลบของผู้ป่วย ตามที่ (Beck, 1967) กล่าวว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีปัญหาทางด้านความคิด โดยมีความคิดบิดเบือน คิดด้านลบ (negative thinking) ทั้งนี้การมองมุมใหม่ มองในแง่ยึดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริง จะช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาลักษณะใหม่ การใช้ตัวอย่างการมองสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อชีวิต โดยนำสถานการณ์ที่ครอบครัวประสบมาใช้เป็นตัวอย่างในการฝึกทักษะในการสร้างเสริมสภาวะจิตให้เข้มแข็งโดยให้สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยร่วมแสดง

อารมณ์ความรู้สึกในทางบวกร่วมกัน ซึ่งการคิดด้านบวก มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าลดลง (Jeste et al., 2013) และการมองโลกในแง่ดีรวมถึงการพึงพอใจในชีวิต มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ช่วยให้อลดภาวะซึมเศร้าได้ (Santos et al., 2013)

กิจกรรมที่ 3 ฉันมีคุณ : สร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน มีสิ่งสนับสนุนทางสังคม และการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณแบบครอบครัวมีส่วนร่วม / (I have) เป็นการติดตามองค์ประกอบในส่วน ฉันมี (I have) การจัดกิจกรรมนี้เพื่อพัฒนาด้านการสร้างเสริมความเข้าใจอันดี มีความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีสิ่งสนับสนุนทางสังคมและส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณโดยการให้ผู้ป่วยได้มองเห็นและตระหนักในสิ่งที่ตนมีอยู่ ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้ทักษะการสื่อสาร การฟัง การถาม การเข้าใจอารมณ์ และความเครียด มีจัดการอารมณ์ของตนเองอย่างถูกต้อง รู้จักสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน ได้รับรู้ถึงการมีบุคคลรอบข้างที่ไว้วางใจและช่วยเหลือได้ อยู่กับครอบครัวที่เข้าใจกัน เกิดพัฒนาการสื่อสารทางบวก ทั้งนี้ในการสื่อสารกันทางด้านลบ การวิจารณ์หรือพูดจาตำหนิตัดเยียนและการไม่มีทักษะในการแก้ไขปัญหา ขาดความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น หรือมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี เช่น ไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น หรือรับรู้ว่าตนเองไม่เป็นที่สนใจจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการมองตนเองไร้ค่า ขาดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกสิ้นหวัง นำไปสู่การทำร้ายตนเองมากที่สุด (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) สมาชิกครอบครัวจะเป็นผู้มีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาข้อมูลของผู้ป่วย ร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และร่วมสร้างความเข้าใจอันดีร่วมกับผู้ป่วย การพัฒนาความสงบด้านจิตใจ มีสมาธิ โดยการสวดมนต์ซึ่งคำนึงถึงด้านจิตวิญญาณที่เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยวัยสูงอายุ และสอดคล้องกับความเชื่อของผู้สูงอายุในด้านศาสนาซึ่งทำให้จิตใจสงบรู้สึกผ่อนคลายและเป็นสุข ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Klainin-Yobas et al., 2012)

กิจกรรมที่ 4 ฉันทำได้ : เสริมสร้างความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด ประยุกต์การแก้ปัญหา และสร้างเป้าหมายชีวิตแบบครอบครัวมีส่วนร่วม / (I can) จัดตามองค์ประกอบ ฉันสามารถ (I can) การจัดกิจกรรมนี้เพื่อพัฒนาด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและการใช้ทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และสร้างเป้าหมายชีวิต การตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมองไปข้างหน้าว่าเราต้องการแก้ปัญหาให้เป็นไปในรูปแบบไหน จะทำได้ดีขึ้นเมื่อมีจิตใจที่สงบผ่อนคลาย การฝึกจิตใจให้สงบร่วมกันโดยการฝึกกายหายใจ ซึ่งเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัวสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อการจัดการอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองจะก่อให้เกิดการเรียนรู้เพื่อที่จัดการความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆ โดยกิจกรรมการปรับตัว ฝึกทักษะการผ่อนคลายและการจัดการความเครียด จะช่วยให้เกิดความแข็งแรงด้านจิตใจจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำรงไว้ซึ่งการมีความสุข ภาวะที่ดี (Cuijpers, 1998) การทบทวนปัญหาเพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงของตนเอง นำไปสู่การ

ประยุกต์ใช้การคิดแบบมีทางเลือก เพื่อสามารถหาข้อดี ข้อเสีย มีทางเลือกการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุด สอดคล้องกับสภาพปัญหาโดยมีครอบครัวช่วยเหลือสนับสนุน ซึ่งการเพิ่มความสามารและเพิ่มความมั่นใจในการเผชิญปัญหา ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (Santos et al., 2013)

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pre test - post test control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (ICD - 10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลตติยภูมิ และกลุ่มที่สอง คือ ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัวที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุมีความซับซ้อนของความรู้สึก กระบวนการคิด และพฤติกรรมแสดงออกทางกลุ่มอาการและอาการแสดงที่มีความแปรปรวน เบี่ยงเบนไป เป็นความผิดปกติทางจิตที่แสดงออกทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและสรีรวิทยา ด้านอารมณ์แสดงออกโดยรู้สึกหดหู่ สิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า เฉยเมย โดดเดี่ยว ด้านพฤติกรรมแสดงออกโดยมีท่าทางการเคลื่อนไหวเชื่องช้า ถดถอย ยืนหรือนั่งในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ แยกตัว ไม่ปฏิสัมพันธ์กับ

ผู้อื่น ด้านความคิดมีความคิดหลงผิด คิดว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ สับสน ตัดสินใจไม่ได้ ต่ำหนิตนเอง คิดร้ายต่อตนเอง ด้านสรีรวิทยา มีการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับหรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติหลายชั่วโมง ซึ่งเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้ หรือความคิดอัตโนมัติในทางลบ มีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (1961) ปรับปรุงโดยวัชรีย์ แสงสาย (2556)

โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด Grotberg (1995) โดยพัฒนาองค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจผู้สูงอายุ 5 ด้าน (Maneerat et al., 2011) คือ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหาร่วมกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของ (Sebern, 2005) โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจ มีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาข้อมูลของผู้ป่วย ร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และร่วมจัดการปัญหาร่วมกับผู้ป่วย โปรแกรมประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรม 4 กิจกรรมเป็นรายกลุ่มครอบครัว ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม ใช้เวลา 60 – 90 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) : กิจกรรมที่ 1 รู้จักเรา เข้าใจกัน หมายถึง กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและสร้างความสามารถในการอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวมีส่วนร่วม /I am) ประกอบด้วย กิจกรรมให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมการสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ร่วมทบทวนความรู้สึกจากภาพครอบครัวของเรา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข สำรวจตนเองและร่วมทบทวนความเข้มแข็งทางใจ มีความรู้ เข้าใจเรื่องความเข้มแข็งทางใจ และโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) : กิจกรรมที่ 2 ฉันทเป็นฉันท หมายถึง กิจกรรมการสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ พัฒนาความคิดด้านบวก เห็นคุณค่าตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วม /I am) ประกอบด้วย กิจกรรมให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมฝึกทบทวนข้อดีของตนเองและครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกดีกับตนเองและผู้อื่น ส่งเสริมการฝึกปฏิบัติความคิดด้านบวก มองโลกในแง่ดี ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกดีต่อตนเองและผู้อื่น โดยครอบครัวมีส่วนร่วมให้การสนับสนุน

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) : กิจกรรมที่ 3 ฉันทมีคุณ หมายถึง กิจกรรมการสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน มีสิ่งสนับสนุนทางสังคม และการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณแบบครอบครัวมีส่วนร่วม /I have) ประกอบด้วย กิจกรรมให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมฝึกทักษะการสื่อสาร ส่งเสริมทักษะการพูด การฟัง ทบทวนและรับรู้ถึงการมีบุคคลรอบข้างที่ไว้วางใจ ช่วยเหลือได้ ส่งเสริมการตระหนักถึงความภาคภูมิใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่ การทำจิตใจให้สงบด้วยการสวดมนต์ ส่งเสริมทักษะการอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างเข้าใจอันดีต่อกัน และสร้างเสริมการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) : กิจกรรมที่ 4 ฉันทาทำได้ หมายถึง กิจกรรมการสร้างความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด ประยุกต์การแก้ปัญหา และสร้างเป้าหมายชีวิตแบบครอบครัวมีส่วนร่วม / (I can) ประกอบด้วย กิจกรรมให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมทบทวนประสบการณ์ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา ฝึกการหายใจผ่อนคลายความเครียด ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหโดยใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม ส่งเสริมการวางเป้าหมายในชีวิต โดยประยุกต์สิ่งที่ดีที่เป็นอยู่ นำไปสู่การแก้ปัญหาโดยครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเหลือ โดยการได้ร่วมหาข้อดี ข้อเสีย ทางเลือกการแก้ปัญหาที่ดี และเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหา เพื่อส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหา ตระหนักว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาได้

ครอบครัว หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่อยู่ร่วมกันในบ้านเดียวกันทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย หรือทางสายโลหิต มีการพึ่งพาอาศัยกันทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน สม่่าเสมอและต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือนโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแล ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี สมครใจ ยินยอมให้ความร่วมมือและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรม

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้เกณฑ์ ICD - 10 ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป ประเมินโดยเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1961) ที่มีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง มีค่าตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป ที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกจิตเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลทำให้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูล การเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการให้คำแนะนำการใช้ยา การสังเกตอาการข้างเคียง และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. ได้รูปแบบการบำบัดการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
2. เป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลและพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

- 1.1 ลักษณะและอาการของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 1.2 การวินิจฉัยโรคผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 1.3 สาเหตุของโรคผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 1.4 การรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 1.5 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

- 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.4 อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ

- 3.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ
- 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งทางใจ
- 3.3 การประเมินความเข้มแข็งทางใจ

4. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

- 4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว
- 4.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว
- 4.3 บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว

5. โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1.1 ลักษณะและอาการของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม มีการให้ความหมายของโรคซึมเศร้า ดังนี้

Seligman (1984) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า เป็นลักษณะที่แสดงว่าบุคคลหมดหวังมีอุปสรรคขัดขวางจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกซึมเศร้า เสียใจ ไม่มีคุณค่า ต้อยค่า บุคคลจะมีแต่ความรู้สึกเสียใจที่ตนเองไม่ประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวในชีวิต

สมภพ เรื่องตระกูล (2549) ให้คำจำกัดความโรคซึมเศร้าว่ามีลักษณะที่สำคัญของโรคคือ ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัด ร่วมกับอาการอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า

กรมสุขภาพจิต (2552) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตที่แสดงออกทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและสรีรวิทยา ด้านอารมณ์แสดงออกโดยรู้สึกหดหู่ สิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า เฉยเมย โดดเดี่ยว ด้านพฤติกรรมแสดงออกโดยมีท่าทางการเคลื่อนไหว เชื่องช้า ถดถอย ยืนหรือนั่งในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ แยกตัว ไม่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านความคิดมีความคิดหลงผิด คิดว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ สับสน ตัดสินใจไม่ได้ ต่ำหนืดตนเอง คิดร้ายต่อตนเอง ด้านสรีรวิทยา มีการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติหลายชั่วโมง

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ซึ่งมีอาการสำคัญ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า และความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง เคลื่อนไหวเชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

มานิช หล่อตระกูล และคณะ (2555) ให้ความหมายว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มความผิดปกติของอารมณ์โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้านี้จะเป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ป่วยมักอยากอยู่คนเดียว เจ็บๆทนให้คนรบกวนไม่ได้

สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย (2559) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้ามีลักษณะที่สำคัญของอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์เศร้า เบื่อ ไม่อยากทำในสิ่งที่ชอบ เพราะขาดความสนุกสนาน เพลิดเพลินใจและหมดความสุขในชีวิต (anhedonia) ท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ร่วมกับอาการทาง

กาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรืออ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นต้น โดยอาการต้องเป็นเกือบทั้งวัน และต่อเนื่องกันมากกว่าสองสัปดาห์ รวมทั้งมีความรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) หมายถึง ภาวะบุคคลที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของบุคคลซึ่งอาการสำคัญ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ รวมไปถึงความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตายในที่สุด และความรู้สึกนี้เป็นอย่างต่อเนื่องนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป

1.1.1 อาการของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

อาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุจะมีอาการแตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ลักษณะที่เด่นชัด คือ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายกายอย่างมาก (สุวรรณดา อรุณพงศ์ไพศาล, 2558) ในขณะที่ความผิดปกติของอารมณ์มีไม่มากหรือเด่นชัด เนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ คิดว่าภาวะซึมเศร้าเป็นกระบวนการตามธรรมชาติของวัยผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไม่ค่อยเล่าอาการซึมเศร้าทำให้คิดว่าเป็นโรคทางกาย หรือคิดว่าเป็นผลจากโรคทางกายที่เป็นอยู่หรือจากยาที่ได้รับ อาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์เศร้า เบื่อ ไม่อยากทำในสิ่งที่ชอบ เพราะขาดความสนุกสนานเพลิดเพลินและหมดความสุขในชีวิต (anhedonia) ท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าร่วมกับอาการทางกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรืออ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นต้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM - 5 หรือ ICD - 10 นั้นในการแยกโรคซึมเศร้าออกจากภาวะอารมณ์เศร้าทั่วไปได้โดยอาการต้องเป็นเกือบทั้งวันและต่อเนื่องกันมากกว่าสองสัปดาห์ รวมทั้งมีความรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2559)

ลักษณะพิเศษที่พบในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

1) ผู้สูงอายุมักจะบอกว่าไม่มีอารมณ์เศร้า แต่อาการหมดความสุขในชีวิต รวมทั้งอาการ neurovegetative อื่น ๆ ของโรคซึมเศร้านั้นพบได้บ่อย

2) ผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ซึมเศร้ามักมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย หรือมีความกังวลหมกมุ่นกับอาการทางกาย เช่น อาหารไม่ย่อย อ่อนเพลีย ปวดตามร่างกาย เป็นต้น

3) ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านความคิด (cognition) ผู้ป่วยอาจจะมาพบแพทย์ด้วยอาการหลงลืม (subjective memory complaints) เป็นอาการนำที่เรียกว่า dementia syndrome of depression หรือ pseudodementia บางรายอาจมีภาวะ mild cognitive impairment หรือ ภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย

สรุปได้ว่า อาการของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านร่างกาย ได้แก่ นอนหลับยาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ด้านอารมณ์ ได้แก่ วิตกกังวล อยากร้องไห้ ไร้ค่าหมดหวัง

บางรายฉุนเฉียว หงุดหงิด ด้านความคิด มีกระบวนการคิดทางลบ การรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ด้านแรงจูงใจ มีลักษณะแบบถดถอย แยกตัว ซึม เฉยเมย หมกมุ่นเรื่องของตนเอง

1.2 การวินิจฉัยโรคผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงถือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ทั่วไป (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2559) ระบบการจำแนกโรคที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 2 ระบบ คือ Manual of Diagnostic and Statistic Mental Disorder, Fifth edition (DSM - 5) เป็นระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และ International Classification of Disease and Related Health Problem, 10th edition (ICD - 10) เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลกนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อยหนึ่งในสองอย่างต่อไปนี้คือ มีอารมณ์เศร้าหรือหมดความสุขในชีวิต (anhedonia) อย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกับมีอาการดังนี้ ได้แก่ เบื่ออาหารหรือกินอาหารมากผิดปกติจนน้ำหนักเปลี่ยนแปลง นอนไม่หลับ ซึ่งผู้ป่วยมักจะตื่นเร็วกว่าปกติอย่างน้อยสองชั่วโมงแล้วหลับต่อไม่ได้ หรือนอนมากกว่าปกติ รู้สึกอ่อนล้าง่าย มีปัญหาด้านสมาธิความจำ มีอาการเชิงซึมเคลื่อนไหวช้าหรือกระสับกระส่าย มีความรู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด มีความคิดอยากตายหรือทำร้ายตัวเอง เป็นต้น ร่วมกับมีอาการเศร้าหรือ หมดความสุขในชีวิต (anhedonia) อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วรวมเป็น 5 อาการซึ่งเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ในกรณีที่มีอารมณ์เศร้าเรื้อรังเกิน 2 ปี และไม่รุนแรงหรืออาการรวมแล้วไม่ครบ 5 อาการอาจให้การวินิจฉัยเป็น persistent depressive disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM - 5 ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีอาการที่พบร่วมและระดับความรุนแรงของอารมณ์เศร้าที่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ส่วนใหญ่มักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ในระยะแรก เนื่องจากอารมณ์ซึมเศร้าไม่ค่อยชัดเจน และมักมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น วิตกกังวล ความจำเสื่อม เบื่ออาหาร แยกตัว ถ้าพบร่วมกับโรคทางกายจะยิ่งทำให้อาการของโรคซึมเศร้าไม่ชัดเจน แต่ถ้าทำการซักประวัติและตรวจสภาพจิต จะพบอาการของโรคซึมเศร้าได้เหมือนที่พบในวัยอื่นๆ ได้แก่ อาการรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ตลอดเวลา (persistently depressed mood) อย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป การสูญเสียความสนใจในกิจกรรมปกติ (loss of interest in usual activity) ความรู้สึกผิด (guilt) หรือ การมองโลกในแง่ร้าย (pessimistic thought) ร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น ความคิดวนเวียนกับอาการทางกายของตนเอง (preoccupation with somatic complaint) ความผิดปกติในการนอน (persistent sleep disturbance) เช่น นอนมากหรือนอนไม่หลับ มีความผิดปกติในการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารมากเกินไปหรือน้อยเกินไป ทำให้น้ำหนักมากผิดปกติหรือน้ำหนักตัวลดลง ความต้องการทางเพศลดลง (decreased libido) สมาธิ ความจำลดลง เฉื่อยชา เฉยเมย ผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการทางจิตและความคิดหลงผิดได้ ซึ่งพบบ่อยในวัยสูงอายุ ความคิดอยากตายพบได้บ่อยและจะสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ผู้ป่วยที่มี

ความคิดอยากตาย มักมีลักษณะที่สังเกต ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้า (psychomotor retardation) มีประวัติของโรคซึมเศร้าเรื้อรังมาก่อน เคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช มีความรู้สึกผิดหรือบาปหรือไร้ค่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดซ้ำและเรื้อรังได้สูงถึงร้อยละ 40 (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2558)

สรุปได้ว่า เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อยหนึ่งในสองอย่างต่อไปนี้คือ มีอารมณ์เศร้า หรือหมดความสุขในชีวิต ร่วมกับมีอาการดังนี้ ได้แก่ เบื่ออาหารหรือกินอาหารมากผิดปกติจนมีน้ำหนักเปลี่ยนแปลง นอนไม่หลับซึ่งผู้ป่วยมักจะตื่นเร็วกว่าปกติอย่างน้อยสองชั่วโมงแล้วหลับต่อไม่ได้ หรือนอนมากกว่าปกติ รู้สึกอ่อนล้าง่าย มีปัญหาด้านสมาธิ ความจำ มีอาการเชื่องช้าเคลื่อนไหวช้าหรือกระสับกระส่าย มีความรู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด มีความคิดอยากตายหรือทำร้ายตัวเอง เป็นต้น ร่วมกับมีอาการเศร้าหรือหมดความสุขในชีวิต (anhedonia) อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วรวมเป็น 5 อาการซึ่งเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ในกรณีที่มีอารมณ์เศร้าเรื้อรังเกิน 2 ปี และไม่รุนแรงหรืออาการรวมแล้วไม่ครบ 5 อาการ การวินิจฉัยของแพทย์อาจเป็น persistent depressive disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุแต่ละรายจะมีอาการที่พบร่วมและระดับความรุนแรงของอารมณ์เศร้าที่แตกต่างกัน

1.3 สาเหตุของโรคซึมเศร้าสูงอายุ

การอธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้า ยังไม่ทราบสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในวัยผู้สูงอายุแน่ชัดว่าเกิดจากอะไร แต่ส่วนใหญ่เป็นการอธิบายสาเหตุของความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่าอารมณ์คลุ้มคลั่ง จากทฤษฎีต่างๆ โดยอธิบายถึงปัจจัยทั่วไปที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 3 ด้าน (Blazer & Hybels, 2005) ดังนี้

1.3.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) แบ่งออกเป็น ดังนี้

1.3.1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory) อธิบายว่าสมองทำงานจากกระบวนการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท สารสื่อประสาทสร้างขึ้นโดย cell body และถูกนำมาเก็บสะสมใน vesicle บริเวณ terminal bouton กระบวนการแปลความหมายเกิดจากการทำงานของสมองส่วนที่แสดงอารมณ์ ความต้องการ ผ่านการเชื่อมต่อด้วยสารสื่อประสาทที่ควบคุมอารมณ์และความรู้สึก กระบวนการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาทดังกล่าวมีกระบวนการดูดกลับสารสื่อประสาทในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีการลดลงหรือมีความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทหลายชนิด เช่นเดียวกับโรคซึมเศร้าที่พบในผู้ใหญ่ ได้แก่ serotonin, norepinephrine, dopamine และ acetylcholine การลดอัตราการสร้างเซลล์ประสาทใหม่เมื่ออายุมากขึ้น ปริมาตรของเนื้อสมองลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดลงของเซลล์ประสาทที่บริเวณ dorsolateral prefrontal cortex และ orbitofrontal cortex (สุวรรณภา อรุณพงศ์ไพศาล, 2558) มีหลักฐานว่ามี serotonin

receptor 2A (5 – HT2A) จำนวนลดลงในวัยสูงอายุ และการทำงานของ receptor เหล่านี้ก็ลดลงตามอายุด้วย (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2559)

1.3.1.2 ทฤษฎียีน หรือพันธุกรรม (Genetic Theory) กล่าวถึง การเกิดโรคซึมเศร้า ว่าเป็นลักษณะความบกพร่องทางพันธุกรรม โดยถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง และจากข้อมูลทางวิชาการพบว่าถ้าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันคนใดคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้า โอกาสที่แฝดอีกคนจะเกิดโรคนี้อาจสูงถึง ร้อยละ 70 – 80 ถ้าเป็นฝาแฝดจากไข่คนละใบ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าจะพบประมาณร้อยละ 14 การที่ฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมียีนที่คล้ายกัน จึงพบอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นจึงแสดงให้เห็นว่าพันธุกรรมเป็นอีกปัจจัยเหตุหนึ่งของโรคซึมเศร้า

1.3.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological factors) แบ่งได้เป็น

1.3.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) อธิบายว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก เนื่องมาจากความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (narcissistic personality) เมื่อบุคคลประสบกับการสูญเสีย ทั้งสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง มีผลทำให้ตัวตน (ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลาย ซึ่งตัวตนเป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ประกอบด้วย การรับรู้ (perception) ความจำ (memory) การตัดสินใจ (judgement) ความมีเหตุผล (reasoning) การแก้ปัญหา (problem solving) และการตัดสินใจในการกระทำ (decision making) ซึ่งเกี่ยวข้องกับควมมีเหตุผล (logical) และความถูกต้องเหมาะสม (correct) เมื่อตัวตนลดต่ำลงหรือ ถูกทำลายจึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเองออกจากความซึมเศร้า และความรู้สึกสูญเสียเกิดการยับยั้งไม่ให้มีการต่อสู้เพื่อปกป้องตนเอง รู้สึกผิดและบันดาลโทษะ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดจัดการกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ ทำให้มีความคิดในทางลบต่อตนเอง

1.3.2.2 ทฤษฎีความสิ้นหวัง หรือการยอมจำนนจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness Theory) ของ (Seligman cited in Wilson, Spence, & Kavanang, 1989) อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (helplessness) ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดการปล่อยสถานการณ์แบบเฉยตามเลยไม่ยอมแก้ไขประกอบกับขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า

1.3.2.3 ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (Reduced Positive Reinforcement Theory) ของ (Wilson, Spence, & Kavanang, 1989) ซึ่งเชื่อว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่น การรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำ (low self – esteem) ความรู้สึกผิด (guilt) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) การไม่

สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวได้ เป็นต้น เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตทำให้บุคคลเกิดการลดการเสริมแรงตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองสูงขึ้น (self – awareness) การคิดที่มุ่งเน้นต่อตนเองมากกว่าคนอื่น (focus on the self) เพิ่มการคิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (self – criticism) และคาดหวังอนาคตในทางลบ (negative expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ ความบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น

1.3.2.4 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) ของ (Beck, 1967) ได้พัฒนาทฤษฎีปัญญานิยมขึ้นมา โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไปกระบวนการทางปัญญาจะรับรู้ และแปลความสิ่งเร้าเข้ามา ทำให้บุคคลแสดงอารมณ์และพฤติกรรมต่อสิ่งเร้าที่อารมณ์และพฤติกรรมนั้น จะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางปัญญาด้วย ในขณะเดียวกันองค์ประกอบเสริมก็มีอิทธิพลต่อกระบวนการทางปัญญาตามความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎีนี้ จึงทำให้เกิดข้อเสนอในการแก้ไขปัญหาทางอารมณ์ของโรคซึมเศร้า โดยการปรับกระบวนการทางปัญญา เช่น ความคิด ความเชื่อ ทัศนคติ ความคาดหวัง จินตภาพ การระบุเหตุ การพูดกับตนเอง การคิดทางลบต่อตนเอง เป็นต้น จะส่งผลให้อารมณ์ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงตามมา

1.3.3. ปัจจัยด้านสังคม (Social factors) แบ่งได้เป็น ดังนี้

1.3.3.1 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและสิ่งรบกวนในแต่ละวัน (Stressful life events and daily hassles) จากการศึกษาดังกล่าวถึงเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต เช่น การสูญเสีย การเป็นโรค การเจ็บป่วยร้ายแรง การต้องแบกรับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในบ้าน และปัญหาด้านสังคม เช่น ความยากลำบากในการดูแลสุขภาพ และสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Murphy, 2000)

1.3.3.2 การสูญเสียหรือพลัดพราก (Bereavement) เป็นความรู้สึกเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังที่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือสิ่งที่รัก อาการที่พบ เช่น รู้สึกไม่สบายตัว หายใจไม่อิ่ม ถอนหายใจบ่อย ๆ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่อยากอาหาร คิดถึงคนที่เสียชีวิตเป็นอย่างมาก บางครั้งคิดอยากตาย โดยเฉพาะในช่วงสองเดือนแรกหลังการสูญเสีย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2558) หากนานเกิน 2 เดือนแล้วยังไม่ดีขึ้นจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555)

1.3.3.3 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Socio - economic disadvantage) ทำให้ขาดแคลนสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต เนื่องจากรายได้ไม่แน่นอน หาเงินไม่พอใช้จ่าย ความยากจน ทำให้อยู่ในบ้านที่ไม่ค่อยดี อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี สุขภาพไม่ดีเจ็บป่วยบ่อยเกิดความเครียดจนหนักทาง รู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ธรรณิการ์ กองสุข, 2550)

1.3.3.4 การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Impaired social support) แรงสนับสนุนหรือการเอาใจใส่จากสังคมรอบตัวเป็นปัจจัยสำคัญในการต่อต้านอาการนำไปสู่สาเหตุโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวอ้างว่ามีเพื่อนน้อย แยกตัวจากสังคม อยู่คนเดียว ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ครอบครัวมีปัญหาจะมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ (บุญยกพล สิริพรอนันต์, 2550)

สรุปได้ว่า ปัจจัยของการเกิดโรคซึมเศร้า แบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านชีววิทยา ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท พันธุกรรม ด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความผิดปกติของความคิด และบุคลิกภาพ การเรียนรู้ ด้านสังคม ได้แก่ ปัญหาทางการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ไม่ดีภายในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี ซึ่งปัจจัยด้านต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งสิ้น

1.4 การรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

1.4.1 การรักษาด้วยยา (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2559) สรุปได้ดังนี้

การรักษาด้วยยา ส่วนใหญ่พบว่ามีประสิทธิภาพดี ผู้ป่วยสูงอายุมีอัตราการตอบสนองต่อการรักษาไม่แตกต่างจากผู้ป่วยวัยกลางคน แต่จะตอบสนองช้ากว่าเนื่องจากต้องปรับขนาดยาอย่างช้า ๆ และหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงของยา การเลือกยาควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ต่อไปนี้คือ อาการสำคัญของผู้ป่วย ภาวะโรคร่วม อาการข้างเคียงของยา อันตรกิริยาระหว่างยา ราคา และสิทธิในการเบิกจ่ายของผู้ป่วย การตอบสนองของยาในผู้ป่วยสูงอายุอาจมีการเปลี่ยนแปลงจากผู้ใหญ่ปกติ เพราะมี pharmacokinetic ที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การดูดซึมยาลดลง การเพิ่มขึ้นของไขมันสะสมในร่างกายและการลดลงของน้ำในร่างกายทำให้ half - life ในการขับยาเพิ่มขึ้น การลดลงของ hepatic blood flow และ liver mass รวมถึงการทำงานของ cytochrome P - 450 ทำให้ยาถูกทำลายที่ตับได้ช้าลง การลดลงของ glomerular filtration rate, renal blood flow และ tubular secretory capacity จะส่งผลให้ไตทำหน้าที่ขับ active metabolites ของยาได้ลดลง pharmacodynamics ที่เปลี่ยนแปลงไปจากความชราภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ receptor sensitivity หรือ monoaminergic neurotransmission นอกจากนี้แล้ว ยังพบว่า การลดลงของ baroreceptor reflex ทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลงได้ง่ายขึ้นจากยาแก้ซึมเศร้าบางขนาน และเพิ่มโอกาสในการเกิด extrapyramidal symptoms, serotonin syndrome หรือ SIADH จากการกระตุ้น serotonin ได้ การไวต่อการเกิด anticholinergic หรือ anti - adrenergic effect ทำให้เกิด bradycardia, congestive heart failure หรือ hypotension ได้ง่าย

การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน (acute) ระยะต่อเนื่อง (continuation) และระยะยาว (maintenance phase) ดังนี้

การรักษาในช่วง acute phase มีเป้าหมายที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น คือตอบสนองต่อการรักษา (response) ก่อน ควรเริ่มด้วยยาในขนาดต่ำ ๆ และปรับขนาดยาอย่างช้า ๆ ซึ่งปกติแล้วจะเห็นผลการตอบสนองต่อยาบ้างอย่างน้อยร้อยละ 30 ภายใน 2 - 3 สัปดาห์แรก แต่ผู้ป่วยที่ตอบสนองช้าอาจจะต้องรอถึง 7 - 8 สัปดาห์ก่อนจะตัดสินใจว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นบ้างใน 4 - 6 สัปดาห์แรกจะเกิดภาวะโรคสงบในระยะยาวได้สูง โดยที่ผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะโรคสงบแล้วจะไม่พบทั้งอารมณ์เศร้าและหมดความสุขในชีวิต (anhedonia) รวมถึงมีอาการอื่น ๆ ที่พบได้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าอีกไม่เกิน 2 อาการและอาการยังคงสงบติดต่อกันอยู่อย่างน้อย 3 สัปดาห์

เมื่อเริ่มเข้าสู่ภาวะโรคสงบแล้วควรพิจารณาให้ยาต่อในช่วง continuation phase อีก 6 - 12 เดือนในขนาดยาที่เคยได้รับในช่วง acute phase เพื่อป้องกันการกำเริบ (relapse) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะโรคสงบแล้ว 3 - 6 เดือนติดต่อกัน จะถือว่ามีภาวะฟื้นคืนกลับ (recover) โดยให้เฝ้าสังเกตถึงประสิทธิภาพของยา รวมถึงอาการข้างเคียงและความร่วมมือในการกินยา (medication adherence)

ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ควรพิจารณาให้การรักษาต่อในระยะ maintenance phase เพื่อป้องกันการป่วยครั้งใหม่ (recurrent) ในอนาคต ได้แก่ ผู้ป่วยที่เคยมีอาการมากกว่า 1 ครั้ง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงตั้งแต่ครั้งหนึ่ง หรือผู้ที่ตอบสนองต่อการรักษาช้าในระยะแรก ผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องหรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง โดยควรให้การรักษาในระยะนี้ต่อไปอีกอย่างน้อย 2 และ 3 ปี สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยมาแล้ว 2 และ 3 ครั้งตามลำดับ

ผลการศึกษาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่ายารักษาโรคซึมเศร้าชนิดต่าง ๆ มีประสิทธิภาพในการรักษาไม่แตกต่างกัน แต่ยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มเก่าอาจจะทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาได้มากกว่ายารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มใหม่ และเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้านั้นจะมีภาวะโรคร่วมหลายอย่างและต้องใช้ยาอื่น ๆ อีกหลายขนานจึงควรให้ความสำคัญกับการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

ทั้งนี้ในการโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) แนวทางการรักษาจะเน้นการใช้ยาต้านเศร้า (antidepressant) เป็นหลักซึ่งได้แก่ selective serotonin reuptake inhibitor, tricyclic antidepressant และยาต้านเศร่ากลุ่มอื่น ๆ ถ้ามีอาการทางจิตควรใช้ยาต้านอาการทางจิต (antipsychotic) ร่วมด้วย ถ้ามีอาการนอนไม่หลับวิตกกังวลอาจใช้ยากลุ่ม benzodiazepine การรักษาทางจิตและสังคม (psycho - social approach) จะเน้นที่การให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะสาเหตุมักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมองที่มีโอกาสเกิดได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีโอกาสในการเป็นซ้ำได้ ดังนั้นควรสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมในผู้สูงอายุ ถ้าเปลี่ยนแปลงควรมาพบแพทย์ รวมทั้งการให้คำปรึกษาในกรณีนี้

มีภาวะเครียดหรือเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต เพื่อช่วยผู้สูงอายุในการปรับตัว ร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้า (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2558)

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) ได้จำแนกการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้ ดังนี้

1) การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในรายที่มีอาการมาก เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้ามาก นอนไม่หลับหรือหลับยาก ภาวะวุ่นวายมาก ไม่ทานอาหาร หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อย ๆ ให้รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง

2) การรักษาด้วยยา การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค

2.1) การรักษาระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบ ขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือ เข้าสู่ระยะ Emission ยาหลักที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยาแก้อาการซึมเศร้า ในระยะนี้ยาแก้อาการซึมเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70 – 80

2.2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 3 – 9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ Recover ทั้งนี้พบว่าหากหยุดยาการรักษาก่อนนี้ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด Relapse สูงมาก

2.3) การป้องกันระยะยาว (Prophylactic treatment) การให้ยาเพื่อป้องกันจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด Recurrence สูง

1.4.2. จิตบำบัด (psychotherapy)

การบำบัดด้านจิตใจหรือการทำจิตบำบัดเป็นกระบวนการช่วยเหลือที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการลดภาวะซึมเศร้า รวมถึงการจัดการความเสี่ยง และการป้องกันโรคซึมเศร้าของบุคคลในระยะยาว เป้าหมายของการบำบัดเพื่อช่วยให้บุคคลมองเห็น รู้จัก เข้าใจตนเองได้อย่างถูกต้องและชัดเจน ตามสภาพความเป็นจริง เข้าใจสาเหตุของปัญหา สามารถแก้ปัญหาผ่านกระบวนการคิด เพิ่มขีดความสามารถในการวิเคราะห์ แยกแยะสถานการณ์ชีวิตให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม การเรียนรู้ใหม่ นำไปสู่วิธีการให้ความหมายและให้คุณค่ากับชีวิตของตนเอง เกิดดุลยภาพทางสุขภาพ เกิดความสุข และความพึงพอใจจากการกระทำของตนเอง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) การรักษาผู้ป่วยทุกรายควรให้ความสำคัญกับการบำบัดด้านจิตสังคมร่วมด้วย เช่น ให้ความรู้เรื่องโรค การให้คำปรึกษาและพิจารณาทำจิตบำบัดตามความเหมาะสม การรักษาด้วยวิธีจิตบำบัดนั้นอยู่ในการรักษาทางเลือก รองจากการใช้ยาแก้อาการซึมเศร้าและการรักษาด้วยไฟฟ้า แนวทางการรักษาส่วนใหญ่แนะนำว่า การทำจิตบำบัดเหมาะกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการระดับน้อยถึงปานกลาง แต่ยารักษาโรคซึมเศร้าจำเป็นสำหรับโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงกว่า การทำจิตบำบัดอาจได้ผลการรักษาเทียบเท่ากับการให้ยารักษาโรคซึมเศร้าสำหรับโรคซึมเศร้าที่มีอาการน้อย ในขณะที่การรักษาร่วมกันกับการใช้ยาจะ

ได้ผลการรักษาที่ดีขึ้นโดยเฉพาะในการป้องกันการป่วยครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2559) ดังนี้

สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย (2559) ได้จำแนกจิตบำบัดสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งให้ผลการรักษาที่ดี ดังนี้

1) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive - behavior therapy) เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคตและสิ่งแวดล้อมมากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากปัจจัยต่างๆ มักใช้ได้ผลดี นับเป็นจิตบำบัดวิธีหนึ่งที่มีงานวิจัยมากที่สุดในโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีข้อมูลสนับสนุนทั้งแบบรายบุคคลและกลุ่มบำบัด แนวคิดของการรักษาคืออาการซึมเศร้าเป็นผลมาจากการความสามารถปรับตัวกับปัญหาชีวิต ทักษะการปรับอารมณ์ไม่ดี มีการแยกตัวจากสังคม และไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เป้าหมายที่สำคัญของ CBT คือช่วยผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าให้สามารถรับรู้ และปรับเปลี่ยนกระบวนการประมวลความคิดที่ไม่เหมาะสม (maladaptive information processing) โดยใช้เทคนิคของพฤติกรรมบำบัดร่วมด้วย ได้แก่ ผีการผ่อนคลาย การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม การเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา งานวิจัยในผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้า พบว่าการบำบัดแบบ CBT ได้ผลดีกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาหรือการดูแลตามปกติทั้งในระยะเฉียบพลันและเมื่อติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 1 - 2 ปี

2) การบำบัดทางด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่นมุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ สำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ปัญหาการสร้างสัมพันธ์กับครอบครัวสังคมเป็นปัญหาหลักปัญหาหนึ่ง การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และตระหนักถึงอิทธิพลของอารมณ์ที่เกี่ยวข้องปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยเน้นความขัดแย้ง 4 ด้าน คือ unresolved grief, role transition, interpersonal role dispute, interpersonal role deficits การศึกษาประสิทธิผลของ IPT ในผู้สูงอายุโดยเฉพาะยังมีไม่มากและมักไม่ใช้ IPT เพียงอย่างเดียว โดยพบว่าการใช้ IPT ร่วมกับยารักษาโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มจะช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ดีกว่า IPT อย่างเดียว

3) การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior therapy) โดย Charles B. Ferster เป็นผู้ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้า มาจากทฤษฎีความเกี่ยวข้องของอารมณ์กับพฤติกรรม โดยอธิบายโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริมทางบวก (loss of positive

reinforcement) ซึ่งควรได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เมื่อเกิดการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดจากการแยกจากพลัดพราก (separation) หรือ การเสียชีวิต (death) หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ก็ทำให้บุคคลนั้นขาดโอกาสที่จะได้รับแรงเสริมทางบวก พฤติกรรมที่มีคุณค่าของบุคคลนั้นก็ลดลง ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา โดยผู้ป่วยจะถูกสอนให้สำรวจอารมณ์ ความรู้สึก และบันทึกเหตุการณ์ที่มีความสุขและไม่มีความสุขในชีวิตทำให้ผู้ป่วยระลึกได้ว่าเหตุการณ์ใดมีผลต่ออารมณ์ด้านลบหรือบวก เป้าหมายของการรักษาคือช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ส่งผลให้มีความสุขมากขึ้น นอกจากนี้ความบกพร่องของทักษะทางสังคม (social skills deficits) ก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการขาดโอกาสได้รับแรงเสริมทางบวกจากบุคคลรอบข้างเช่นกัน ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าได้ง่าย

4) การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem - Solving Therapy) เกิดจากแนวคิดพื้นฐานที่เชื่อว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการแก้ปัญหาทางสังคม (social problem - solving) ดังนั้น เทคนิคการบำบัด คือ การช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีสมรรถนะและทักษะในการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ วิธีการบำบัด คือ การร่วมมือระหว่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ากับผู้บำบัดในการระบุปัญหา เรียงลำดับความสำคัญ ความรุนแรง และผลกระทบของปัญหา จากนั้นร่วมกันแก้ไขปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหารูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งพัฒนาพฤติกรรมในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมทดแทนวิธีการทางลบ ผลการศึกษาพบว่า Problem - Solving Therapy มีประสิทธิภาพสูงสำหรับใช้ในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (National Institute for Health and Clinical excellence, 2007) ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ทักษะที่จะแก้ปัญหาดังนี้ คือ ระบุปัญหา และสาเหตุได้ดียิ่งขึ้น หาทางเลือกในการแก้ปัญหาได้มากขึ้น สามารถสำรวจผลที่จะตามมาของทางเลือกในการแก้ปัญหาแต่ละทางเลือกและเลือกการแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้ สามารถประเมินผลของการแก้ปัญหาหลังจากทำแล้ว มีผลการศึกษาพบว่าได้ผลดีกว่ากลุ่มควบคุมหรือการทำ supportive therapy

5) การบำบัดด้วยการพัฒนาทางจิตใจ (Brief dynamic therapy : BDT) เป็นจิตบำบัดที่อิงทฤษฎีของการพัฒนาทางจิตใจ โดยมีแนวคิดที่ว่าอารมณ์เศร้าเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถจัดการกับความขัดแย้งในจิตใจในระดับจิตไร้สำนึกได้ เป้าหมายของการรักษา คือให้ผู้ป่วยเข้าใจที่มาที่ไปของอารมณ์เศร้า สามารถจัดการกับความขัดแย้งในจิตใจได้ด้วยวิธีที่เหมาะสม โดยเน้น 4 ด้าน คือ reflection of past experience , clarification of affect , การสร้าง therapeutic relationship รวมถึงการ confrontation of maladaptive interpersonal patterns , wishes และ conflicts

6) การบำบัดด้วยพื้นฐานของพฤติกรรมบำบัด (Dialectical behavior therapy : DBT) การรักษาด้วยวิธีนี้ใช้วิธีการที่เป็น เช่น เผชิญกับสิ่งที่กลัวและหลีกเลี่ยงการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม (exposure and response prevention) การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง

(skill training) การส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม (reinforcement) การปรับเปลี่ยนรูปแบบการนึกคิด (cognitive restructuring) เป็นต้น ร่วมกับวิธีการที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น การปรับพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง การฝึกสติให้รู้ทันสิ่งที่เกิดขึ้นในใจ การเจาะในเหตุผล (dialectical focus) การปรับอารมณ์โดยฝึกทักษะการทนต่ออารมณ์ที่เกิดขึ้น (distress tolerance skills) และมองตนเองด้วยความมั่นคงในจิตใจมากขึ้น (increasing the stability of self - views) เทคนิคการรักษาดังกล่าวนำมาใช้ใน 4 รูปแบบ คือ จิตบำบัดรายบุคคล การฝึกทักษะแบบกลุ่ม การปรึกษาทางโทรศัพท์ในรายที่ผู้รักษาเห็นว่ามีความจำเป็น และการประชุมร่วมกับทีมผู้รักษาเป็นการบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พฤติกรรมที่รุนแรงหรืออันตราย และพฤติกรรมที่มีผลต่อการรักษาโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพผิดปกติแบบ borderline ผู้ป่วยจะถูกฝึกให้ยอมรับตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสม แม้ว่าในขณะนั้นจะมีอารมณ์ที่ท่วมท้นเกิดขึ้นในใจได้ มีการปรับวิธีนี้มาใช้รักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพผิดปกติเป็นโรคร่วม โดยมีเป้าหมายของการรักษาที่พฤติกรรมซึ่งเกี่ยวเนื่องจากโรคซึมเศร้าและการปรับตัวที่เป็นปัญหา

7) การบำบัดด้วยการผสมผสานการฝึกสติ (mindfulness) กับจิตบำบัดแบบ CBT (Mindfulness – based cognitive therapy : MBCT) เป็นการรักษาด้วยการผสมผสานการฝึกสติ (mindfulness) กับจิตบำบัดแบบ CBT เพื่อใช้รักษาโรคซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดในแง่ลบและการคิดหมกมุ่น (rumination) ของผู้ป่วย หลักการของการบำบัดเน้นที่การมีสติรู้ตัวว่ากำลังคิด และการฝึกสังเกตรูปแบบการคิดที่จำเพาะของตนเอง นอกจากนี้เมื่อมีความคิดเกิดขึ้นผู้ป่วยอาจใช้วิธีการแยกตัวตน (self) ออกจากความคิดด้วยการบอกกับตัวเองว่า “ความคิดไม่ใช่ตัวฉัน” หรือ “เป็นเพียงความคิดไม่ใช่ความจริง” เป็นต้น มีงานวิจัยในผู้สูงอายุ พบว่า มีประโยชน์ในการป้องกันการกำเริบและการป่วยครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า

8) การบำบัดโดยการใช้สติบำบัดร่วมกับพื้นฐานของคำสอนของศาสนาพุทธ (Mindfulness – based dynamic psychotherapy : MBDP) ในประเทศไทยมีการใช้สติบำบัดร่วมกับพื้นฐานของความเข้าใจคำสอนของศาสนาพุทธ โดยศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.จำลอง ดิษยวณิชและศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.พริ้มเพรา ดิษยวณิช (2550) ได้บูรณาการ dynamic psychotherapy กับการทำวิปัสสนากรรมฐานโดยมีกระบวนการที่สำคัญ 6 อย่าง คือ

1) การรู้เฉย (bare attention) คือ การสังเกตสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริงไม่มีการปรุงแต่งเนื้อหารายละเอียดหรือเรื่องราวต่าง ๆ เข้าไป

2) การจัดการเก็บกด (de - repression) เป็นกระบวนการที่ทำให้ปัญหาความขัดแย้ง ความคิดที่ถูกเก็บกดไว้ในจิตไร้สำนึกให้ลอยตัวออกมาสู่จิตสำนึก

3) การขจัดภาวะวางเงื่อนไข (de - conditioning) เป็นการขจัดการเรียนรู้เดิมที่ไม่ตรงต่อสภาวะความเป็นจริง ที่เรียกว่า “วิปลาส” (distortion) เช่น เห็นว่าสุขในสิ่งที่เป็นทุกข์ เห็นว่าเที่ยงในสิ่งที่ไม่เที่ยง เห็นว่ามีตัวตนในสิ่งที่ไม่ตัวตน ซึ่งจัดว่าเป็นความคิดอัตโนมัติสากล (universal automatic thoughts) ตามแนวคิดการบำบัดแบบ cognitive therapy

4) การเรียนรู้ใหม่ (new learning) เป็นการเรียนรู้ใหม่ เพื่อขจัดวิปลาสดังกล่าวจนเกิดภาวะนามยปัญญา (experiential wisdom) ที่หยั่งรู้สรรพสิ่งทั้งหลายมีสามัญลักษณะหรือไตรลักษณ์ ได้แก่ ความไม่เที่ยง เป็นทุกข์และไม่ใช่ตัวตน

5) การพิจารณาซ้ำเพื่อแก้ปัญหา (working through) มีการพิจารณาการหยั่งรู้ที่เกิดจากปัญญาซ้ำแล้วซ้ำอีกจนนำไปสู่การปล่อยวาง (non-attachment or letting go) ในสิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความทุกข์หรือความยึดมั่นในตัวตน

6) การแผ่เมตตาและกรุณา (extension of loving - kindness and compassion) มีการแผ่เมตตาและกรุณาไปยังสรรพสัตว์ทั้งหลาย เพื่อช่วยลดแรงขับทางเพศและทางก้าวร้าว (sexual and aggressive drives) รวมทั้งความคิดเชิงลบอื่น ๆ ด้วย

กระบวนการทั้ง 6 อย่างนี้สามารถช่วยให้ปัญหาความขัดแย้ง ความคับข้องใจและอื่น ๆ ภายในจิตใจ นำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้ผลดี โดยเฉพาะในกลุ่มโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล

9) การบำบัดด้วยการสนับสนุนให้กำลังใจ (Supportive therapy : ST) เป็นการรักษาที่เน้นการฟังด้วยความเข้าใจ (empathic listening) การสะท้อนความรู้สึก ทำให้เข้าใจที่มาของอารมณ์ และสนับสนุนให้กำลังใจโดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงประสบการณ์ด้านบวก เพื่อปรับมุมมองให้รู้สึกดีขึ้น ซึ่งแพทย์ทั่วไปสามารถให้การรักษาดังวิธีนี้ได้ ผลการวิจัยพบว่าจิตบำบัดชนิดนี้อาจให้ผลไม่ดีกว่าการรักษาแบบ PST แต่จะช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะในช่วง 6 สัปดาห์แรก และมีผลต่อเนื่องถึง 12 สัปดาห์

การรักษาโรคซึมเศร้าทางจิตสังคมแบบวิธีอื่น ๆ

1) การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence therapy : RT) เป็นรูปแบบการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอารมณ์เศร้า เข้าใจตนเองโดยผ่านกระบวนการระลึกถึงประสบการณ์ในอดีตในรูปแบบต่าง ๆ RT จะกล่าวถึงด้านที่เป็นบวก ส่วน life review therapy จะมีทั้งเรื่องราวของชีวิตทั้งด้านบวกและลบ พบว่า RT ช่วยเพิ่ม cognitive function ความภาคภูมิใจในตนเอง และลดอาการเศร้าได้โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่พักในสถานบริบาล

2) ดนตรีบำบัด (music therapy) มักใช้ดนตรีบำบัดในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย เพื่อลดปัญหาทางพฤติกรรม เช่น อาการหงุดหงิด หรือกระสับกระส่าย และอาจช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนในผู้ที่มีอารมณ์เศร้าด้วย

3) การออกกำลังกาย (exercise) จากการวิจัยพบว่าการออกกำลังกายลดอาการซึมเศร้าได้บ้าง แต่ effect size ยังน้อย

ทั้งนี้การรักษาผู้ป่วยทุกรายควรให้ความสำคัญกับการบำบัดด้านจิตสังคม เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การให้คำปรึกษาร่วมด้วย เป็นต้น

1.4.3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy : ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นทางเลือกสุดท้ายของการบำบัดรักษา ใช้ในผู้ป่วยรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง โดยบำบัด 4 – 12 ครั้ง ในเวลา 2 – 3 สัปดาห์ การรักษาด้วยไฟฟ้ามีผลต่อ monoamine metabolism โดยไป ลดปริมาณของ post synaptic beta adrenergic receptors และเพิ่มปริมาณของ serotonergic และ alpha adrenergic receptors ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเชื่อว่าทำให้ ผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้ามีอาการดีขึ้น แต่ทั้งนี้การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้าไม่ได้ช่วยป้องกัน จึงควรให้การรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตใจต่อหลังจากผู้ป่วยอาการซึมเศร้าดีขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

การรักษาด้วยไฟฟ้าคือการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการชักอย่างน้อย 20 - 25 วินาที ซึ่งมีข้อบ่งชี้สำหรับใช้ในผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงจากการรักษาวิธีอื่น ๆ ก่อนให้การรักษาด้วยวิธีนี้ควรมีการประเมินผู้ป่วยก่อนรักษาซึ่งถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์สูงสุด และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาน้อยที่สุด แพทย์ควรทบทวนประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช โรคประจำตัวของผู้ป่วย การรักษาและผลการตอบสนองต่อการรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น นอกจากนี้ควรพูดคุยและชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจถึงกระบวนการของการรักษา และขอความยินยอมในการรักษาก่อนการรักษาทุกครั้ง

เนื่องจากโรคซึมเศร้ามีโอกาสป่วยครั้งใหม่สูง หลังจากที่ได้รับ การรักษาจนหายจากอาการซึมเศร้าในระยะเฉียบพลันแล้ว การรักษาด้วยไฟฟ้าจึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับการป้องกันการป่วยครั้งใหม่ (maintenance ECT) โดยให้การรักษาด้วยไฟฟ้า 1 - 4 ครั้งต่อเดือน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยอาจจะค่อย ๆ ปรับความถี่ในการทำให้ห่างขึ้นจนหยุดการรักษาในที่สุด

1.4.4 การรักษาด้วยแสงจ้า การรักษาด้วยแสงหรือบางครั้งอาจเรียกว่าการรักษาด้วยแสงจ้า (bright light therapy) สามารถใช้ในการรักษาโรคความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดเป็นตามฤดูกาล (seasonal affective disorder) และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ใช่ชนิดเป็นตามฤดูกาล (non - seasonal major depression) รวมทั้งภาวะซึมเศร้าในโรคไบโพลาร์ได้ด้วย โดยการรักษาด้วยแสงอาจมีตอบสนองเร็วกว่าในสัปดาห์แรกเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า นอกจากนี้การรักษาด้วยแสงจ้ายังสามารถใช้เสริมประสิทธิภาพการรักษาด้วยยารักษา

โรคซึมเศร้า โดยแสงที่ใช้เป็นแสงสีขาวจากหลอดไฟ Fluorescent ในระดับความสว่างของแสงที่ 5,000 ถึง 10,000 lux ให้ผู้ป่วยครั้งละครั้งถึง 2 ชั่วโมงในช่วงเช้า (06.00 – 08.00 น.) เป็นเวลา 1 ถึง 6 สัปดาห์ อาจพบผลอันไม่พึงประสงค์ได้ เช่น ปวดศีรษะ ซึ่งพบได้บ่อยแต่มักเป็นชั่วคราว และไม่รุนแรง กระตุ้นให้เกิดภาวะ hypomania โดยมักเกิดขึ้นที่หลังการให้แสงเพียง 2 - 3 วัน ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าบางรายอาจต้องให้ยาปรับสภาพอารมณ์ (mood stabilizer) ร่วมด้วย

1.4.5 การรักษาด้วยการกระตุ้นด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation - rTMS) เป็นวิธีกระตุ้นสมอง (brain stimulation) โดยการจ่ายไฟฟ้าไปที่ขดลวดเหนี่ยวนำ (coil) ซึ่งวางอยู่บริเวณใกล้กับหนังศีรษะของผู้ป่วย แล้วไปเหนี่ยวนำให้เกิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic field) ขึ้นที่บริเวณผิวสมอง (cortex) โดยสนามแม่เหล็กจะเหนี่ยวนำให้เกิดกระแสไฟฟ้าอ่อน ๆ อีกทีหนึ่ง ถ้าเหนี่ยวนำด้วยความถี่สูง (High Frequency : > 1 Hz) กระแสไฟฟ้าที่เกิดขึ้นจะมีความสามารถในการกระตุ้นเซลล์ประสาท ขณะที่การพยายามเหนี่ยวนำด้วยความถี่ต่ำ (High Frequency : < 1 Hz) กระแสไฟฟ้าที่เกิดขึ้นจะมีความสามารถในการยับยั้งเซลล์ประสาท

การรักษาด้วย rTMS นั้น ผู้ป่วยมารับการกระตุ้น 5 วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลาอย่างน้อย 3 – 6 สัปดาห์ โดยปัจจัยทำนายการตอบสนองที่สำคัญได้แก่ อายุที่มากขึ้นและการมี white matter hyperintensities จะส่งผลให้การตอบสนองต่อการรักษาน้อยลง นอกจากนี้ยังพบว่า HF - rTMS มีประสิทธิภาพใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคพาร์กินสันเป็นโรคร่วมได้ แต่ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ

1.5 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่เมื่อมีอาการหมดความสุขในชีวิตจะนำไปสู่อาการซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า การพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านอกจากจะสามารถลดอาการซึมเศร้าแล้ว การลดอาการซึมเศร้าเป็นการช่วยลดปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ การพยาบาลจิตเวชจึงเน้นที่การพยาบาลแบบองค์รวม ที่เน้นการใช้กระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยากระบวนการทางประสาท ชีววิทยาและการปฏิบัติการพยาบาลทางจิตสังคม ซึ่งการพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้เน้นกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) ดังนี้

1.5.1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีอารมณ์แปรปรวน ภาวะซึมเศร้าเพื่อกำหนดแผนการพยาบาลนั้นจะมุ่งที่ระดับอารมณ์เศร้าว่าอยู่ที่ระดับใด

โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ (affective) พบอารมณ์หงุดหงิดผิดหวังเศร้าใจ 2) ด้านพฤติกรรม (behavior) แสดงพฤติกรรมเศร้าเสียใจร้องไห้ 3) ด้านความคิด (cognitive) มักมีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งความคิดในการทำร้ายตนเอง 4) ด้านสรีรวิทยา (physiological) พบความ เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า การรับประทานอาหาร การนอน และการดูแลสุขอนามัย โดยพิจารณาว่าระดับอารมณ์เศร้าอยู่ในระดับเศร้าตามสถานการณ์เศร้าระดับต่ำ เศร้าระดับปานกลาง หรือเศร้าระดับรุนแรง

1.5.2 การวินิจฉัยทางการแพทย์จากข้อมูลที่ประเมินได้ทำให้พยาบาลสามารถที่จะกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาลโดยพิจารณาความเสี่ยงด้านต่างๆ โดยเฉพาะ 1) ความเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น 2) มีกระบวนการคิดและมองตนเองไปในทางลบ 3) มีความพร้อมในการปฏิสัมพันธ์กับสังคม 4) มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมและมองอนาคตไปในทางลบ การช่วยตนเองไม่ได้จากการรู้สึกไม่มีแรงในการทำกิจกรรม

1.5.3 การวางแผนการพยาบาล โดยในการวางแผนการพยาบาลนั้น มีทั้ง 1) แผนระยะสั้นจะมุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อโดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตามสภาพผู้ป่วยแต่ละราย เน้นการสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัว โดยช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีและพัฒนาคุณค่าในตนเองซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและเพิ่มคุณค่าในตนเอง และ 2) แผนระยะยาวที่มุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตของตนเองโดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่จะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจของตนโดยเน้นการส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน

1.5.4 การปฏิบัติการพยาบาลเน้นหลักการที่สำคัญดังนี้

1) การป้องกันอันตรายผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะรู้ตัว และไม่รู้ตัวพยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิดจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ

2) การใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพติดต่อกับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจ เข้าใจ กระตุ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

3) การสอนผู้ป่วยใช้การนอนผู้ป่วยแบบต่าง ๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหาการปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4) การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่าง ๆ ทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตในสังคม

5) การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

6) การแนะนำในเรื่องการป้องกันอันตราย เพราะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง แนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

หลักการสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า คือ การได้รับการดูแลเรื่องสุขอนามัยให้ได้รับความสุขสบาย การดูแลเรื่องการได้รับยาตามแผนการรักษาที่มีความปลอดภัย ไม่ทุกข์ทรมาน ลดภาวะแทรกซ้อน จากการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ในการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวทุกขั้นตอน พยาบาลต้องใช้เทคนิคหลักการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไว้วางใจ มีการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ โดยต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นสำคัญแม้จะกำหนดแผนการพยาบาลไว้อย่างดีแล้ว พยาบาลต้องสังเกต ทบทวน และประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

1.5.5 การประเมินผลการพยาบาล เป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ดำเนินการไปแล้วว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด เมื่อพิจารณาการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อส่งเสริม สุขภาพจิต และ พัฒนาคุณภาพชีวิตพบว่าทุกวิธีการในการบำบัดโรคซึมเศร้า พยาบาลมีอิสระที่จะปฏิบัติบทบาทในการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Intervention) ตั้งแต่การบำบัดด้วยยา แม้พยาบาลจะไม่มีสิทธิตามกฎหมายในการสั่งการรักษาด้วยยาต้านเศร้า แต่บทบาทอิสระที่พยาบาลให้การบำบัดทางการพยาบาลได้ คือ การให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง เกิดความร่วมมือใน

การรับประทานยา และมีความรู้ความสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาได้ เมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผลที่ตามมา คือ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

1.5.6 ผลลัพธ์ที่คาดหวังการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำเป็นต้องมีผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจสังคม ดังต่อไปนี้

1) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

2) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัว และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

3) ผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ การรักษาที่ต่อเนื่องและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตอื่นๆ จะสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการดูแลที่ต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยไม่มีภาวะกลับเป็นซ้ำก็จะส่งผลต่อผู้ป่วยเองที่ไม่ต้องกลับมาอนในโรงพยาบาล ส่งผลดีต่อผู้ป่วยและญาติทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจต่อการให้บริการ

สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อจิตใจผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุดที่สำคัญ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าของตนลดน้อยลง ซึ่งทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องพยายามปรับตัวทางบวก คือ การสร้างความเข้มแข็งทางใจให้อยู่ในภาวะสมดุล เพื่อให้สามารถควบคุมสภาพปัญหา หรือภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วยและคงมีสุขภาพดี แต่ถ้าหากการปรับตัวนี้ไม่สมดุล โอกาสการเจ็บป่วยย่อมเกิดขึ้นได้เสมอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและขั้นตอนในลักษณะให้คำแนะนำให้การปรึกษา ประคับประคอง รวมถึงการฝึกทักษะ สามารถค้นหาปัญหาความต้องการวางแผนดูแลกิจกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนทราบและรู้จักใช้ทรัพยากรภายใน และภายนอกของคนที่มียู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อการพัฒนาทางพฤติกรรมความคิดในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างถูกต้องเหมาะสม การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้องค์ความรู้ และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – based Nursing Practice) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากองค์ความรู้ ผลการวิจัย ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับ

การปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางการพยาบาล สุขภาพจิต และจิตเวชได้เกิดการพัฒนาทักษะต่างๆ ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ (Advanced Practice Nurse : APN) (สภาการพยาบาล, 2551) ดังต่อไปนี้

1. สมรรถนะในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การประเมินผลการวินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาวิจัยได้ประเมินสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า นำข้อมูลด้านระบาดวิทยาสถิติของผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล และวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคซึมเศร้า ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนในการปฏิบัติการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการและปัญหาในผู้ป่วยแต่ละราย

2. สมรรถนะในการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะแก่ผู้ป่วย และญาติในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าและการฝึกการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีการเสริมพลังให้กับผู้ที่ฝึกการดูแลจากทีมพี่เลี้ยงเป็นระยะ ๆ

3. สมรรถนะเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วย และพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในระหว่างการดำเนินการ และเมื่อผู้ป่วยพบปัญหาที่ต้องการการช่วยเหลือหลังจากทำการศึกษาในระหว่างที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

4. สมรรถนะในการประสานงานกับโรงพยาบาลต่างๆ คือ ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คณะกรรมการด้านการวิจัย โดยชี้แจงความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน เพื่อประสานขอความร่วมมืออำนาจความสะดวกในการศึกษาวิจัย

5. สมรรถนะการเป็นผู้นำ โดยศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุให้ได้ประสิทธิภาพ คุ่มค่าใช้จ่าย ตลอดจนการลดและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในบุคคลที่มีแนวโน้มการป่วยหรือป่วยซ้ำด้วยโรคซึมเศร้า พัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง เผชิญปัญหา และการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งการปฏิบัติพยาบาลดังกล่าว ถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวช

6. สมรรถนะการนำผลงานวิจัยมาจากการศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาช่วยสนับสนุนการดูแล รักษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค และการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

7. สมรรถนะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงจากแนวคิดการดูแลรักษาแบบเดิมมาเป็นการใช้แนวคิดใหม่ เพื่อปรับให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

8. สมรรถนะการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการทำการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์

9. สมรรถนะการจัดการและประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

สรุปได้ว่า บทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คือ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของการพยาบาล คือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น และเกิดภาวะซึมเศร้ามลดลง ป้องกันการป่วยซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุมีความซับซ้อนของความรู้สึกกระบวนการคิด และพฤติกรรมแสดงออกทางอาการและอาการแสดงที่มีความแปรปรวน ในด้านอารมณ์ แรงจูงใจ และด้านร่างกาย โดยมีอาการซึมเศร้า หดหู่ มีลักษณะของการคิดที่บิดเบือน มีความคิดอัตโนมัติด้านลบ ต่อตนเอง ต่อโลก ต่ออนาคต รู้สึกว่า ตนเองไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวังแยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหารนอนไม่หลับ ซึ่งเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้ หรือความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งมีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 2 สัปดาห์

Kaplan & Sadock (1993) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า มีทั้งหมด 3 ด้าน กล่าวคือ ด้านแรก ภาวะซึมเศร้าเป็นคำอธิบายถึงความรู้สึกเศร้าเสียใจเมื่อบุคคลสูญเสียบางอย่างที่สำคัญต่อตนเอง ด้านที่สอง ในทางจิตเวชภาวะซึมเศร้าแสดงให้เห็นถึงความผิดปกติทางอารมณ์ จะมีความรู้สึกโศกเศร้าเสียใจไม่มีความสุข รู้สึกทุกข์ทรมานกับประสบการณ์ต่าง ๆ ด้านที่สาม ภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้เรียกอาการของโรค

สวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2545) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีหลายระดับ เริ่มตั้งแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง ต้องการหนีความลำบากด้วยการทำร้ายตนเอง

ธรณินทร์ กองสุข (2550) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างหนึ่งที่มีความรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดซ้ำ ก่อความสูญเสียอย่างมาก ทั้งต่อบุคคลและสังคม จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้อง

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2553) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า คือ การที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีมดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า แสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้มาก ปฏิเสธการมีส่วนร่วมทั้งสังคมและผู้อื่น อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2553) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ต่ำหนีดัวเอง

สายฝน เอกวารงกูร (2554) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นกลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม โดยอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในแต่ละด้านจะมีความเชื่อมโยงกัน และอาการจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความซับซ้อนของความ รู้สึกกระวนกระวาย การคิด และพฤติกรรมแสดงออกทางกลุ่มอาการและอาการแสดงที่มีความแปรปรวนเบี่ยงเบนไปในด้านอารมณ์ แรงจูงใจ และด้านร่างกาย โดยมีอาการซึมเศร้า หดหู่ มีลักษณะของการคิดที่บิดเบือน มีความคิดอัตโนมัติด้านลบ ต่อตนเอง ต่อโลก ต่ออนาคต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวังแยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ซึ่งเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้ มีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ มีโอกาสที่จะเกิดซ้ำ ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งต่อบุคคลและสังคม จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้อง

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่ามีแนวคิด The Stress-Diathesis Model (Ingram, 1998) ซึ่งเป็นแนวคิดที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงเชื่อมโยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเกิดจากปัจจัยชีววิทยา พัฒนาการและจิตสังคม ความเปราะบางที่แตกต่างกันของตัวบุคคล คือ ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อบุคคล ประกอบด้วย ด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า ระบบสารสื่อประสาทไม่สมดุล ด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความคิดบิดเบือน และด้านสังคมวิทยา ได้แก่ การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม การทำปฏิกิริยาต่อความเครียดที่เข้ามากระทบ ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การลด

บทบาททางสังคม และปัญหาเศรษฐกิจ ส่งผลให้เกิดภาวะผิดปกติทางจิต โดยเมื่อบุคคลมีความเครียดมากขึ้น จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

2.2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้

2.2.2.1 ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา (biological theories of depression) ได้แก่

1) ทฤษฎีชีวเคมี (biochemical theory) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง ซึ่งจากผลการศึกษาของผู้วิจัยหลายคน พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง โดยมีความเข้มข้นของสารสื่อประสาท คือ Acetylcholine Serotonin Dopamine Norepinephrine ลดลง ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการลดลงของสารสื่อประสาทโดยเฉพาะ Catecholamine ซึ่งมีบทบาทต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Ellis & Garber, 2000; Frisch, 2002; Varcarolis, 2002)

2) ทฤษฎีทางพันธุกรรม (genetic theory) คือ ลักษณะความบกพร่องทางพันธุกรรม โดยถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่งพบว่า ญาติในลำดับที่หนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสป่วยด้วยโรคนี้สูงกว่าคนทั่วไป 1.5 - 3 เท่าที่มีภาวะซึมเศร้านักพบประวัติความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในครอบครัวด้วย (Hughes, 1997)

3) ประสาทต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) แนวคิดนี้เชื่อว่าฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านต่อมไร้ท่อในภาวะซึมเศร้าโดยใช้วิธี DST (Dexamethasone Suppression Test) พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของระดับ Glucocorticoids ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Akiskal, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาโรค หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยมักพบว่ามีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Niti et al. (2007) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุเอเชีย พบว่ามีภาวะซึมเศรหาระดับสูงในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

2.2.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (psychological theories of depression) ได้แก่

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคับข้องใจที่ ego ไม่สามารถทำให้เกิดความสมดุลของ super ego ที่เป็นคุณธรรม เป็นความรับผิดชอบชั่วดี ของบุคคลที่ได้จากการอบรมสั่งสอนมาตั้งแต่เด็ก เมื่อไม่สามารถแสดงออกได้ตามความคาดหวังทำให้เกิดความรู้สึกผิด เกลียดตัวเองแล้วจะผันแปรเป็นความโกรธ ก้าวร้าว และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) วัยสูงอายุเป็น

ระยะเวลาที่บุคคลย้อนคิดถึงอดีต หากผู้สูงอายุนึกถึงอดีตทำให้ตนขมขื่น เขาจะรู้สึกทุกข์ร้อน ผิดหวัง ในชีวิต จะย้อนกลับไปตั้งต้นใหม่ก็ไม่ได้ จะแก้ไขความผิดพลาดเวลาก็เหลือน้อย ดังนั้น ผู้สูงอายุต้องทนอยู่กับความขมขื่น ผิดหวัง ซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

2) ทฤษฎีการเรียนรู้ความรู้สึกไร้ประโยชน์ (learned helplessness theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการรู้สึกท้อแท้หนทาง และจากการเรียนรู้หลายๆ ครั้งว่า การดิ้นรนไม่เกิดประโยชน์ จะทำให้เกิดบุคลิกลักษณะบางอย่างเกิดขึ้น เช่น จำยอม ไม่ขุ่นเคือง ไม่เป็นปรีชา ตำหนิตนเองอยู่เสมอ จากการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตในด้านลบมาก่อน หรืออาจเกิดจากการถูกล่วงโทษ การพ่ายแพ้ ล้มเหลว หรือการสูญเสีย ก่อให้เกิดการเรียนรู้ หรือยึดติด ในความคิดว่าไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ ไม่ว่าจะแก้ปัญหาในชีวิตอย่างไร ก็จะไม่เป็นผลสำเร็จทั้งสิ้น จะพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ความรู้สึกไร้ประโยชน์ หรือไม่มีพลังในตนเองจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ไม่ประสบผลสำเร็จในอดีต ซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Ellis & Garber, 2000; Frisch, 2002; Varcarolis, 2002)

3) ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (reduced positive reinforcement) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากผล การลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่มีตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่น การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) ความรู้สึกผิด (guilt) และการมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวได้ และเหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบในชีวิตยิ่งทำให้บุคคลลดการเสริมแรงตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลลดการตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) และมุ่งเน้นที่ตนเอง (focus on the self) เพิ่มการจับผิดตนเอง (self-criticism) มากขึ้นและคาดหวังอนาคตในทางลบ (negative expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ (dysphoria) และบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Ellis & Garber, 2000)

4) ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต (life events and stress theory) พบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะเกิดจากเหตุการณ์สะเทือนใจต่าง ๆ ในชีวิต เช่น การสูญเสียชนิดต่างๆ การพลัดพรากจากกัน ความไม่สมหวัง การเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด และความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก นอกจากนี้ยังเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลงทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติในทางลบและแยกตัว (Ellis & Garber, 2000) จากการศึกษาผู้สูงอายุซึ่งมีการสูญเสียชีวิตของคู่ครองจำนวน 120 คน พบว่า อาการซึมเศร้ามี่ความรุนแรงสูงสุดภายในเวลา 2 - 3 เดือนแรกของการสูญเสีย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

5) ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) โดย (Beck, 1967; Beck, 1979) ได้กล่าวถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ คือ การประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต และการมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ การที่ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง ทำให้มีโรคประจำตัว หรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคอัมพาต หรือข้ออักเสบอย่างรุนแรง การสูญเสียการมองเห็น การสูญเสียการได้ยิน นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการสูญเสียสิ่งสำคัญในชีวิต เช่น สูญเสียบุคคลที่รัก ญาติหรือคนใกล้ชิด จากการศึกษาผู้สูงอายุซึ่งมีการสูญเสียชีวิตของคู่ครอง จำนวน 120 คน พบว่า อาการซึมเศร้ามีความรุนแรงสูงสุดภายในเวลา 2 - 3 เดือนแรก

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน (Blazer & Hybels, 2005)

2.3.1.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา (Biological risk) ได้แก่

1) พันธุกรรม (Hereditary) พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า จากการศึกษาผู้สูงอายุในสแกนดิเนเวีย สนับสนุนว่าพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า โดยร้อยละ 16 ผู้สูงอายุฝาแฝดในสวีเดนพบระดับความซึมเศร้า (Blazer & Hybels, 2005) และการมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าก็มีความเกี่ยวข้องโดยผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 67 เคยมีประวัติซึมเศร้ามามาก่อน (Musetti et al., 1989)

2) เพศ (Gender) เพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชายถึง 2 - 3 เท่า โดยพบว่าเพศหญิงมีร้อยละ 13.6 เพศชายร้อยละ 7.6 (Buschmannet, 1995)

3) ความผิดปกติของระบบประสาท (Underactivity of serotonergic neurotransmission) เช่น สารสื่อประสาท serotonin (Blazer & Hybels, 2005) เป็นสารเคมีในสมองที่มีความสำคัญที่สุดและมีผลต่ออารมณ์ โดยสารซีโรโทนินจะลดลง 70% ในวัยกลางคน และในวัยสูงอายุพบว่าจะมีการลดการจับตัวกันระหว่างสาร serotonin กับตัวรับสาร serotonin และผลที่ตามมาเมื่อขาดสาร serotonin คือ จะทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ รู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย (บุญยภาพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

2.3.1.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา (Psychological risk) ได้แก่

1) ความผิดปกติของบุคลิกภาพ (Personality disorder) บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยเป็นปัจจัยให้ก่ออารมณ์เศร้า เช่น บุคลิกภาพผิดปกติย้ำคิดย้ำทำ บุคลิกผิดปกติชนิดพั้งพั้ง Borderline (ธรรณิษฐ์ กองสุข, 2550) ในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ พบว่ามีประสบการณ์หรือการเกิดอาการซึมเศร้าได้สูงเป็น 4 เท่าของผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพปกติ

(Blazer & Hybels, 2005) หรือผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ เช่น มีอาการทางประสาท เป็นระยะเวลาไม่นานๆ จะมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้มากกว่า ถึงแม้ไม่ได้เผชิญกับเหตุการณ์ร้ายในชีวิต โดยบุคลิกภาพของแต่ละคนจะสะท้อนให้เห็นว่าแต่ละคนมีลักษณะนิสัย การตัดสินใจ อารมณ์ และความพอใจเป็นอย่างไรในช่วงชีวิตที่ผ่านมา

2) Neuroticism บุคลิกภาพแบบอ่อนไหว ผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวในระดับต่าง ๆ จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวระดับสูงๆ (Olderhinkel et al., 2001)

3) มีความผิดปกติด้านการคิด (Cognitive distortions) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดผิดปกติบิดเบือนไปจากความเป็นจริงมากกว่าปกติ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Blazer & Hybels, 2005) และมักมีความคิดแปลความผิดไปจากความเป็นจริง มองตนเองในแง่ลบ มองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

2.3.1.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม (Social risk) ได้แก่

1) ภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสีย (Bereavement) เป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกโศกเศร้าจากการสูญเสีย โดยเฉพาะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือการพลัดพรากจากบุคคลหรือสิ่งของต่างๆ รวมถึงการสูญเสียอาชีพการงาน อาจเนื่องมาจากการลาออกหรือเกษียณอายุ ทำให้ขาดรายได้ในการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว ขาดการยอมรับในสังคม โดยเฉพาะในช่วงสองเดือนแรกหลังการสูญเสีย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2558)

2) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ (Socio - economic disadvantage) ทำให้เกิดความขาดแคลนสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต เนื่องจากรายได้ไม่แน่นอน หาเงินไม่พอใช้จ่าย ความยากจนทำให้อยู่ในบ้านที่ไม่น่าอยู่ อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี สุขภาวะไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย เกิดความเครียด จนส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่มีหนทาง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ธรมินทร์ กองสุข, 2550)

3) การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (Impaired social support) แรงสนับสนุนจากสังคมรอบตัวผู้ป่วย นับเป็นปัจจัยสำคัญในการต่อต้านอาการที่นำสู่สาเหตุของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว รวมทั้งครอบครัวมีปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว มักมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ (บุญยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

2.3.2 ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful life events) เหตุการณ์ความเครียดชีวิต หมายถึง เหตุการณ์ในชีวิต หรือการสะสมประสบการณ์ชีวิต ความทุกข์โศก ซึ่งหากเพิ่มมากขึ้นจะเกิดความเสี่ยงต่อโรคทางจิต (Rahe, 1979) โดยเหตุการณ์ความเครียด จะเป็นสภาวะที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระตุ้น ก่อให้เกิดความเครียด โดยเกิดการจากการสูญเสีย เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การแยกจาก การย้ายถิ่นที่อยู่ การสูญเสียบทบาททางสังคม สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสูญเสียพลังอำนาจในการคิดตัดสินใจ และการยึดติดจากสิ่งที่มีมาแต่ก่อน เช่น

หน้าที่การงาน รายได้ที่เคยมี ทำให้คุณค่าของตนเองลดลง ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา อีกทั้งเหตุการณ์ความเครียดยังเกิดได้จากภัยธรรมชาติ สงคราม ปัญหาอาชญากรรม การย้ายที่อยู่ (Schwarzer, 2001) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า stressful life events คือ การสูญเสียสัมพันธภาพ รวมทั้งภาวะโศกเศร้า การพลัดพรากจากสิ่งที่รัก การคุกคาม นำมาสู่การสูญเสียคุณค่าในตนเอง (Brown, Harris, & Hepworth, 1995; Hammen, 2005)

2.3.3 ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ช่วยสนับสนุนให้มีศักยภาพในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย

2.3.3.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self - esteem) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา ขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะ บทบาททางสังคม และเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบในชีวิตประจำวัน (Mesehender, 1985) พบว่า หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้ (Blazer & Hybels, 2005; Orth & Robins, 2013)

2.3.3.2 ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นการรับรู้ความเจ็บป่วยและปรับตัวหลังเหตุการณ์วิกฤต หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก เป็นคุณสมบัติที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหา และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Maneerat et al., 2011 : Stewart & Yuen, 2011 ; กรมสุขภาพจิต, 2552) รวมถึงการคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเผชิญต่อภาวะตึงเครียด โดยพบว่าหากมีความเข้มแข็งทางใจจะช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ (Burns & Anstey, 2010)

2.3.3.3 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม ในเรื่องการให้ความรู้ คำแนะนำ เรื่องสุขภาพ ข่าวสารต่าง ๆ ในชมรมหรือชุมชน รวมถึงการให้ความช่วยเหลือเรื่องการเงิน เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม พบว่าหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะสามารถป้องกันภาวะเครียดได้ โดยจะส่งผลกระทบต่อเพียงเล็กน้อย หรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าต่อไป (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Talsma, 1995 ; Lu et al., 2016)

2.3.3.4 ความสามารถในการทำหน้าที่ (Function ability) พบว่าหากผู้สูงอายุยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จะเกิดความรู้สึกภูมิใจช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Hardy, Concato, & Gill, 2004) และพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวที่ช้า พุดช้า และมีปัญหาในการตัดสินใจ หากปล่อยให้มีการ

ซึมเศร้าเป็นระยะเวลาสั้น จะส่งผลต่อภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นได้ (Lockwood, Alexopoulos, & van Gorp, 2002)

2.3.3.5 ความเชื่อทางศาสนา (Religious belief) เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุใช้ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ หากมีน้อยจะส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรมทางลบ ซึ่งสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้าของโรคซึมเศร้าได้ (Richardson et al., 2012) พบว่า บุคคลที่มีความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสม่ำเสมอช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง ส่งเสริมการคิดด้านบวกมากขึ้น (Melartin et al., 2004)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ปัจจัยสำคัญ คือ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และปัจจัยปกป้อง กล่าวคือ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา ได้แก่ พันธุกรรม เพศ ความผิดปกติของระบบประสาท ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความผิดปกติของบุคลิกภาพ บุคลิกภาพแบบอ่อนไหว และการมีความผิดปกติด้านความคิด ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ได้แก่ การสูญเสีย ปัญหาเศรษฐกิจ และปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา

2.4 อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

อาการของภาวะซึมเศร้าที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้า คือ อาการเจ็บป่วยทางกายเพิ่มขึ้น แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ และอาการของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง ซึ่งรบกวนการรู้คิดของผู้สูงอายุ คือ อาการหลงลืมและการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ที่คล้ายกับโรคสมองเสื่อม (Frisch, 2002) ได้มีการพิจารณาจากอาการและอาการแสดงตามระดับความรุนแรงที่แสดงถึงความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ และความแปรปรวนด้านร่างกาย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Beck, 1979)

2.4.1 ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป

2.4.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจผู้อื่นลดลง

2.4.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคม หรือต้องการที่จะตาย

2.4.4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อย น้ำหนักลด

สรุปได้ว่า อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าจะแสดงออก โดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ และความแปรปรวนด้านร่างกาย

โดยอาการของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต หากปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการรักษา อาจมีภาวะสมองเสื่อม

2.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้น ได้มีการศึกษา สร้าง และพัฒนาเครื่องมือ จากอาการและอาการแสดงได้ 2 ประเภท คือ การประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (interviewer และ observer rated scale) และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self - report) ในที่นี้ กล่าวถึงเฉพาะแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ซึ่งนิยมนำมาใช้ อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูล และสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้ สรุปได้ดังนี้

2.5.1 Zung Self - Rating Depression Scale (Zung SDS) พัฒนาโดย Zung (1965) แบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะเมื่อทดสอบประสิทธิภาพของยา เน้นการประเมินความสมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุม การทำงานของร่างกาย และด้านจิตใจ ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม แบบประเมินนี้ ได้มีการตรวจสอบคุณภาพโดยหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีเทคนิคการแบ่งครึ่ง (split - half) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 และประเมินในชุมชนจำนวน 1,173 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79 แบบประเมินนี้มีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Ham - D) เท่ากับ 0.68 ถึง 0.76 และมีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale (MMPI - D) เท่ากับ 0.65

2.5.2 Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck (1961) เป็นแบบประเมิน คัดกรองและติดตามภาวะซึมเศร้าที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก สร้างครั้งแรกโดย Beck (1961) ซึ่ง แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย เขาวนิ ล่องชูผล (2547) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .86 แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าและอธิบายถึงสาเหตุของโรคซึมเศร้า ใช้กับบุคคลที่อายุ 13 - 80 ปี สร้าง บนพื้นฐานทฤษฎีปัญญานิยมประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนของคำตอบแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวมทั้ง 0 - 63 คะแนน เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็น อาการทางกาย 6 ข้อ โดยแปรผลเป็น 5 ระดับ คือ ปกติหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 9 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (10 - 15 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (16 - 19 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (20 - 29 คะแนน) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (30 - 63 คะแนน) แบบประเมินนี้ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยศึกษา 9 ครั้งในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 63 - 248 คน ได้ค่า

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และศึกษา 9 ครั้งในกลุ่มนักเรียน จำนวน 91 - 568 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.82 - 0.92 และตรวจสอบความตรงในผู้ป่วยจิตเวช มีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Ham - D) เท่ากับ 0.61 ถึง 0.83 :ซึ่ง วัชรวิ แสงสาย (2556) ได้นำแบบประเมินนี้ตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .89 ซึ่งแบบประเมินนี้ใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นิยมใช้ในการพัฒนางานบริการและงานศึกษาวิจัยมาก แต่มีข้อจำกัดที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของบุคคลในช่วงอายุที่แตกต่างกันมาก

2.5.3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) มีชื่อย่อว่า TGDS พัฒนาขึ้นในปี 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศได้ประชุมร่วมกัน เพื่อพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุขึ้นมาจาก Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage et al. (1983) เป็นแบบวัดที่สะดวกเข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้นมีความตรงสูง เหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทยเป็นอย่างดี และเหมาะสำหรับใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไป สถานพำนักระยะยาว หรือหอผู้ป่วยใน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ซึ่งคำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

2.5.4 The Center for Epidemiological Studies-Depression scale (CES - D) ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนจำนวน 20 ข้อ ไม่เหมาะสมกับผู้ที่มีปัญหาการมองเห็นหรือความบกพร่องด้าน cognition คะแนนเต็ม 60 หากได้คะแนน 16 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และ 23 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกว่าภาวะซึมเศร้านี้มีความสำคัญทางคลินิก ฉบับภาษาไทยมีความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำร้อยละ 82 แต่ยังไม่มียารายงานคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินนี้ในผู้สูงอายุไทย

2.5.5 Hamilton Rating Scale for Depression (Ham - D) เป็นแบบทดสอบแบบกึ่งโครงสร้าง โดยผู้สัมภาษณ์ซึ่งได้รับการฝึกอบรมการใช้เครื่องมืออย่างชำนาญในการสัมภาษณ์อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ที่นิยมใช้กันแพร่หลายจะมีฉบับ 21 และ 17 ข้อ โดยฉบับ 17 ข้อเป็นแบบฉบับที่มีการอ้างอิงการใช้งานวิจัยมากที่สุด แต่ละข้อจะมีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการ ซึ่งให้คะแนนตามความรุนแรงของอาการ 0 - 2 คะแนน และ 0 - 4 คะแนน ใช้เวลาประเมินทั้งสิ้นประมาณ 20 - 30 นาที แบบทดสอบนี้ไม่นิยมใช้เฉพาะกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้สำหรับผู้สูงอายุชาวไทยสามารถเลือกใช้ฉบับที่พัฒนาเป็นภาษาไทย ซึ่งมีการพัฒนาเป็นฉบับสั้นลง คือ แบบ 7 ข้อ พบว่า สะดวก และใช้เวลาสั้น (สุวรรณภา อรุณพงศ์ไพศาล, 2558)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1961) ปรับปรุงโดยวัชรวิทย์ แสงสาย (2556) เนื่องจากมีความเหมาะสมด้านข้อคำถามที่ชัดเจน สามารถประเมินระดับภาวะซึมเศร้าและระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า โดยเน้นการประเมินด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม จุดเด่นของแบบประเมิน คือ จำนวนข้อไม่มากใช้เวลา 15 – 20 นาที และพบว่าส่วนใหญ่ใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตั้งแต่ 13 – 80 ปี ซึ่งมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับงานวิจัย

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ

3.1 ความหมายแนวคิดและแนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ

จากการศึกษาเอกสารวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า การให้ความหมาย Resilience มีความหลากหลาย ส่วนในประเทศไทยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้บัญญัติศัพท์ในภาษาไทยโดยใช้คำว่า “พลังสุขภาพจิต” แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยัง พบว่ามีการใช้คำที่แตกต่างกัน ได้แก่ “ความยืดหยุ่นทนทาน” (เพ็ญประภา ปริญญาพล, 2546) “ความสามารถในการเผชิญวิกฤต” (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2550) “ความแข็งแกร่งในชีวิต” (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558)

Wagnild & Young (1993) ให้นิยามของ Resilience กล่าวคือ เป็นบุคลิกลักษณะในทางบวกที่ช่วยให้บุคคลปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยความสามารถของบุคคล (personal competence) และ การยอมรับตนเองและชีวิต (acceptance of self and life) ในการปรับตัวฟื้นกลับสภาพจิตใจจากประสบการณ์ในชีวิตที่เกิดความสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างสำเร็จ

Grotberg (1995 , 2003) ได้ให้ความหมายว่าเป็น ความสามารถ หรือศักยภาพที่เป็นสากลของบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่ใช้ในการป้องกัน ลดความรุนแรงและผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ที่ยากลำบาก หรือ สถานการณ์ที่เลวร้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความสามารถนี้บุคคลจะต้องได้รับการเสริมสร้างให้รู้สึกว่าตนเองมีพร้อมใน 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) สิ่งที่คุณเป็น (I am) 2) สิ่งที่คุณมี (I have) และ 3) สิ่งที่คุณทำได้ (I can) เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือวิกฤตในชีวิต บุคคลก็จะดึงองค์ประกอบเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการเรียนรู้ ซึ่งพื้นฐานของความเข้มแข็ง หรือ ศักยภาพดังกล่าวนี้ควรจะต้องได้รับการส่งเสริม และปลูกฝังให้เกิดขึ้น ตั้งแต่ยังอยู่ในวัยเด็ก และสามารถพัฒนาได้ทุกช่วงวัย

Dyer & Mc Guinness (1996) ให้ความหมายว่า Resilience เป็นกระบวนการความสามารถของคนที่จะฟื้นกลับหลังจากเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือเรื่องเลวร้ายให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ โดยเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง (a dynamic process) ที่ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากปัจจัย

ปกป้อง (protective factors) ซึ่งปัจจัยปกป้องนี้เป็นสมรรถนะเฉพาะที่จำเป็นในกระบวนการเกิดความแข็งแรงในชีวิต อันประกอบด้วยสมรรถนะของบุคคลระหว่างบุคคล ครอบครัว

Connor & Davidson (2003) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการความสามารถส่วนบุคคลในการทนต่อความเครียดและการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้

เพ็ญประภา ปริญญาพล (2546) ใช้คำว่า “ความยืดหยุ่นทนทาน” หมายถึงความสามารถของบุคคลที่จะผ่านประสบการณ์ลบในชีวิตหรือจัดการกับภาวะความยากลำบาก

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (2550) ใช้คำว่า “ความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤต” หมายถึง ความสามารถในการจัดการปัญหา หรือวิกฤตในชีวิต ให้สามารถฟื้นตัวและกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลารวดเร็ว เกิดการเรียนรู้และเติบโตจากการเผชิญหน้ากับปัญหาและวิกฤตนั้น ๆ

สมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychological Association, 2014) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์คุกคาม ความทุกข์ยาก การบาดเจ็บทางใจ ความเศร้าโศก หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่าง ๆ ในชีวิต เช่น ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ปัญหาสุขภาพการเจ็บป่วย ปัญหาจากที่ทำงาน ปัญหาทางการเงิน เป็นต้น ซึ่งสามารถฟื้นตัวกลับมาจากสถานการณ์ที่ยากลำบากเหล่านั้นได้

กรมสุขภาพจิต (2552) กล่าวถึง resilience โดยใช้คำว่า พลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัว และฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ หลังจากเจอสถานการณ์วิกฤตหรือเหตุการณ์ที่ลำบากในชีวิต อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลผ่านพ้นไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2558) ใช้คำว่า ความแข็งแรงในชีวิต หมายถึงความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสถานการณ์อันเลวร้ายในชีวิต (adversity in life) หรือ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (stressful life events) พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัว และนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้น จากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเติบโตขึ้นและเข้าใจมากขึ้น

จากการให้ความหมายของนักวิชาการในข้างต้น โดยสรุปความเข้มแข็งทางใจ หมายถึง ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลที่จะป้องกันการสูญเสีย ลดความรุนแรงในภาวะบีบคั้นที่ต้องเผชิญและผ่านพ้นไปได้ด้วยดี สามารถพัฒนาขึ้นมาได้ไม่ว่าอยู่ในวัยใดก็ตาม เป็นการช่วยให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถหาวิธีในการแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้กระบวนการที่สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำ Resilience ว่า “ความเข้มแข็งทางใจ” เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าควรมีความเข้มแข็งที่จะต้องยับยั้งเผชิญต่อสู้กับ

โรคที่เป็นอย่างเข้มแข็งและแข็งแกร่ง เพื่อสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข ความเข้มแข็งทางใจเป็นกระบวนการความสามารถของบุคคลในการปรับตัวเผชิญกับโรคเรื้อรังในที่นี่คือ โรคซึมเศร้าให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งทางใจ

ในการศึกษาคั้งนี้ ปัจจัยหรือสิ่งเร้าที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.2.1 เพศ หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งแสดงถึงความเป็นหญิงหรือชาย ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จากการศึกษา พบว่า เพศชายมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ (Hardy et al., 2004)

3.2.2 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าดำรงอยู่ในปัจจุบันแบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ สถานภาพคู่ โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ จากการศึกษาของ Simi (2000) สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเอง เพราะคู่สมรสจะเป็นผู้ช่วยเหลือให้กำลังใจ เป็นเพื่อนคอยกระตุ้นให้ดูแลตนเองมากขึ้น โดยสถานภาพมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ

3.2.3 การเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยหรือการที่บุคคลมีโรคประจำตัวที่เป็นมาต่อเนื่องติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น การมีโรคเรื้อรังหรือสุขภาพไม่ดีส่งผลทำให้มีความเข้มแข็งทางใจลดลง (Nygren et al., 2005)

3.2.4 รายได้ครอบครัวต่อเดือน หมายถึง จำนวนเงินหรือรายได้ที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และบุคคลในครอบครัวได้รับเป็นประจำทุกเดือน รายได้เป็นตัวบ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินชีวิตในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองให้มีความสุข และสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคล รายได้ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น (Hardy et al., 2004)

3.2.5 ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้แก่ความสามารถในการแต่งตัว การเคลื่อนไหว การเดินทาง การทำกิจกรรมภายในบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต

3.2.6 ความสามารถในการรู้คิด เป็นความสามารถในการรับรู้ จดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและสมาธิเหล่านี้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ (Hardy et al., 2004) และใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini - Mental State Examination - Thai version 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542) โดยพัฒนาจาก MMSE ของ Folstein และคณะ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผลขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาใช้จุดตัดที่ค่าคะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน ผู้ที่มีการศึกษาระดับ

ประณศีกษาลงมาใช้จุดตัดที่ค่าคะแนนต่ำกว่า 18 คะแนน และผู้ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ให้ใช้จุดตัดที่ค่าคะแนน 14 คะแนนจากคะแนนเต็ม 23 คะแนน แสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อม มีค่า test-retest reliability อยู่ที่ 0.69 ค่า internal consistency อยู่ระหว่าง 0.39 ถึง 0.79 ควรใช้แบบประเมิน TMSE หรือ MMSE Thai 2002 เพื่อประเมินอาการตั้งแต่เริ่มแรกที่วินิจฉัยโรคซึมเศร้า และติดตามคะแนนไปเป็นระยะจนกว่าจะหายจากอาการซึมเศร้า ซึ่งหากคะแนนรวมยังต่ำอยู่อาจมีความหมายว่าผู้ป่วยมีทั้งภาวะสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยเลือกใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini - Mental State Examination - Thai version 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542) ในการประเมินด้านความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มประชากรเนื่องจากสามารถช่วยแยกผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมออก

3.2.7 ความสิ้นหวัง เป็นภาวะอารมณ์เชิงลบของบุคคลก่อให้เกิดความเครียด ความสิ้นหวังมีความสำคัญในการทำนายภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ความสิ้นหวังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้นและนำมาซึ่งการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาของ Gooding (2012) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางลบความเข้มแข็งทางใจ

3.2.8 การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิดคนในครอบครัว เครือข่ายทางสังคม เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข โดยให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ เช่น การมีครอบครัวที่อบอุ่น มีเพื่อนที่ดี เปรียบเสมือนปัจจัยปกป้องที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ (Talsma, 1995)

3.3 การประเมินความเข้มแข็งทางใจ

3.3.1 แบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย ของ Maneerat et al. (2011) พัฒนาโดย Maneerat et al. (2011) ซึ่งได้นำแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg (1995) มาสร้างเป็นแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทยโดยยึดองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ที่พัฒนาโดย Grotberg (1995) คือ 1) สิ่งที่เป็น (I am) 2) สิ่งที่มี (I have) และ 3) สิ่งที่ทำได้ (I can) ซึ่งประกอบด้วย 18 องค์ประกอบ และนำไปสร้างแบบสอบถามและทดสอบกับผู้สูงอายุซึ่งผ่านการวิเคราะห์ให้มีความสอดคล้องกับผู้สูงอายุไทย พบว่าแบบประเมินพลังสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ มี 5 มิติ ดังที่กล่าวมาข้างต้น โดยมีการให้คะแนนเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert's

scale) มีระดับคะแนน 1 – 4 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง บุคคลนั้นมีพลังสุขภาพจิตสูงในการก้าวผ่านชีวิตที่มีความยากลำบาก ให้กลับมาสู่ภาวะปกติหรือสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับโดยเริ่มตั้งแต่ไม่เห็นด้วย จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด

3.3.2 Connor - Davidson Resilience Scale (CD - RISC) ของ Connor & Davidson (2003) เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อคำถาม มาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ (0 – 4) ค่าคะแนนที่สูงแสดงว่ามีความเข้มแข็งทางใจสูง เครื่องมือได้รับการทดสอบทั้งความตรง ความเที่ยง และโครงสร้าง มีคุณสมบัติของเครื่องมือที่เหมาะสม สามารถแยกกลุ่มที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงและต่ำออกจากกันได้ โดยถูกออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช กลุ่มตัวอย่างทางคลินิกและการวัดการตอบสนองต่อการรักษาทางเภสัชวิทยา และยังสามารถสะท้อนให้เห็นถึงหลายแง่มุมของความเข้มแข็งทางใจที่มีผลต่อความอดทนของเชิงลบ ได้รับการยอมรับในเชิงบวกของการเปลี่ยนแปลง นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัย เช่น Campbell - sill et al. (2006) โดยในงานวิจัยเหล่านี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ถึงวัยสูงอายุ เครื่องมือมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient .89 และค่าความเที่ยง .87

3.3.3 Resilience Scale (RS) ของ Wagnild & Young (1993) เป็นแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจมีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อคำถาม มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient .91 และค่าความเที่ยง .67 - .84 เป็นแบบประเมินค่า 7 ระดับ (1 – 7) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถส่วนบุคคล (Personal Competence) และ 2) การยอมรับชีวิตและยอมรับตนเอง (Acceptance of Self and Life) เป็นการวัดโครงสร้างของความเข้มแข็งทางใจ เครื่องมือมีความตรงและความเที่ยงภายในที่เหมาะสมโดยถูกออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 53 – 95 ปี มีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย และเป็นการประเมินคุณลักษณะเท่านั้นไม่ครอบคลุมความเข้มแข็งทางใจ

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของ Maneerat et al. (2011) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความครอบคลุมในการศึกษาความเข้มแข็งทางใจของคนไทย ที่เป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่ง Maneerat et al. (2011) ได้นำแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg (1995) มาสร้างเป็นแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทยโดยยึดองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือ 1) สิ่งที่ตนเป็น (I am) 2) สิ่งที่ตนมี (I have) และ 3) สิ่งที่ตนทำได้ (I can) ซึ่งประกอบด้วย 18 องค์ประกอบ และนำไปสร้างแบบสอบถามและทดสอบกับผู้สูงอายุซึ่งผ่านการวิเคราะห์ให้มีความสอดคล้อง เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือของ Maneerat et al. (2011) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

4. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation) มีผู้ให้ความหมายไว้หลายมุมมองซึ่งในความหมายที่ได้อธิบายในการศึกษาครั้งนี้ เป็นความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สรุปได้ดังนี้

Levesque, Ducharme, & Lachance (1999) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family caregiving) คือ การที่สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วย ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

Specht & others (2000) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family involvement in care) คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยขณะที่เจ็บป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

Lee & Craft-Rosenberg (2002) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation) คือ การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งครอบคลุมทั้งการดูแลทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยเน้นความร่วมมือกับระหว่างสมาชิกในครอบครัวและพยาบาล

Friedman (2003) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family involvement in care) คือ การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบ กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง หรือมีส่วนร่วมในการสอนให้สมาชิกในครอบครัวมีการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

Sebern (2005) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared care) คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีส่วนร่วมในด้านการสื่อสารข้อมูลการเจ็บป่วย การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล

ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์ (2554) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมการดูแลในครอบครัว คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยใช้ศักยภาพของครอบครัวที่มีอยู่และความสัมพันธ์อันดีของครอบครัว รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2556) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัว คือ การช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน มุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว ให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดี ทั้งร่างกายและจิตใจ

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมเข้าร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่ง มีกระบวนการในการสื่อสารข้อมูลภาวะสุขภาพ การตัดสินใจ และการกระทำในการดูแลร่วมกับพยาบาลทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและในชุมชน

4.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว

แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นความร่วมมือกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและพยาบาลในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย โดยครอบคลุมถึงการดูแลที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้านผู้ป่วยเอง (Lee & Craft-Rosenberg, 2002) ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยย่อยที่สุดในสังคม มีผู้ให้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวไว้หลายมุมมอง ซึ่งในแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว สรุปได้ดังนี้

4.2.1 แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) ได้กล่าวถึงบทบาทของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว (Friedman, 2003 อ้างถึงใน พิมพ์ชนก เทศเขียว, 2558) สรุปได้ดังนี้

1) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของสมาชิก (Health Promotion and Illness Prevention) คือ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน การปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งกันภายในครอบครัว แต่การปรับเปลี่ยนของครอบครัวที่เกิดขึ้นทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

2) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลระยะที่มีอาการเกิดขึ้น (Symptom Experience Stage) ครอบครัวจะมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ให้ความหมายของอาการในลักษณะความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ปัจจัยที่สำคัญของการเกิดอาการและความตระหนักหรือความเอาใจใส่ต่อการดูแลเมื่อมีอาการแสดงเกิดขึ้น รวมทั้งการป้องกันจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้ช่วยกันตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้นนั้น ๆ

3) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล (Care – seeking Stage) สามารถตัดสินใจว่าเมื่อใดที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าควรได้รับการรักษาที่ใด (บ้าน คลินิก หรือโรงพยาบาล)

4) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Medical Contact Stage) ทำหน้าที่เป็นหน่วยปฐมพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเบื้องต้น เพื่อส่งต่อให้ระบบปฐมภูมิทำหน้าที่ส่งต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อหน่วยบริการรักษาพยาบาลต่อไป

5) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา (Dependence Patient Stage) สามารถชี้ให้เห็นบทบาทของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Patient role) ว่าควรจะปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากน้อย ระดับไหน และพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Patient role behaviors) สามารถบอกได้ว่าอาการดีขึ้นเมื่อไร ซึ่งช่วงเวลาที่ครอบครัวตั้งแต่นั้น

ไม่คาดหวังว่าจะต้องหายขาดจากความเจ็บป่วยได้เร็วในระยะเวลาอันสั้น จนถึงความหวังว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะฟื้นหายเป็นปกติโดยเร็ว

6) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว (Rehabilitation Stage) ครอบครัวจะช่วยสนับสนุนหรือฟื้นฟูผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หรือฟื้นฟูสมาชิกที่ได้รับผลกระทบให้หายเจ็บป่วย

4.2.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Sebern (2005) โดยแนวคิดนี้มีความเชื่อว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Sebern (2005) มีความสอดคล้องในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวในการดูแลภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และมีองค์ประกอบที่สามารถบูรณาการให้เกิดการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมได้อย่างเหมาะสม แนวคิดหลักประกอบด้วย 3 ด้าน (Sebern, 2005; ชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์, 2556) ดังนี้

1) การสื่อสาร (Communication) ได้แก่ การสื่อสารในเรื่องของอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วย ความรู้สึกของผู้ป่วย คำแนะนำ และข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การเจ็บป่วย โดยสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการทำความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในสถานการณ์ต่างๆ ร่วมกับผู้ป่วย

2) การตัดสินใจ (Decision - making) ผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า คือ พยาบาล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยพยาบาลจะต้องร่วมกับสมาชิกในครอบครัวในการค้นหาข้อมูลของผู้สูงอายุ และร่วมกันตัดสินใจในการดูแล

3) การกระทำร่วมกัน (Reciprocity) การกระทำร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ การรับฟัง และการเป็นหุ้นส่วนกันในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

สรุปการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของ Sebern (2005) เนื่องจากมีความครอบคลุม ชัดเจน เหมาะสมกับการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้มีประสิทธิภาพในปัจจุบัน ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในการดูแลตามแนวคิดของ Sebern (2005) คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3 ด้าน ประกอบไปด้วย 1) การสื่อสาร (Communication) โดยสมาชิกครอบครัวมีบทบาทในการทำความเข้าใจ มีส่วนร่วมในสถานการณ์ต่าง ๆ ร่วมกับผู้ป่วย 2) การตัดสินใจ (Decision - making) คือ พยาบาล ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วม ในการค้นหาข้อมูลของผู้สูงอายุ และร่วมกันตัดสินใจการดูแล

3) การกระทำร่วมกัน (Reciprocity) การกระทำร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ การรับฟัง และการเป็นหุ้นส่วนกันในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ คือ พยาบาล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว กล่าวคือ ต้องมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ร่วมกัน เพื่อส่งผลถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าสูงสุด

4.3 บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว

พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ต้องดูแลบุคคลทั้งในภาวะสุขภาพปกติ และเจ็บป่วย พยาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่บุคคลในครอบครัวมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพให้ปลอดภัยและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งโดยพยาบาลมีบทบาทส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2554)

4.3.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว มีดังนี้

4.3.1.1 การสร้างความมีส่วนร่วมของครอบครัว ในเรื่องการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

4.3.1.2 การพัฒนาบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ในการสร้างสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวให้ดี โดยสมาชิกในครอบครัวทุกคนมีบทบาทในการร่วมสร้างสุขภาพ รวมทั้งมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยพยาบาลต้องมีการเตรียมบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวให้มีความพร้อมก่อนกลับไปอยู่ที่บ้านในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย

4.3.2 ด้านการป้องกันความเจ็บป่วย และการเกิดโรค ดังนี้

4.3.2.1 การดูแลครอบครัวที่อยู่ในภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ กาย จิตสังคม ความเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดจากความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เช่น ครอบครัวที่มีบุตรปัญญาอ่อน พิการ หรือครอบครัวมีผู้ป่วยทางจิต เป็นต้น

4.3.2.2 การป้องกันการเกิดโรค โดยวิธีให้ภูมิคุ้มกัน ทั้งวัยเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล รวมถึงการดูแลสมาชิกในครอบครัวตามระยะพัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และการป้องกันความพิการ และการเกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง เมื่อผู้ป่วยต้องไปดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หัวใจ หอบหืด หรือโรคทางกระดูก เป็นต้น

4.3.3 ด้านการรักษาความเจ็บป่วยและโรคต่างๆ ดังนี้

4.3.3.1 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่โรงพยาบาล มีหลายกิจกรรมที่ครอบครัวสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ โดยพยาบาลต้องจัดสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างเหมาะสม และเอื้อต่อการแสดงบทบาทของครอบครัว ได้แก่ การจัดเวลาเยี่ยม และการวางแผนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning) โดยเป็นการวางแผนให้ญาติมีบทบาทในการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

4.3.3.2 บทบาทของพยาบาลสำหรับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) โดยบทบาทที่พยาบาลต้องปฏิบัติ มีดังนี้

- 1) บทบาทด้านการสอน และให้ข้อมูล (Health teaching)
- 2) บทบาทด้านการให้คำปรึกษา (Health counseling)
- 3) บทบาทด้านการดูแลโดยตรง (Health care providing)
- 4) บทบาทด้านการสนับสนุนส่งเสริม (Supportive)

สรุปได้ว่า บทบาทของพยาบาลดังกล่าวข้างต้น พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติโดยตรงอยู่แล้ว แต่ต้องพัฒนาขยายผลให้มีความชัดเจนและออกไปสู่ครอบครัวมากขึ้น เพราะในปัจจุบันการดูแลสุขภาพไม่ได้จำกัดแต่บุคลากรทางด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการบริการพยาบาลให้มีความต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาข้อมูลของผู้ป่วย ร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และร่วมจัดการปัญหาร่วมกับผู้ป่วย มีการทบทวนทักษะจากการเข้าร่วมกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อเป็นการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรมใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาทีเป็นเวลา 4 สัปดาห์ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมตามแนวคิด Grotberg (1995) ซึ่งมีการพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยโดยพัฒนาตามองค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจผู้สูงอายุ 5 ด้าน (Maneerat et al., 2011) ร่วมกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตามแนวคิด Sebern (2005) โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อลดภาวะซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน สรุปได้ดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า รายละเอียด ดังนี้

แนวคิด Grotberg (1995) พัฒนาตาม องค์ประกอบ ความเข้มแข็งทางใจ ผู้สูงอายุ 5 ด้าน Maneerat et al. (2011)	แนวคิด Sebern (2005)	ผู้วิจัยพัฒนา
<p>1.ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เป็นความสามารถในการมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น รวมถึงการเป็นคนมีอารมณ์ขันแม้ในยามทุกข์ มีความมั่นใจและมีความภาคภูมิใจในตนเอง</p>	<p>กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการดูแล คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย มีแนวคิดหลักในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3 ด้าน คือ</p> <p>1) การสื่อสาร (Communication) โดยสมาชิกครอบครัวมีบทบาทในการทำความเข้าใจ มีส่วนร่วมในสถานการณ์ต่างๆ</p>	<p>(สัปดาห์ที่ 1) : กิจกรรมที่ 1 รู้จักเรา เข้าใจกัน: การสร้างสัมพันธภาพและสร้างความสามารถในการอยู่ร่วมกัน/ I am ประกอบด้วย การสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือ ทบทวนความรู้สึกจากภาพครอบครัวของเราและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข สสำรวจทบทวนความเข้มแข็งทางใจผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้เรื่องความเข้มแข็งทางใจ และโรคซึมเศร้า</p>
<p>2.ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถอดทนต่อความยากลำบากได้ มีสิ่งที่ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจและมั่นใจว่าจะแก้ไขปัญหาได้</p>	<p>ร่วมกับผู้ป่วย</p> <p>2) การตัดสินใจ (Decision-making) คือ พยาบาล ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาข้อมูลของผู้สูงอายุ และร่วมกันตัดสินใจการดูแล</p> <p>3) การกระทำร่วมกัน (Reciprocity) การกระทำร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเป็น</p>	<p>(สัปดาห์ที่ 2) : กิจกรรมที่ 2 ฉันเป็นฉัน : สร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ พัฒนาการคิดด้านบวก เห็นคุณค่าตนเอง/ I am ประกอบด้วย ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกดีกับตนเองและผู้อื่น ฝึกทบทวนข้อดีของตนเองและครอบครัว ส่งเสริมการฝึกปฏิบัติการคิดด้านบวก มองโลกในแง่ดี ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกดี ต่อตนเองและผู้อื่น โดยครอบครัวมีส่วนร่วมให้การช่วยเหลือสนับสนุน</p>

<p>แนวคิด Grotberg (1995) พัฒนาตาม องค์ประกอบ ความเข้มแข็งทางใจ ผู้สูงอายุ 5 ด้าน Maneerat et al. (2011)</p>	<p>แนวคิด Sebern (2005)</p>	<p>ผู้วิจัยพัฒนา</p>
<p>3.ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ว่ามีบุคคลที่ไว้วางใจพูดคุยปรึกษาได้ทุกข้อ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของต่าง ๆ ได้</p>	<p>3) การกระทำร่วมกัน (Reciprocity) (ต่อ) พฤติกรรมที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ การรับฟัง และการเป็นหุ้นส่วนกันในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น</p>	<p>(สัปดาห์ที่ 3) : กิจกรรมที่ 3 ฉันมีคุณ : สร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน มีสิ่งสนับสนุนทางสังคม และการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ /I have ประกอบด้วย การฝึกทักษะการสื่อสาร ส่งเสริมทักษะการพูด การฟัง ทบทวนถึงการมีบุคคลรอบข้างที่ไว้วางใจและช่วยเหลือได้ ส่งเสริมการตระหนักถึงความภาคภูมิใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่ การฝึกให้ใจสงบด้วยการสวดมนต์ เพื่อส่งเสริมทักษะการอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างเข้าใจอันดีต่อกัน</p>
<p>4.ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ การมีที่พึ่งทางใจมีกลุ่มเพื่อนคอยเป็นกำลังช่วยเหลือ รวมถึงการมีโอกาสได้ปฏิบัติกิจกรรม ตามศาสนา ขอพรให้สิ่งดีๆ เกิดขึ้นกับตน</p>	<p>4) การกระทำร่วมกัน (Reciprocity) (ต่อ) พฤติกรรมที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ การรับฟัง และการเป็นหุ้นส่วนกันในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น</p>	<p>(สัปดาห์ที่ 4) : กิจกรรมที่ 4 ฉันทำได้ : เสริมสร้างความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด ประยุกต์การแก้ปัญหา สร้างเป้าหมายชีวิต/I can ประกอบด้วย ทบทวนประสบการณ์ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา ฝึกการหายใจผ่อนคลายความเครียด ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาโดยใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหอย่างเหมาะสม ส่งเสริมการวางเป้าหมายในชีวิต โดยประยุกต์สิ่งที่ดีที่เป็นอยู่ นำไปสู่การแก้ปัญหาโดยครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเหลือ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหา ตระหนักว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาได้</p>

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 165 ราย พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และความสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

มูจรินทร์ พุทธิเมตตา (2557) ศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 176 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบอยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 65.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.7 และระดับรุนแรง ร้อยละ 3.4 และความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ($r=-.320, p<.01$)

Burns & Anstey (2010) ศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยใช้การทดสอบเครื่องมือ The Connor and Davidson Resilience Scale (CD - RISC) ประกอบด้วย การคิดและพฤติกรรมที่สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะนิสัยและรูปแบบของพฤติกรรมที่พัฒนาผ่านประสบการณ์ชีวิตในอดีต ความเข้มแข็งทางใจมีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ และเป็นสิ่งบ่งชี้ความสำเร็จของการดำรงชีวิตในสภาวะตึงเครียด และประเมินผลทั้งทางบวกและทางลบ ใช้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 1,775 ราย พบว่าความเข้มแข็งทางใจส่งผลดีต่อภาวะซึมเศร้าโดยช่วยลดอาการซึมเศร้าได้

Maneerat, Isaramalai, & Boonyasopun. (2011) ศึกษาโครงสร้างความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของ Grotberg (1995) ในผู้สูงอายุไทยที่ผ่านการประสบเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต จำนวน 14 คน จาก 4 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทยพบว่า มี 18 องค์ประกอบแบ่งเป็น I am 10 องค์ประกอบ I have 4 องค์ประกอบ และ I can 4 องค์ประกอบ และประกอบด้วย 5 มิติ คือ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา เพื่อนำมาพัฒนาเครื่องมือประเมินความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุไทยต่อไป

Seok, Lee, & et al. (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ความเข้มแข็งทางใจ อาการซึมเศร้า และความเครียดในช่วงต้นของชีวิต ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 27 คน ผลการศึกษา พบว่าความเครียดในช่วงต้นชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ส่วนความเข้มแข็งทางใจช่วยให้ความเชื่อมั่น มีความมั่นใจในตนเอง สามารถควบคุมตนเองได้ ส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นอาการ

ซึมเศร้าลดลง และความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยปกป้องปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญ ซึ่งสามารถใช้โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจมาจัดกระทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

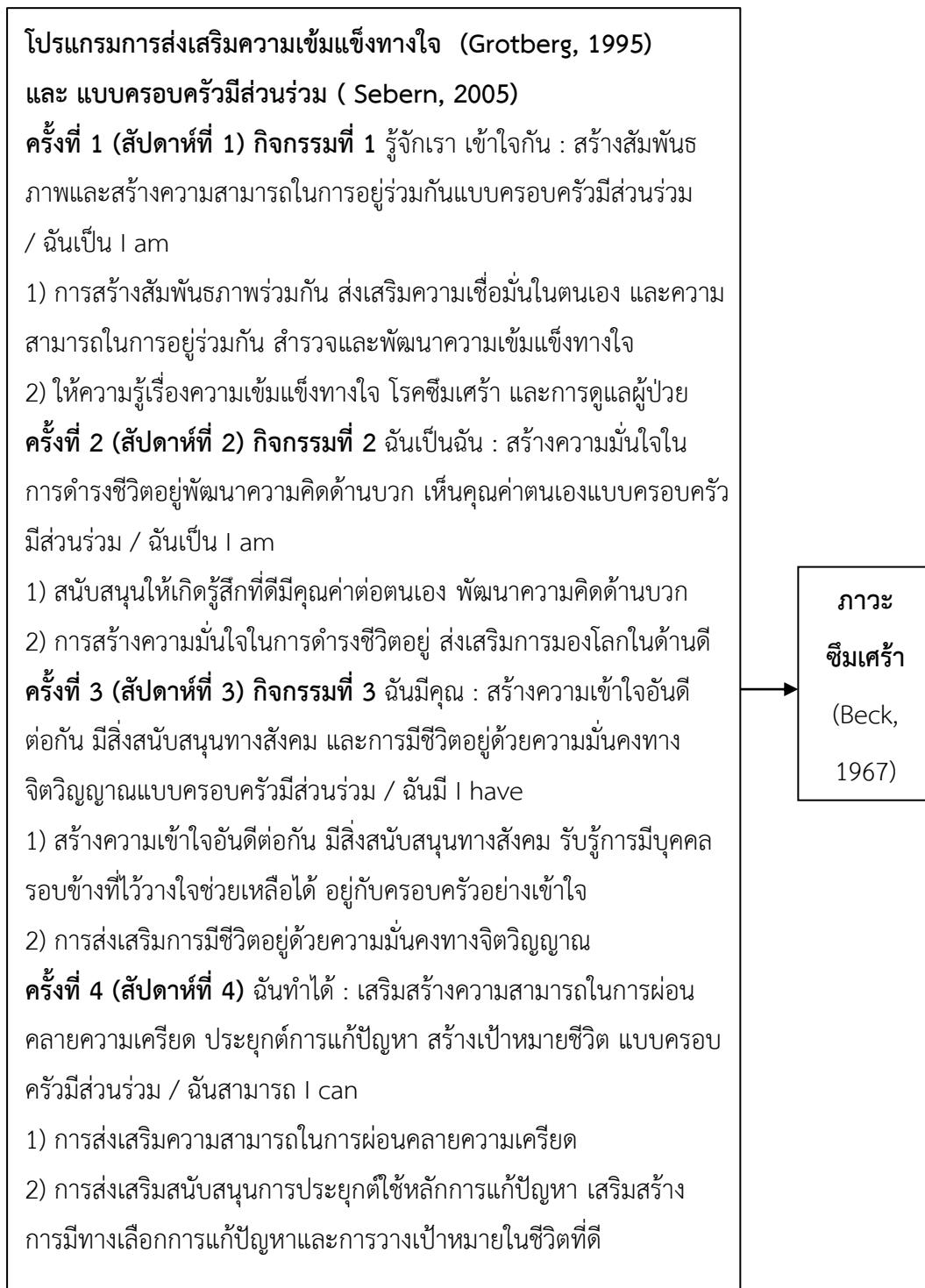
Wells (2012) ศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ชานเมืองและในเมือง แบบภาคตัดขวาง จำนวน 277 ราย พบว่าระดับความเข้มแข็งทางใจ ไม่แตกต่างกันทั้ง 3 สถานที่ทั้งในชนบท ชานเมืองและในเมือง และเมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่สูงเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เข้ากับควมยากลำบากได้ เครือข่ายครอบครัวที่เข้มแข็ง รายรับของบ้านที่ต่ำ และการมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจที่ดีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่ระดับสูง ($r = .42, p = .00$)

Orth & Robins (2013) ศึกษาปัจจัยสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของ วัยรุ่น วัยกลางคน จนถึงวัยสูงอายุเป็นปัจจัยต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำหรือไม่ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 1,685 คน อายุ 18 - 96 ปี และกลุ่มที่ 2 จำนวน 2,479 คน อายุ 18 - 88 ปี ทำการประเมินมากกว่า 3 ครั้ง ในระยะ 4 ปี การวิเคราะห์ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ สามารถบ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าและอาการซึมเศร้าได้ ผลจากการวิจัยแสดงให้เห็นว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าทุกช่วงวัย

จากการทบทวนการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าน้อย และยังไม่มีการศึกษาวิจัยโดยการนำโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจมาพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทางการพยาบาลที่ได้จากการศึกษาทบทวนมาพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว โดยพัฒนาเป็นการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่มีความน่าเชื่อถือ และเกิดประโยชน์มากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ ตามแนวคิด Grotberg (1995) โดยพัฒนาองค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจผู้สูงอายุ 5 ด้าน (Maneerat et al., 2011) คือ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา ร่วมกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของ Sebern (2005) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง สามารถจัดการกับตัวเองและปัญหาในชีวิตได้ มีทักษะจัดการกับอารมณ์สามารถสร้างความสุขให้กับชีวิตตนเอง มีส่วนร่วมสายสัมพันธ์ครอบครัวที่ส่งเสริมสนับสนุน มีความสามารถในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวแปรต้นคือ การใช้โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามกลุ่มทดลองก่อนได้รับการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

O₂ หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามกลุ่มทดลองหลังได้รับการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

X หมายถึง การทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

O₃ หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลปกติ

O₄ หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 บริบูรณ์ขึ้นไป ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรค

ซึมเศร้าตามเกณฑ์ ICD - 10 และกลุ่มที่สอง คือ ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัว ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกองอายุรกรรม ในสังกัด โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 บริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ตามเกณฑ์ ICD - 10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมการวิจัย กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่มิระดับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไป ที่มีค่าตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป
2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002)
3. ได้รับแผนการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในกลุ่มเดียวกัน
4. สามารถ พูด ฟัง อ่าน เขียน และสื่อสาร ภาษาไทยได้
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ โดยมีการยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษร
6. ไม่เคยได้รับการบำบัดโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ปฏิเสธการร่วมการวิจัย หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าระหว่างการบำบัด

คุณสมบัติของผู้ดูแลหลัก หรือ สมาชิกครอบครัว ที่คัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย มีดังนี้

1. บุคคลที่อยู่ร่วมกันในบ้านเดียวกันทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย หรือทางสายโลหิต มีการพึ่งพาอาศัยกันทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแล
2. อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
3. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยได้ทุกครั้ง
4. สามารถ พูด ฟัง อ่าน เขียน และสื่อสาร ภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการทฤษฎีขีดจำกัดเข้าสู่ศูนย์กลาง (Central Limit Theorem) เป็นทฤษฎีความน่าจะเป็นของการแจกแจงแบบปกติของค่าเฉลี่ยตัวแปรที่มีจำนวนมาก ซึ่งนำมาหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างซ้ำ ๆ กัน เพื่อให้ได้ค่าเฉลี่ยที่ดีที่สุดนั้น พบว่า ยังมีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการประมาณค่าสถิติที่แน่นอน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับงานวิจัย ควรมีจำนวนตัวอย่างอย่างน้อยเท่ากับ 30 ขึ้นไป ที่ค่าเฉลี่ยจะมีการแจกแจงแบบปกติ (Rice, 2006) ซึ่งสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก ร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 ครอบครัว กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว เพื่อให้มีขนาดที่เหมาะสม สอดคล้อง และมีความเป็นไปได้สำหรับการวิจัยครั้งนี้ และจับคู่ (Matched - pair) โดยใช้อายุ (Alexopoulos, 2005) และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (Jeste et al., 2013) จับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบข้อมูลทะเบียนประวัติ งานเวชระเบียนสถิติ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เพื่อค้นหาข้อมูลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีในฐานข้อมูล BHIS และประสานพยาบาลประจำแผนกจิตเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. เมื่อได้รายชื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามาแล้ว ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 บริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ตามเกณฑ์ ICD - 10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า มีระดับภาวะซึมเศร้าตามแบบ Beck Depressive Inventory (BDI) ระดับปานกลางขึ้นไป (ค่าตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) ไม่มีอาการทางกาย และทางจิตที่รุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤต ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร อ่านออกเขียนได้ ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

3. ผู้วิจัย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เข้ารับการบริการที่แผนกจิตเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ซึ่งได้กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างเพื่อการคัดเลือก และการคัดออก และใช้การจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ทั้งนี้มีการคัดเลือกตัวอย่างโดยกำหนดกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matched - pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นและมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (รัตนศิริ ทาโต, 2552) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกจนครบ 20 คู่ ตามคุณสมบัติที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ อายุ และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า เนื่องจากอายุและระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยแทรกซ้อนที่ทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ซึ่งตัวแปรทั้งสองเป็นปัจจัยทำนาย และปัจจัยกระตุ้นที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ, 2556) ตัวแปรที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

3.1 อายุ จากการศึกษา พบว่า ความชุกและอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าจะมากขึ้นถึง 2 เท่าในผู้สูงอายุ อายุ 70 - 85 ปี ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งทางใจสูงขึ้น (Alexopoulos, 2005)

3.2 ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า จากการศึกษา พบว่า ความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นส่งผลให้คะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลง (Jeste et al., 2013) ทั้งนี้เนื่องด้วยการบำบัดภาวะซึมเศร้ามีหลายรูปแบบ ซึ่งการบำบัดจะขึ้นอยู่กับพิจารณาตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล

ดังนั้นความแตกต่างของอายุและระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า จึงมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงต้องควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีช่วงห่างระหว่างอายุใกล้เคียงกัน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 60 - 69 ปี กลุ่มอายุ 70 - 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 - 89 ปี และควบคุมกลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกัน โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดการจับคู่ช่วงห่างระหว่างอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคู่อยู่ที่ 0 - 4 ปี และช่วงห่างระหว่างระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคู่อยู่ที่ 0 - 2 คะแนน ผู้วิจัยจึงสามารถยอมรับได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปวีณา นพโสธร (2556) ได้ใช้กับการจับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยแต่ละคู่มีช่วงห่างระหว่างอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคู่อยู่ที่ 0 - 5 ปี และช่วงห่างระหว่าง

ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคู่อยู่ที่ 0 - 3 คะแนน ดังเอกสารภาคผนวก จ

4. ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัย โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายการที่เข้าร่วมในการทำวิจัย ซึ่งจะให้การพยาบาลปกติตามระบบ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ จากนั้นให้เซ็นต์ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำเสนอโครงร่างฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และได้รับเห็นชอบในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โดยได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2559 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้อ่านเอกสารเข้าร่วมการวิจัย และได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทดลอง ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการทดลอง และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใดๆ สามารถยุติการเข้าร่วมได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างจะยุติการบันทึกข้อมูลได้ทันที เมื่ออธิบายจนเข้าใจแล้ว สอบถามถึงความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ป่วยลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วม ดังเอกสารในภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นข้อมูลคำถามที่ผู้ศึกษาได้กำหนดขึ้น และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ปรับปรุงโดย วัชรวิทย์ แสงสาย (2556)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทยตามแนวคิดของ Grotberg (1995) พัฒนาโดย Maneerat et al. (2011) โดยผู้วิจัยนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทการศึกษาวิจัย

4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002)

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

คือ โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยนำแนวคิด Grotberg (1995) พัฒนาองค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุ 5 ด้าน (Maneerat et al., 2011) คือ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหาร่วมกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของ Sebern (2005) โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสาร ทำความเข้าใจมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาข้อมูลของผู้ป่วย ร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และร่วมจัดการปัญหาร่วมกับผู้ป่วย มีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ การลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า

2. สร้างโครงสร้างเนื้อหาในโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยนำแนวคิดต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา ร่วมกับปัญหาในการดูแล และการจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยทุกขั้นตอนของการศึกษาผู้ศึกษาได้วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

3. ฝึกประสบการณ์การเป็นผู้นำกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้สูงอายุ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดพระศรี โดยมิได้ผู้ควบคุมการฝึกประสบการณ์ คือ ดร.สนธยา มณีรัตน์ เพื่อให้เกิดความชำนาญกับโปรแกรมที่สร้างขึ้น และเพื่อให้การดำเนินการทดลองบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

4. จัดทำคู่มือโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว (ครอบครัวคลายเศร้า)

5. วิธีการดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัย โดยใช้สื่อการสอนเรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คู่มือโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับผู้วิจัย ใบงาน คู่มือโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว (ครอบครัวคลายเศร้า) และอุปกรณ์การจัดกิจกรรมกลุ่ม

6. สร้างโปรแกรมจากแนวคิด Grotberg (1995) ร่วมกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของ Sebern (2005) ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) สิ่งที่เป็น (I am) 2) สิ่งที่มี (I have) และ 3) สิ่งที่ทำได้ (I can) และครอบคลุมองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหามาจัดกระทำในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่จัดเป็นกลุ่มทดลอง ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ มีรูปแบบเป็นการสอน กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น ฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม 4 กิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 4 ครอบครัว ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม ครั้งละ 60 - 90 นาทีเป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรม ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมที่ 1 รู้จักเรา เข้าใจกัน : การสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความสามารถในการอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ตามองค์ประกอบในส่วนของ ฉันเป็น (I am) ใช้เวลา 60 นาที ประกอบด้วย ผู้วิจัย ดำเนินการด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่น ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความเข้มแข็งทางใจและความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งทางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเกิดการยอมรับซึ่งกันและกันไว้วางใจกัน เพื่อการพัฒนาความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม มีความเชื่อมั่นและมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหา

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมที่ 2 ฉันเป็นฉัน : สร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ พัฒนาความคิดด้านบวก เห็นคุณค่าตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ตามองค์ประกอบในส่วนของ ฉันเป็น (I am) ใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วย การให้ผู้ป่วยสำรวจข้อดีของตนเอง และเห็นคุณค่าในความสามารถตนเอง ฝึกปฏิบัติการมองโลกในแง่ดีได้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน โดยครอบครัวมีส่วนร่วมให้การสนับสนุน ร่วมให้ข้อมูลและเป็นตัวอย่างที่ดีใน

การคิด เพื่อให้เกิดความรู้สึกดีกับตนเองและผู้อื่น เกิดทัศนคติการมองโลกแง่ดี พัฒนาด้านความมั่นใจ ในการดำรงชีวิตอยู่ สรุปรประเด็นต่าง ๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วนำไปใช้ ในชีวิตจริง

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรมที่ 3 ฉันทิคุณ : สร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน มีสิ่งสนับสนุนทางสังคม และการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ตามองค์ประกอบในส่วน ฉันทิ (I have) ใช้เวลา 90 นาที ให้ผู้ป่วนมองเห็นและตระหนักในสิ่งที่ตนเองมีอยู่ พัฒนาด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม และมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วย การฝึกเพื่อให้รู้ถึงลักษณะการสื่อสารกับบุคคลอื่น รู้จัก เข้าใจเห็นความสำคัญของการสื่อสารทางบวก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเข้าใจ การฝึกการตั้งคำถาม และการตอบคำถาม เพื่อเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดี และเสริมความรู้ทักษะการฟัง การพูด การฟัง เป็นสิ่งสำคัญของการสื่อสาร การฝึกให้ใจสงบด้วยการสวดมนต์ เพื่อพัฒนาการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ สรุปรเนื้อหากระตุ้นนำไปใช้ ในชีวิตจริงต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรมที่ 4 ฉันทิทำได้ : เสริมสร้างความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด ประยุกต์การแก้ปัญหา และสร้างเป้าหมายชีวิตแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ตามองค์ประกอบ ฉันทิสามารถ (I can) ใช้เวลา 90 นาที ให้ผู้ป่วนเข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้สิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ มองสิ่งต่าง ๆ ว่าดี นำสิ่งที่มีอยู่มาพัฒนาและนำไปสู่การแก้ปัญหาโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยฝึกประสบการณ์จากสถานการณ์ต่างๆที่ผู้ป่วนประสบในชีวิตประจำวัน การฝึกการผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกการหายใจ การฝึกแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น โดยใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วนมีความสามารถในการแก้ปัญหา และทราบว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาได้ สรุปรประเด็น กระตุ้นให้เกิดการนำไปใช้ในชีวิตจริง

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่สร้างขึ้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ถูกต้อง เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ก ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้

ความชัดเจนครอบคลุม รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คน จากทั้งหมด 5 คน (Polit & Beck, 2004) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ถู้อภิปรายตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกันให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ในด้านความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของ ภาษา และความถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุมเนื้อหากิจกรรมอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง ผู้วิจัยได้ปรับ ภาษาที่ใช้ในการวิจัย ให้เกิดความถูกต้องเหมาะสม ตามคำชี้แนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 รู้จักเรา เข้าใจกัน เพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัวในกิจกรรมเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่มให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยมีการร่วมทบทวนความรู้สึกรู้สึก แสดงความคิดเห็น ตอบคำถาม เพื่อให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี และยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม และเพิ่มการนำเนื้อหาการมีสัมพันธ์ภาพที่ดี มีผลต่อความเข้มแข็งทางใจ และภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจและโรคซึมเศร้าให้ชัดเจน ครอบคลุม

กิจกรรมที่ 2 ฉันทเป็นฉันท ปรับข้อความ จาก การมองโลกในแง่ดี เป็นการคิดทางบวก เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความเข้าใจง่าย ชัดเจน เพิ่มรายละเอียดการมองข้อดีของการมีกันและกันในการช่วยเหลือดูแลกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพิ่มรายละเอียดมองหาข้อดี เช่น มองหาด้านบวกของตนเองในสถานการณ์ที่มีปัญหา การมองหาด้านดีที่มีปัญหาด้วย และด้านดีของตนเองที่ได้ช่วยเหลือบุคคลอื่น เพิ่มการฝึกทบทวนการพัฒนาความคิดด้านบวกเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อเป็นการฝึกและกระตุ้นการนำไปใช้จริง เพิ่มการนำเนื้อหาการคิดบวก การเห็นคุณค่าในตนเองมีผลต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้าให้สอดคล้อง ชัดเจน

กิจกรรมที่ 3 ฉันทมีคุณ เพิ่มเติมการสรุปว่าข้อความใดที่เป็นการสื่อสารทางบวก/ลบ และผลกระทบจากการสื่อสารทางบวก/ลบ ปรับข้อความในใบงานเกิดความเข้าใจง่าย ชัดเจน โดยปรับจาก เมื่อรู้สึกทุกข์ใจ ใครที่เล่าระบายได้ ท่านนึกถึงใคร เป็น เมื่อท่านมีความทุกข์ มีความไม่สบายใจ ท่านมีที่พึ่งทางใจที่ทำให้ท่านอบอุ่นใจ เพิ่มการนำเนื้อหาความสำคัญของการสื่อสารที่มีผลต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้าให้ชัดเจน ครอบคลุม

กิจกรรมที่ 4 ฉันทาได้ เพิ่มเติมบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัวในกิจกรรมให้ชัดเจนขึ้น โดยผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมสำคัญในการทบทวนปัญหา ร่วมค้นหาวิธีแก้ปัญหา ประยุกต์ใช้หลักการแก้ปัญหา หาทางเลือกที่ดีที่สุด ร่วมค้นหาเป้าหมาย และวางแผนชีวิตร่วมกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพิ่มการนำเนื้อหาการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้า

หลังการปรับปรุงกิจกรรมให้มีความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try - out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 3 ครอบครัว โดยทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จนครบทั้ง 4 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอื่น ๆ อันจะเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดี รูปแบบกิจกรรม จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรม และเวลาในการดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสม

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน ลักษณะการอยู่อาศัย สภาพเศรษฐกิจ โรคประจำตัว และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน ลักษณะการอยู่อาศัย สภาพเศรษฐกิจ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา และได้รับการแก้ไขโดยตัดส่วนที่ไม่ได้นำมาใช้ในการวิจัยออกไป จากนั้นได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ พบว่าแบบสอบถาม ได้ปรับแก้ไขโดยปรับในส่วนสภาพเศรษฐกิจ จาก เพียงพอ ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน ไม่มีหนี้สิน เป็น เพียงพอ ไม่เพียงพอ

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ปรับปรุงโดย วัชรีย์ แสงสาย (2556) ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดย เขาวนีย์ ล่องชุมผล (2547) สร้างขึ้นเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้า และ

อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า เน้นการประเมินด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมใช้กับบุคคลอายุตั้งแต่ 13 – 80 ปี แบบประเมินนี้มีความสะดวกในการนำมาใช้ และสามารถประเมินซ้ำได้ มีผู้นิยมใช้ในการพัฒนางานวิชาการและงานวิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนนตามลำดับความรุนแรงของความซึมเศร้า แล้วนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้ง 21 ข้อ รวมกัน คะแนนรวมตั้งแต่ 0 – 63 คะแนน โดยมีข้อคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 15 และข้อคำถามอาการทางกาย 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16 – 21

การแปลผลคะแนน การคิดค่าคะแนนโดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Beck, 1967) คือ
 คะแนน 30 – 63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (severe depression)
 คะแนน 20 – 29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก (moderate – severe depression)

คะแนน 16 – 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (mild - moderate depression)

คะแนน 10 – 15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (mild depression)

คะแนน 0 – 9 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ (normal)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ปรับปรุงโดย วัชรวิทย์ แสงสาย (2556)

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำอีก เนื่องจากข้อคำถามและเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนดังกล่าวได้รับการแปลเป็นไทย และเรียบเรียงโดย เซาวณี ล่องชุมผล (2547) ทั้งนี้แบบประเมินนี้ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยศึกษา 9 ครั้งในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 63 - 248 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค อยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และ วัชรวิทย์ แสงสาย (2556) ได้นำแบบประเมินนี้ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้ค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .89 ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) นี้เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน มีผู้วิจัยได้นำไปใช้อย่างแพร่หลาย

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ปรับปรุงโดย วัชรีย์ แสงสาย (2556) ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำเครื่องมือที่ได้ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ทำวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 ดังแสดงในภาคผนวก ข

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือของ Maneerat et al. (2011) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาและทดสอบคุณภาพแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่ง Maneerat et al. (2011) ได้นำแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg (1995) มาสร้างเป็นแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทยโดยยึดองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบพบว่า แบบประเมินพลังสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย 5 มิติ คือ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา นอกจากนี้แบบประเมินนี้มีความครอบคลุมในการศึกษาความเข้มแข็งทางใจของคนไทยที่เป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือของ Maneerat et al. (2011) ในการศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ มี 5 มิติ ดังที่กล่าวมาข้างต้น โดยมีการให้คะแนนเป็นแบบลิคเอร์ตสเกล (Likert's scale) มีระดับคะแนน 1 – 4 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง บุคคลนั้นมีความเข้มแข็งทางใจสูงในการก้าวผ่านชีวิตที่มีความยากลำบากให้กลับมาสู่ภาวะปกติ หรือสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ ซึ่งผลการทดสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูง ($r = .91$) และมีการทดสอบความเที่ยงแบบวัดซ้ำได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .91 โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับโดยเริ่มตั้งแต่ ไม่เห็นด้วย จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด ให้คะแนนดังนี้ ไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน เห็นด้วยน้อยให้ 2 คะแนน เห็นด้วยมากให้ 3 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดให้ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งความเข้มแข็งทางใจเป็น 3 ระดับ โดยใช้การคำนวณหาอันตรภาคชั้น ดังนี้

คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด

จำนวนช่วง

เกณฑ์การแบ่งระดับของแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ พิจารณาตามระดับคะแนนโดยแปลผลแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยโดยยึดเกณฑ์ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนน 73 - 96 หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจสูง

คะแนน 49 - 72 หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจปานกลาง

คะแนน 24 - 48 หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจต่ำ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 แล้วกลุ่มทดลองต้องมีความเข้มแข็งทางใจระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 73 คะแนนขึ้นไป) จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลอายุ 18 – 65 ปี พบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจระดับปานกลางมีความเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้าที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Min, Lee, & Chae, 2015)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทยตามแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg (1995) พัฒนาโดย Maneerat et al. (2011) ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ถูกต้อง เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ก ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจน ครอบคลุม รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม (David, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 - 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ซึ่งถือเป็นเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นที่ตรงกัน และสอดคล้องกัน โดยถือเกณฑ์ความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Hambleton et al.; 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553)

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

$$CVI = \frac{24}{24} = 1$$

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทย ได้คะแนน เท่ากับ 1

จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะโดยถือเกณฑ์ความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับเนื้อหาส่วนที่ต้องแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง และได้ปรับปรุงข้อคำถามแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทยตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ มีรายละเอียด ดังนี้

ปรับข้อความ จาก ฉัน เป็น ท่าน

ปรับรูปแบบแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทย เป็นรูปแบบตารางเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจง่าย มากขึ้น และสะดวกในการประเมิน

ข้อที่ 17 ทุกวันนี้ ท่านมีโอกาสได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หรือตามความเชื่อของท่านสม่ำเสมอ ปรับเป็น ทุกวันนี้ ท่านมีโอกาสได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หรือปฏิบัติตามความเชื่อของท่านสม่ำเสมอ

ข้อ 19 ท่านนำหลักคำสอนทางศาสนา หรือในสิ่งที่เคารพนับถือมาปฏิบัติเมื่อมีความทุกข์ ปรับเป็น ท่านนำหลักคำสอนทางศาสนา หรือสิ่งที่เคารพนับถือมาปฏิบัติเมื่อมีความทุกข์

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทยไปทดลองใช้ (Try out) กับโรคซึมเศร้าจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ทำวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .91 ดังแสดงในภาคผนวก ข

4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ได้รับการแปลและพัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) เป็นแบบวัดความสามารถทางสมองระดับความบกพร่องในการรู้คิด (Cognitive impairment) การแปลผลขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา โดยคะแนน ≤ 21 คะแนนบ่งบอกว่าการสูญเสียการทำหน้าที่เกี่ยวกับปัญญา โดยมีค่าความเที่ยง (Reliability) .98 ใช้ได้กับประชากรที่มีการศึกษาและไม่มีการศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา (Orientation for time) 2) การรับรู้สถานที่ (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) ควรใช้แบบประเมิน MMSE - Thai 2002 เพื่อประเมินอาการตั้งแต่เริ่มแรกที่วินิจฉัยโรคซึมเศร้า และติดตามคะแนนไปเป็นระยะจนกว่าจะหายจากอาการซึมเศร้า ซึ่งหากคะแนนรวมยังต่ำอยู่อาจมีความหมายว่าผู้ป่วยมีทั้งภาวะสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า การแปลค่าคะแนนมี 2 ระดับ คือ ระดับการรู้คิดต่ำและปกติ โดยเป็นคำถามปลายเปิด ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ซึ่งมีจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment) ดังนี้

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

ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา จุดตัดคะแนนที่ ≤ 17 คะแนน

ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา จุดตัดคะแนนที่ ≤ 22 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำอีก เนื่องจากข้อคำถามและเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนดังกล่าวได้รับการแปลเป็นไทย และพัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) และ วชิร แสงสาย (2556) ได้นำแบบประเมินนี้ตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุได้ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรครุเดอร์ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .93 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน มีผู้วิจัยได้นำไปใช้อย่างแพร่หลาย

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

นำแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002) ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ทำวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR - 20) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .84 ดังแสดงในภาคผนวก ข

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัย ระยะประเมินผลการวิจัย เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัย ได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ระยะเตรียมการวิจัย

1. ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมโดยศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยสำหรับการเป็นผู้สอนดำเนินการวิจัย เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอน รวมถึงการเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล และการเตรียมสถานที่ ดังนี้

- 1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยสำหรับการเป็นผู้ดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยจัดเตรียมโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การเตรียมเอกสารต่าง ๆ การพัฒนาทักษะการให้ความรู้ การสอน การทำความเข้าใจเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้น

- 1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีคุณสมบัติ เป็น พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไม่น้อยกว่า 5 ปี และสมัครใจเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทดลองเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีการประเมินผู้กลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัยต่าง ๆ จนผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัย

2. ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จากแนวคิด Grotberg (1995) และ แบบครอบครัวมีส่วนร่วมจากแนวคิดของ Sebern (2005) จากนั้นพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ

3. เตรียมเครื่องมือ ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดำเนินการขออนุญาตใช้เครื่องมือกำกับการทดลองแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ปรับปรุงโดย วัชรี แสงสาย (2556) จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. เตรียมผู้วิจัย โดยเข้าร่วมฝึกประสบการณ์ในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้สูงอายุ เพื่อนำประสบการณ์ไปใช้ในการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครรัตนวชิระ โดยมีผู้ควบคุมการฝึกประสบการณ์ คือ ดร.สนธยา มณีรัตน์

5. ผู้วิจัยขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่เรียบร้อยแล้วยื่นต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ซึ่งได้รับอนุมัติในเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2559 โดยอนุญาตให้ทำการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

6. ผู้วิจัยติดต่อทำหนังสือจากประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการในการดำเนินการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นติดต่อประสานงานกับหัวหน้าพยาบาล แผนกจิตเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย

7. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ครอบครัว แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินระดับภาวะซึมเศร้า (Pre - test) ก่อนดำเนินการกิจกรรม ครั้งที่ 1 โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ใน

การทำกิจกรรมดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 4 ครอบครัว (8 คน) เพื่อให้เหมาะสมในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง (Yalom, 1995) เป็นกลุ่ม ตามตารางการนัดหมายทำกิจกรรม ณ ห้องประชุมกลุ่มย่อย วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ ดังนี้

ตารางที่ 2 ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่วันที่ 20 มกราคม 2560 – 28 มีนาคม 2560

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 1 - 4)				
	กิจกรรมที่ 1	กิจกรรมที่ 2	กิจกรรมที่ 3	กิจกรรมที่ 4	ประเมินหลังทดลอง
กลุ่มทดลอง (20คน)	ประเมินภาวะซึมเศร้า ของ Beck (1961) ก่อนการทดลอง (Pre - test) ก่อนดำเนินกิจกรรม ครั้งที่ 1				
ครอบครัวที่ 1-4	20 ม.ค.60	27 ม.ค.60	3 ก.พ.60	10 ก.พ.60	17 ก.พ.60
ครอบครัวที่ 5-8	25 ม.ค.60	1 ก.พ.60	8 ก.พ.60	15 ก.พ.60	22 ก.พ.60
ครอบครัวที่ 9-12	26 ม.ค.60	2 ก.พ.60	9 ก.พ.60	16 ก.พ.60	23 ก.พ.60
ครอบครัวที่ 13-16	27 ก.พ.60	6 มี.ค.60	13 มี.ค.60	20 มี.ค.60	27 มี.ค.60
ครอบครัวที่ 17-20	28 ก.พ.60	7 มี.ค.60	14 มี.ค.60	21 มี.ค.60	28 มี.ค.60

7.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ก่อนการทดลอง (Pre - test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

7.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ก่อนการทดลอง (Pre - test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ภายหลังจากการประเมินประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) แล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบ

ครอบครัวมีส่วนร่วม ครั้งละ 60 – 90 นาที แบ่งเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 4 ครอบครัว (8 คน) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ณ ห้องประชุมกลุ่มย่อย วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ สรุปขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรม โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมที่ 1 รู้จักเรา : เข้าใจกัน : การสร้างสัมพันธ์ภาพ และสร้างความสามารถในการอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวมีส่วนร่วม / ฉันเป็น I am

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับสมาชิกในกลุ่ม ให้เกิดความไว้วางใจ และยินดีร่วมวิจัย
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบ การเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับ
3. เพื่อให้สมาชิกสำรวจความเข้มแข็งทางใจตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเรื่องความเข้มแข็งทางใจ ประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนาความสามารถในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น

สาระสำคัญ

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ระหว่งสมาชิกและผู้นำกลุ่ม เป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากสามารถช่วยให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ นำสู่ความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย โดยผู้วิจัยสร้างความรู้สึกรู้สึกให้สมาชิกเกิดความมั่นใจ ปลอดภัย และไว้วางใจ อันเป็นผลดีต่อการพูดระบายความรู้สึก กล้าแสดงความคิดเห็น สร้างให้เกิดบรรยากาศ ความไว้วางใจ ยอมรับในตัวสมาชิก และเชื่อมั่นในศักยภาพของสมาชิกแต่ละคน กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น มีความเชื่อมั่นในตัวเอง
2. การทำให้อាកาศดีขึ้น และคงไว้หรือฟื้นฟูโดยพยาบาลจะเป็นผู้สนับสนุน ส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การดูแลตนเองของสมาชิกและการดูแลสมาชิกโดย ผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว) สามารถสังเกตเฝ้าระวังอาการรุนแรงของโรค การกลับเป็นซ้ำ สามารถสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชนได้ นอกจากนี้ยังป้องกันการเกิดโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชในครอบครัวได้

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรแสดง ความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน ชี้แจงข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ และผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ในการพบกันครั้งแรก

2. ผู้วิจัยร่วมสร้างข้อตกลง กำหนดจุดมุ่งหมาย วางแผนการปฏิบัติร่วมกัน โดยจะมีการสำรวจตัวเอง และเปิดเผยความคิดความรู้สึกขณะได้รับการเข้ากลุ่ม และสร้างข้อตกลงในการมีส่วนร่วม นำเข้าสู่กิจกรรมการสร้างความสามารถในการอยู่ร่วมกัน

3. ผู้วิจัยแจกกระดาษวาดภาพ พร้อมอุปกรณ์วาดภาพครอบครัวของเราโดยให้สมาชิกและผู้ดูแลหลัก (สมาชิกในครอบครัว) ร่วมกันวาดรูปที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวอย่างอิสระ

4. ผู้วิจัยกระตุ้นถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อช่วยกันวาดภาพครอบครัวของเรา ร่วมกันสำเร็จ ถามถึงสิ่งที่เห็นในภาพที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก (สมาชิกในครอบครัว) และ สิ่งที่ได้จากการสร้างครอบครัวร่วมกัน กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนร่วมกันแสดงความคิดเห็นในประเด็น “เราจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขอย่างไร”

5. ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรมและนำไปใช้ เช่น การยอมรับความเป็นบุคคลและความสามารถของผู้อื่น ความภาคภูมิใจของคนในครอบครัว การยอมรับความคิดของผู้อื่น การยอมรับซึ่งกันและกัน เพื่อการอยู่ร่วมกันที่ดีมีความสุขของครอบครัว เป็นต้น

6. ผู้วิจัยให้ความรู้ บรรยายเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึง I have I am และ I can ของตนเองตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จุดแข็งของตนเอง และสิ่งที่ตนเองจะต้องแก้ไขในมุมมองของ I have I am และ I can และข้อที่ผู้ป่วยสามารถจะพัฒนาต่อไปได้

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตสมาชิกให้ความสนใจ ตอบ ตลอดจนการซักถามปัญหา และอภิปรายร่วมกัน มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในกลุ่ม กระตือรือร้น ความสามารถในการมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้ดี มีความมั่นใจและมีความภาคภูมิใจในตนเอง ผู้ป่วยเข้าใจว่าทุกคนมีความเข้มแข็งทางใจตัวเอง สามารถเติมความเข้มแข็งทางใจให้ตัวเองได้เสมอ และแต่ละครอบครัว หากมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ยอมรับซึ่งกันและกันจะสามารถสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับตัวเองได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

Case ที่ 3 “อยู่กับสามี 2 คน สามีป่วยต้องรับยาที่ รพ. ตลอด กินเหล้าทุกวัน ทะเลาะกัน แต่พอเงินเดือนออก แคะให้ป่าหมดเลยนะ (ยิ้ม)”

Case ที่ 5 “เหงามาก คิดมาก ถ้าลูกไม่โทรหา”

Case ที่ 10 “อยู่กับลูกชายสองคน ไม่ค่อยพูด ไม่สนใจ ไม่ช่วยเหลืองานป่า แต่วันนี้ แคะมาป่ามาหาหมอ ”

Case ที่ 13 “ลูกทำแต่งงานไม่มีเวลาให้ เราก็ต้องดูแลตัวเอง ไปวัด ทำบุญ ปลูกต้นไม้ ทำให้สบายใจขึ้น”

Case ที่ 16 “เกษียณแล้ว แต่ชอบร่วมกิจกรรมกับคนอื่นนะ ... ได้ประโยชน์ดี เอา มาปรับใช้กับตัวเอง”

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมที่ 2 ฉันทเป็นฉันท : สร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ พัฒนาความคิดด้านบวก เห็นคุณค่าตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วม/ ฉันทเป็น I am

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมองด้านดีของตนเอง สร้างความภาคภูมิใจให้กับตนเอง
2. เพื่อพัฒนาความคิดด้านบวก มองเห็นคุณค่าของตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจความแตกต่างระหว่างการคิดด้านบวกและคิดด้านลบ

สาระสำคัญ

1. ความคิดเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้คนเราเกิดความสุขหรือความทุกข์ เมื่อเราคิดในทางที่ดี (ด้านบวก) เราก็จะมีความสุข ในทางตรงข้ามถ้าตกอยู่ในวังวนของการคิดซ้ำ ๆ และคิดด้านลบ ก็จะทำให้เราเกิดความสุข ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรรู้จักปรับเปลี่ยนมุมมองของความคิดโดยหันมาคิดในทางด้านบวกมากขึ้นเพื่อชีวิตที่มีความสุข

2. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการพูดถึงข้อดีของแต่ละคน สามารถเลือก และบอกลักษณะของคนมองโลกในด้านบวก ได้ฝึกฝนการมองโลกในแง่ดี สามารถรู้จักกับตนเอง ตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ให้ผู้ป่วยมองด้านดีของตนเอง สร้างความภาคภูมิใจให้กับตนเอง นับถือตนเองด้านบวก จะช่วยพัฒนาความคิดด้านบวก มองเห็นคุณค่าของตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตได้เสมอ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

3. การนำครอบครัวมาร่วมสำรวจข้อดีนั้นจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจลักษณะความคิดของผู้ป่วยและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถรู้จักด้านดีของตนเอง สามารถคิดด้านบวกบนพื้นฐานของความเป็นจริง ก่อให้เกิดการสร้างสภาวะจิตให้เข้มแข็งโดยให้สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยร่วมแสดงอารมณ์ความรู้สึกในทางบวกร่วมกัน ซึ่งการคิดทางบวก มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าลดลง และการมองโลกในแง่ดีรวมถึงการพึงพอใจในชีวิต มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจตนเอง ช่วยเหลือลดภาวะซึมเศร้าได้

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยเปิดประเด็นเกี่ยวกับการคิดด้านบวก ชักถามสมาชิกว่าใครรู้จักคนที่คิดด้านบวกบ้าง มีเหตุการณ์อะไรที่เห็นว่าคนนั้นคิดด้านบวก
2. ผู้วิจัยสรุปเรื่องราว เหตุการณ์คิดด้านบวกลักษณะเป็นอย่างไร มองข้อดีของการมีกันและกันในการช่วยเหลือดูแลกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก (สมาชิกในครอบครัว)
3. ผู้วิจัยชักถามสมาชิกเกี่ยวกับ ประโยชน์ของการคิดด้านบวกมีอะไรบ้าง ความแตกต่างระหว่างการคิดด้านบวกและการคิดด้านลบ กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกมองคนที่คิดด้านบวก

ประโยชน์ของการคิดด้านบวก ให้ความรู้ ความเข้าใจ และเสริมประโยชน์การคิดด้านบวกต่าง ๆ คือ เจ็บป่วยน้อยกว่า ทำงานได้ดี ดูแลกิจวัตรประจำวันของตนได้ดี มีอายุยืนยาว และมีความสุข ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง สร้างความภาคภูมิใจให้กับตนเอง เพื่อสนับสนุนให้เกิดความรู้สึกที่ดีทั้งต่อตนเอง และผู้ดูแล แล้วความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเกิดตามมา

4. ผู้วิจัยกระตุ้นเน้นย้ำให้สมาชิกได้พัฒนา ฝึกคิด การคิดด้านบวกเน้นสร้างความรู้สึกดีให้กับตัวเองได้โดย มีความรักความผูกพัน โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุน ช่วยให้เกิดความรู้สึกดีกับตนเองและผู้อื่น เกิดทัศนคติการคิดด้านบวก พัฒนาความคิดด้านบวกและมองเห็นคุณค่าตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สนับสนุนส่งเสริม สร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ สรุปรประเด็นต่างๆและกระตุ้นให้ผู้พวายนำไปใช้ ในชีวิตจริงให้สมาชิกฝึกปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน

การประเมินผล

สมาชิกสามารถให้ความร่วมมือในการ ตอบ แสดงความคิดเห็นภายในกลุ่มและอภิปรายร่วมกัน สามารถมองเห็นด้านดี (ด้านบวก) ของตนเอง ได้ร่วมฝึกการคิดด้านบวก พัฒนาการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นและสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

Case ที่ 1 “คิดซ้ำ ๆ เรื่องการเจ็บป่วยของตัวเอง ไม่อยากทานยา กลัวยาสะสมในร่างกาย แต่พอมามาเข้าทำให้รู้ว่า เราไม่ได้ผิดปกติคนเดียวนะ มีกำลังใจ สบายใจขึ้น”

Case ที่ 6 “ตอนสามีจากไป เสียใจที่ดูแลไม่เต็มที่ มันฝังใจ แต่คิดอีกมุมทุกคนก็ต้องตาย ทำให้สบายใจขึ้น”

Case ที่ 12 “บ้านล้มละลาย แต่ผ่านมาได้เพราะครอบครัวจริง ๆ ที่สู้ปัญหาไปด้วยกัน จนผ่านมาได้”

Case ที่ 14 “ลูกทำแต่งงานกันทุกคน ไม่มีเวลาให้เลย แต่ก็ช่วยเหลือดี เมื่อไม่สบายใจ ก็บอกลูกได้”

Case ที่ 20 “บ้านโดนยึด ตอนนีเพื่อน ๆ ช่วยเหลือ อีก 2 เดือนรอซื้อบ้านคืนด้วยความหวังว่าจะเรียบร้อยดี”

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรมที่ 3 ฉันมีคุณ : สร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน มีสิ่งสนับสนุนทางสังคม และการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณแบบครอบครัวมีส่วนร่วม / ฉันมี I have

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร รู้จักการสร้าง ความเข้าใจอันดีต่อกัน

2. เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจข้อดีและข้อบกพร่องของการสื่อสาร

3. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการสร้างกำลังใจให้กับตัวเอง

สาระสำคัญ

1. ความสุขที่ทุกคนต้องการ คือการอยู่กับครอบครัวที่เข้าใจกัน การคุยอย่างเข้าใจกัน การพูดให้เข้าใจต้องสะสมความรู้สึกดี ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จึงควรมีการให้กำลังใจกัน การมอบความรู้สึกดี ๆ ความไว้วางใจแก่กันและกัน ซึ่งครอบครัวและคนรอบข้างที่มีการเข้าใจกัน มีความรัก เมตตาต่อกัน จะเป็นแหล่งในการต่อสู้กับปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ ซึ่งการสร้างความสำเร็จและความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวทำไ้ระบายออกทางอารมณ์ที่รู้สึกเศร้า สามารถเผชิญอารมณ์ทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

2. การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคมเป็นการทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกด้านลบและคิดว่าตนเองไม่มีความหมาย สังคมไม่ยอมรับ ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นในสังคมได้ เนื่องจากขาดทักษะในการสื่อสาร เพื่อแสดงออกถึงความต้องการของตน ในครอบครัวและชุมชน และขาดทักษะในการพูดเพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา อันเป็นผลให้เกิดการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น การให้ความรู้และฝึกทักษะการสื่อสารจะเป็นการพัฒนาการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสาร แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเข้าใจ เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น เสริมสัมพันธ์ภาพที่ดี และสามารถเข้ากับบุคคลในสมาชิกในครอบครัวและสังคมได้

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกทบทวนการสื่อสารทางบวก สร้างความเข้าใจอันดีต่อกันที่มีต่อผู้ดูแลหลัก (สมาชิกในครอบครัว) บอกความรู้สึกต่อคำพูดในบัตรคำที่หยิบได้ และเปิดโอกาสให้สมาชิกท่านอื่นได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับคำพูดในบัตรคำของเพื่อนสมาชิก ให้สมาชิกบอกความรู้สึก ข้อดีข้อเสียของคำพูดดังกล่าว ผู้วิจัยชี้ให้สมาชิกสื่อสารทางบวกที่ตรงประเด็น ถูกต้องกับบุคคล ไม่สื่อสารผ่านคนกลาง

2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลหลัก (สมาชิกในครอบครัว) รับฟังการสนทนาระหว่างผู้นำกลุ่มกับผู้สูงอายุเพื่อเป็นการสื่อสารให้ครอบครัวได้เข้าใจสภาพปัญหาการสื่อสารของผู้สูงอายุ สรุปข้อความใดที่เป็นการสื่อสารทางบวกและข้อความใดที่เป็นการสื่อสารทางลบ และผลกระทบที่เกิดขึ้น

3. ผู้วิจัยร่วมฝึกประสบการณ์การใช้ข้อความทางบวกและข้อความทางลบ ฝึกประสบการณ์การใช้คำถาม คำตอบทางบวก

4. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อเหตุการณ์นี้ว่าสามารถปรับเปลี่ยนและแก้ไขตรงไหนได้เหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบอีก แนะนำการสื่อสารที่เหมาะสม โดยส่งเสริมและให้กำลังใจว่าสมาชิกสามารถทำได้

5. ผู้วิจัยทบทวนถึงบุคคลที่มีความสำคัญและเป็นกำลังใจที่ดีให้ผู้ป่วยเสมอมา รับรู้ถึงบุคคลที่ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง อบอุ่น ว่างใจ เป็นตัวอย่างที่ดีในการทำสิ่งต่าง ๆ ให้การช่วยเหลือ เป็นที่พึ่งพิง เป็นกำลังใจที่ดีให้เสมอ และคนที่สมาชิกนึกถึงเป็นบุคคลแรก เมื่อท่านเกิดภาวะเครียดหรือรู้สึกไม่สบายใจแหล่งประโยชน์หรือแหล่งที่ให้การดูแลในเรื่องของสุขภาพ มีแหล่งให้ตนรับบริการหรือสวัสดิการทางสังคมและความปลอดภัย มีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคง

6. ผู้วิจัยให้สมาชิกปฏิบัติตามกิจกรรมตามศาสนา กิจกรรมการสวดมนต์ ขอพรให้สิ่งดี ๆ เกิดกับตนร่วมกัน

การประเมินผล

สมาชิกสามารถให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม ตอบคำถาม และอภิปรายร่วมกัน มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีความรู้ความเข้าใจ ทักษะ มีความมั่นใจในการสื่อสารทางบวก สร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน มีสิ่งสนับสนุนทางสังคม และการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

Case ที่ 4 “เวลาไม่สบายใจก็จะคุยกับลูกสาวคนเล็ก ไหว้พระสวดมนต์ ไม่ก็ไปรับจ้างล้างหม้อ ก็ดีนะ เพลิดเพลิน ทำให้ไม่คิดถึงเรื่องที่ไม่สบายใจ”

Case ที่ 7 “ลูกพูดไม่ดี ทำให้หงุดหงิด เราต้องพูดกับลูกดีด้วย คำก็คงเสียใจที่เราพูดไม่ดีกับเค้าเหมือนกัน”

Case ที่ 8 “สามีชอบมาบ่น ทำให้ปวดหัว ไม่ชอบเลย เราจะไม่พูด ต่อต้านนะ ... เสียใจ ถ้ามีคนพูดไม่ดีกับเรา”

Case ที่ 15 “เมื่อเราพูดไม่ดี ลูกจะไม่พอใจ และจะไม่คุยกันซักระยะหนึ่ง เราก็ไม่สบายใจนะ”

Case ที่ 18 “เวลาเครียดจะไม่คุยกับใคร ชอบเก็บไว้คนเดียว ... ทำกับข้าว เย็บผ้า ไหว้พระ สวดมนต์ ทำให้สบายใจขึ้น”

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรมที่ 4 ฉันทำได้ : เสริมสร้างความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด ประยุกต์การแก้ปัญหา และสร้างเป้าหมายชีวิตแบบครอบครัวมีส่วนร่วม / ฉันสามารถ I can

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงหลักการในการแก้ปัญหา คือการทำใจให้สงบ ผีกล่อนคลายความเครียด
2. เพื่อให้ส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกพัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียด พัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา มีความมั่นคงทางจิตใจ และสร้างความเข้มแข็งให้ตนเอง

สาระสำคัญ

1. ความสงบทางใจเป็นสภาวะของจิตและอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ปกติธรรมชาติของอารมณ์มักจะมีทั้งทุกข์และสุขสลับกันตลอดเวลา เมื่อเราทุกข์ก็จะคิดว่าตนเองมีแต่ความทุกข์อย่างเดียวหาความสุขไม่ได้เลย หากตระหนักรู้อารมณ์เข้ามาบริหารจัดการความทุกข์ได้ด้วยตนเองก็จะสามารถสร้างความสงบสุข เป็นการสร้างเสริมการพัฒนาการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณให้เกิดขึ้นกับตนเองได้

2. ความเครียดเป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลายาวนาน และการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า นับเป็นการเพิ่มความเครียดให้แก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล จึงจำเป็นต้องรู้วิธีการกำจัดอารมณ์ให้อยู่ในความสงบ ผ่อนคลาย การแก้ปัญหาจึงจะได้ผลดี การปรับตัวฝึกทักษะการผ่อนคลายและการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้เกิดความแข็งแรงด้านจิตใจและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดี

3. การมีความเข้าใจในปัญหาเป็นสิ่งแรก ที่จะทำให้เราสามารถแก้ไขปัญหาได้ง่ายขึ้น เมื่อเกิดความเข้าใจ สามารถมองหาวิธีการแก้ไขปัญหา ได้มีทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยพิจารณาข้อดี ข้อเสีย นำทางเลือกที่ดีที่สุด มาแก้ไขปัญหาอย่างประสบความสำเร็จ ทั้งนี้ครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง หรือชี้แนะส่งเสริมพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ จนเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติอย่างยั่งยืน ซึ่งการเพิ่มความสามารถและเพิ่มความมั่นใจในการเผชิญปัญหา ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยร่วมทบทวนเกี่ยวกับประสบการณ์ปัญหาต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต ผลที่เกิดและวิธีการแก้ปัญหา

2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็น ว่าเมื่อเกิดปัญหา และมีการแสดงออกมานั้น เรามีวิธีการแก้ปัญหาหรือไม่ ยกตัวอย่างเพิ่มเติม เกี่ยวกับการแสดงออกเมื่อมีปัญหามาจัดกลุ่มว่าเป็นการแก้ปัญหา หรือแก้อารมณ์ เป็นการแก้ปัญหาที่ดีหรือไม่

3. ผู้วิจัยฝึกการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดให้สมาชิกทำใจให้สงบร่วมกัน

4. ผู้วิจัยร่วมทบทวน เรื่อง การแก้ปัญหา โดยการร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่ผ่านมาที่ทำให้เกิดความรู้สึกยุ่งยากใจ ลำบากใจ แล้วพิจารณาว่าเป็นอย่างไร แยกเป็นข้อเป้าหมายของแต่ละคนเป็นอย่างไร การให้ถึงเป้าหมายมีวิธีการอย่างไรบ้าง โดยผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว) ช่วยกระตุ้นให้พิจารณาข้อดี ข้อเสีย ของวิธีการให้ถึงเป้าหมาย และเลือกวิธีการที่ให้ผล

รวมดีที่สุดในที่สุด เราพอใจมากที่สุด ให้สมาชิกนำข้อมูลวิธีการแก้ปัญหา ที่คิดไว้ มาแยกแยะข้อดีข้อเสียและเลือกที่ดีที่สุด

5. ผู้วิจัย ร่วมทบทวน สรุปข้อดีที่สมาชิกอยากทำ และแผนการที่จะทำ เรียงลำดับก่อนหลัง และกระตุ้นสมาชิกวางเป้าหมายในชีวิต ทางเลือกที่ดีที่สุด โดยให้ผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว) แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมให้ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถประยุกต์ใช้หลักการ แก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมได้ มีทางเลือกการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด วางเป้าหมายในชีวิตได้ชัดเจน เพื่อส่งเสริมกำลังใจให้เกิดการปฏิบัติที่ดีอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนเข้าใจการดำเนินชีวิตที่จะเกิดขึ้น

การประเมินผล

สมาชิกสามารถให้ความร่วมมือในการผ่อนคลายจิตใจ แสดงความคิดเห็น และร่วมอภิปรายปัญหาของตนเองได้ สามารถฝึกฝนมีทักษะในการแก้ไขปัญหา ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

Case ที่ 2 “แฟนมีคนอื่น ... เสียผิดหวังมาก จึงต้องมาพบจิตแพทย์ ปรับตัวใหม่ คิดใหม่ ปลดปล่อยวาง ตอนนี้มีมีความสุขมาก รักตัวเอง รักครอบครัวเรา ”

Case ที่ 5 “ตอนนั้นคิดมากเรื่องลูก นอนไม่หลับ มาหาหมอ ทานยาที่หมอให้ตลอด ปลดปล่อยวางกับลูกมากขึ้น หากิจกรรมที่ชอบทำ เช่น ออกกำลังกาย ช่วยงานหมู่บ้าน ทำให้รู้สึกดีขึ้น คิดเรื่องลูกน้อยลง ”

Case ที่ 12 “เมื่อเครียด มีวิธีการผ่อนคลายความเครียด โดยการกำหนดการหายใจ วิธีนี้ได้ผลดีที่สุดในที่สุด ... ทำบ่อย ๆ และเคยแนะนำคนอื่นทำด้วย”

Case ที่ 14 “บ้านล้มละลาย เคยคิดจะฆ่าลูกติดสามี เพราะเป็นสาเหตุทำให้บ้านล้มละลาย ... ผ่านมาได้ เพราะลูกสาวทำให้ความคิดเปลี่ยน และการฟังธรรมก็ทำให้คิดได้ ชีวิตดีขึ้น”

Case ที่ 19 “ป่วยหลายโรครุมเร้า เครียดนะ กลัวเป็นภาระให้ลูก. ต้องกินยาดูแลตัวเองให้ดี สุขภาพก็คงจะดีขึ้น”

2. หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทำการประเมินโดยใช้แบบประเมินด้วยเครื่องมือกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทย (Maneerat et al., 2011) หลังการดำเนินการวิจัยทันที และประเมินผลการทดลอง (Post - test) จะทำในสัปดาห์ที่ 5 ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 ไปแล้ว 1 สัปดาห์ และผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมกล่าวขอบคุณในความร่วมมือนการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย และคะแนนความเข้มแข็งทางใจในระดับสูง (ระดับคะแนน 73 ขึ้นไป) Min et al. (2015) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนความเข้มแข็งทางใจไม่

ผ่านเกณฑ์ ดังแสดงในภาคผนวก ค ซึ่งอาจจะเนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำโดยมองตนเองว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ท้อแท้ และคิดว่าตนเป็นภาระของครอบครัว ผู้วิจัยได้ร่วมทบทวนความรู้ความเข้าใจจากการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ร่วมประเมินความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม ให้ข้อมูลสร้างความเข้มแข็งทางใจตามรายชื่อ ให้คำปรึกษารายครอบครัว จากนั้นจึงทำการประเมินซ้ำ หลังประเมินซ้ำผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้คะแนนความเข้มแข็งทางใจไม่ผ่านเกณฑ์ มีคะแนนความเข้มแข็งทางใจระดับสูงทุกคน

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Pre - test) โดยประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ก่อนการทดลอง (Pre - test) เพื่อคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ระหว่างสัปดาห์ที่ 1 - 4 ซึ่งได้แก่ การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการให้คำแนะนำการใช้ยา การสังเกตอาการข้างเคียง และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน

3. ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินระดับภาวะซึมเศร้า และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการวิจัย พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ในการดำเนินการวิจัยเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองก่อนจนครบ จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม โดยจับคู่ (Matched - pair) คือ อายุ และระดับภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีผลดังภาคผนวก จ เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกัน

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์แบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ระยะประเมินผลการวิจัย

การประเมินผลการวิจัยโดยผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบ

ครอบครัวมีส่วนร่วมทันทีด้วยเครื่องมือกำกับการทดลองโดยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทย (Maneerat et al., 2011) และประเมินระดับภาวะซึมเศร้า (Post - test) ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ในสัปดาห์ที่ 5 ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 ไปแล้ว 1 สัปดาห์ และประเมินระดับภาวะซึมเศร้า (Post - test) กลุ่มควบคุมด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ในสัปดาห์ที่ 5 จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

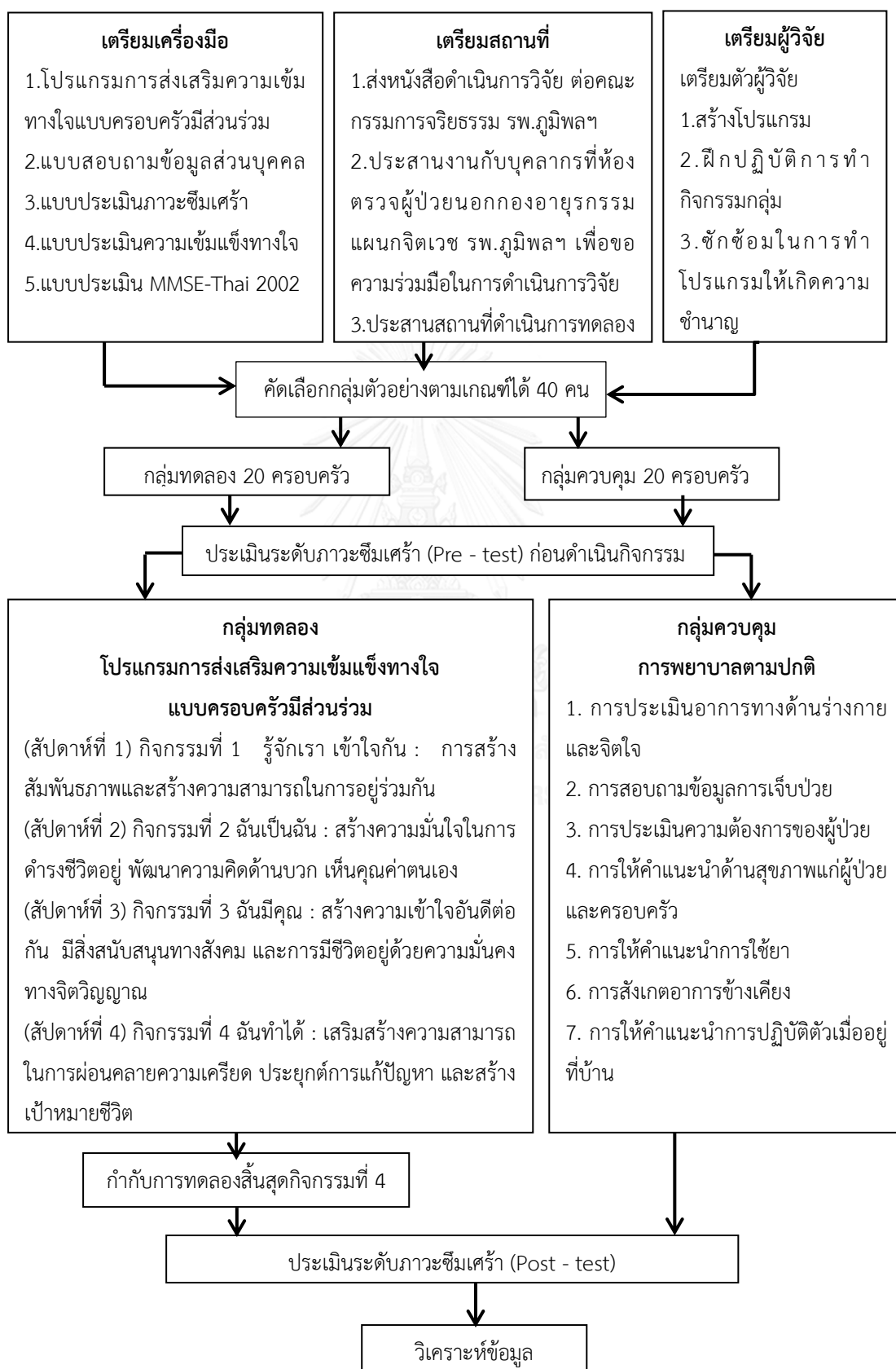
การกำกับการทดลอง ใช้แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทย (Maneerat et al., 2011) โดยประเมินกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจทันที ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีคะแนนความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ 4 คน ความเข้มแข็งทางใจระดับปานกลาง 11 และความเข้มแข็งทางใจระดับสูง 5 คน ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองทุกคนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง มีผลดังแสดงในภาคผนวก ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยวิธีทดสอบสถิติ Independent t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาของหน่วยบริการแผนกจิตเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกองอายุรกรรม ในสังกัดโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม และครอบครัว (ผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกครอบครัว) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ครอบครัว จำนวนกลุ่มละ 20 ครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน ลักษณะการอยู่อาศัย สภาพเศรษฐกิจ โรคประจำตัว โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัว

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน ลักษณะการอยู่อาศัย สภาพเศรษฐกิจ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน ลักษณะการอยู่อาศัย สภาพเศรษฐกิจ โรคประจำตัว

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน ลักษณะการอยู่อาศัย สภาพเศรษฐกิจ โรคประจำตัว ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	เพศ					
ชาย	4	20	6	30	10	25
หญิง	16	80	14	70	30	75
อายุ (ปี)						
60 - 69	12	60	13	65	15	62.5
70 - 79	7	35	6	30	13	32.5
80 - 89	1	5	1	5	2	5
สถานภาพสมรส						
โสด	0	0	1	5	1	2.5
คู่	7	35	11	55	18	45
หม้าย	8	40	4	20	12	30
หย่า / แยกกันอยู่	5	25	4	20	9	22.5
ศาสนา						
พุทธ	18	90	20	100	38	95
คริสต์	2	10	0	0	2	5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ระดับการศึกษาสูงสุด					
ประถมศึกษา	7	35	11	55	18	45
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	5	4	20	5	12.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6	30	1	5	7	17.5
อนุปริญญา/ปวส.	2	10	0	0	2	5
ปริญญาตรี	4	20	3	15	7	17.5
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	1	5	1	2.5
อาชีพในปัจจุบัน						
ว่างงาน	9	45	10	50	19	47.5
เกษียณราชการ	8	40	8	40	16	40
เกษตรกร	0	0	1	5	1	2.5
ค้าขาย	2	10	1	5	3	7.5
รับจ้าง	1	5	0	0	1	2.5
ลักษณะการอยู่อาศัย						
อยู่กับคู่สมรส 2 คน	4	20	3	15	7	17.5
อยู่กับคู่สมรสและบุตร	1	5	5	25	6	15
อยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน	2	10	5	25	7	17.5
อยู่กับบุตรหลาน	13	65	5	25	18	45
อยู่กับพี่น้อง/ญาติ	0	0	2	10	2	5
สภาพเศรษฐกิจ						
เพียงพอ	15	75	15	75	30	75
ไม่เพียงพอ	5	25	5	25	10	25

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Total	
	(n=20)		(n=20)		(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจาก						
โรคซึมเศร้า						
ไม่มี	4	20	1	5	5	12.5
มี	16	80	19	95	35	87.5
• โรคประจำตัวอื่นนอกเหนือ						
จากโรคซึมเศร้าเพียง 1 โรค						
ความดันโลหิตสูง	4	20	1	5	5	12.5
กระดูก	1	5	2	10	3	7.5
ไขมันในเลือดสูง	1	5	1	5	2	5
ต้อหิน	1	5	1	5	2	5
หอบหืด	1	5	0	0	1	2.5
ตับ	1	5	0	0	1	2.5
เก๊าท์	0	0	1	5	1	2.5
• โรคประจำตัวอื่นนอกเหนือ						
จากโรคซึมเศร้ามากกว่า 1 โรค						
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน	4	20	3	15	7	17.5
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด						
สูง	1	5	5	25	6	15
ความดันโลหิตสูง กระดูก	1	5	2	10	3	7.5
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน						
ไขมันในเลือดสูง	1	5	2	10	3	7.5
ความดันโลหิตสูง หัวใจ	0	0	1	5	1	2.5

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.5 อายุระหว่าง 70 – 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.5 และอายุระหว่าง 80 – 89 ปี คิดเป็นร้อยละ 5 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่คู่ คิดเป็นร้อยละ 45 หม้าย คิดเป็นร้อยละ 30 หย่า/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 22.5 และโสด คิดเป็นร้อยละ 2.5 ศาสนา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 90 และศาสนาคริสต์ร้อยละ 10 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45 รองมาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 17.5 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 12.5 ระดับอนุปริญญา/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 5 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 2.5 อาชีพ ส่วนใหญ่ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมาเกษียณราชการ คิดเป็นร้อยละ 40 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 7.5 และ เกษตรกรและรับจ้าง จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 2.5 ลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่กับบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมาอยู่กับคู่สมรส 2 คนและอยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน คิดเป็นร้อยละ 17.5 อยู่กับคู่สมรสและบุตร คิดเป็นร้อยละ 15 และอยู่กับพี่น้อง/ญาติ คิดเป็นร้อยละ 5 สภาพเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 75 และไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 25 โรคประจำตัวอื่น นอกเหนือจากโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 87.5 และไม่มีโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 12.5 โดยมีโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากโรคซึมเศร้าเพียง 1 โรค ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 12.5 รองลงมาโรคกระดูก คิดเป็นร้อยละ 7.5 ไขมันในเลือดสูงและต้อหิน จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 5 และหอบหืด เก๊าท์ และตับ จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 2.5 และมีโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากโรคซึมเศร้ามากกว่า 1 โรค คือ ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 17.5 รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง ไขมันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 15 ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง กระดูก จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 7.5 และความดันโลหิตสูง หัวใจ คิดเป็นร้อยละ 2.5

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน ลักษณะการอยู่อาศัย สภาพเศรษฐกิจ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน ลักษณะการอยู่อาศัย สภาพเศรษฐกิจ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ในผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	12	60	12	60	24	60
หญิง	8	40	8	40	16	40
อายุ (ปี)						
20 - 29	0	0	2	10	2	5
30 - 39	6	30	5	25	11	27.5
40 - 49	7	35	1	5	8	20
50 - 59	2	10	5	25	5	17.5
60 - 69	4	20	5	25	9	22.5
70 - 79	1	5	2	10	3	7.5
สถานภาพสมรส						
โสด	10	50	8	40	18	45
คู่	9	45	11	50	20	50
หย่า / แยกกันอยู่	1	1	1	5	2	5
ศาสนา						
พุทธ	18	90	20	100	38	95
คริสต์	2	10	0	0	2	5

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	1	5	4	20	5	12.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	15	2	10	5	12.5
มัธยมศึกษาตอน						
ปลาย/ปวช.	6	30	5	25	11	27.5
อนุปริญญา/ปวส.	2	10	0	0	2	5
ปริญญาตรี	6	30	7	35	13	32.5
สูงกว่าปริญญาตรี	2	10	2	10	4	10
อาชีพในปัจจุบัน						
ว่างงาน	2	10	4	20	6	15
เกษียณราชการ	3	15	6	30	9	22.5
ค้าขาย	4	20	3	15	7	17.5
พนักงานบริษัท	5	25	2	10	7	17.5
รัฐวิสาหกิจ	2	10	1	5	3	7.5
รับจ้าง	2	10	2	10	4	10
รับราชการ	2	10	2	10	4	10
ลักษณะการอยู่อาศัย						
อยู่กับผู้สูงอายุ	9	45	4	20	13	32.5
อยู่กับคู่สมรส 2 คน	0	0	2	10	2	5
อยู่กับคู่สมรสและบุตร	1	5	2	10	3	7.5
อยู่กับคู่สมรส บุตร						
และหลาน	2	10	3	15	5	12.5
อยู่กับผู้สูงอายุ และ						
ครอบครัว	6	30	8	40	14	35
อยู่กับบุตรหลาน	2	10	1	5	3	7.5

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สภาพเศรษฐกิจ						
เพียงพอ	17	85	19	95	36	90
ไม่เพียงพอ	3	15	1	5	4	10
โรคประจำตัว						
ไม่มี	10	50	10	50	20	50
มี	10	50	10	50	20	50
• โรคประจำตัวเพียง 1 โรค						
ภูมิแพ้	4	20	3	15	7	17.5
ความดันโลหิตสูง	0	0	4	20	4	10
จิตเวช	1	5	1	5	2	5
SLE	1	5	0	0	1	2.5
เบาหวาน	0	0	1	5	1	2.5
ไขมันในเลือดสูง	1	5	0	0	1	2.5
มะเร็ง	1	5	0	0	1	2.5
• โรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค						
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน	2	10	1	5	3	7.5
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ						
คู่สมรส (สามี/ภรรยา)	4	20	7	35	11	27.5
บุตร	11	55	10	50	21	52.5
หลาน	2	10	0	0	2	5
พี่น้อง/ญาติ	3	15	3	15	6	15
ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ						
0 - 1 ปี	2	10	1	5	3	7.5
2 - 5 ปี	3	15	1	5	4	10
6 - 10 ปี	5	25	7	35	12	30
มากกว่า 10 ปี	10	50	11	55	21	52.5

จากตารางที่ 4 ผู้ดูแลหลัก ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมาอายุระหว่าง 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.5 อายุระหว่าง 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 อายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.5 อายุระหว่าง 70 – 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.5 และอายุระหว่าง 20 – 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 5 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาโสด คิดเป็นร้อยละ 45 และหย่า/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 5 ศาสนาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95 และศาสนาคริสต์ ร้อยละ 5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 32.5 รองมาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และคิดเป็นร้อยละ 27.5 ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ระดับสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 10 และระดับอนุปริญญา/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 5 อาชีพส่วนใหญ่เกษียณราชการ คิดเป็นร้อยละ 22.5 รองลงมาค้าขายและพนักงานบริษัท จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ว่างาน คิดเป็นร้อยละ 15 รับราชการและรับจ้าง จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 10 และรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 7.5 ลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่กับผู้สูงอายุและครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาอยู่กับผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 32.5 อยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน คิดเป็นร้อยละ 12.5 อยู่กับคู่สมรสและบุตร และอยู่กับบุตรหลาน จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 7.5 และอยู่กับคู่สมรส 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5 สภาพเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 90 และไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 10 โรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 50 และมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีโรคประจำตัวเพียง 1 โรค ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยด้วย ภูมิแพ้ คิดเป็นร้อยละ 17.5 รองลงมาความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 10 จิตเวช คิดเป็นร้อยละ 5 และ SLE เบาหวาน ไชมันในเลือดสูง มะเร็ง จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 2.5 และมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 7.5 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ บุตร คิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมา คู่สมรส (สามี/ภรรยา) คิดเป็นร้อยละ 27.5 ญาติ (พี่/น้อง) คิดเป็นร้อยละ 15 และหลาน คิดเป็นร้อยละ 5 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมาระยะเวลา 6 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 ระยะเวลา 2 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 10 และระยะเวลา 0 – 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.5

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	23.05	6.2	19	7.9	.000
หลังทดลอง	13.85	6.7			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	23.20	6.1	19	2.4	.029
หลังทดลอง	20.00	7.5			

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นถึงค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 23.05 คะแนน และหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 13.85 เมื่อเปรียบเทียบกับ Paired t-test พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีภาวะซึมเศร้ามลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร่าก่อนทดลอง โดยรับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 23.2 และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 20.0 เมื่อเปรียบเทียบกับ Paired t-test พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งหมายความว่า หลังจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติมีผลต่อภาวะซึมเศร่าลดลงเล็กน้อย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	23.05	6.2	38	-.077	.939
กลุ่มควบคุม	23.20	6.1			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	13.85	6.7	38	-2.73	.009
กลุ่มควบคุม	20.00	7.5			

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นถึงค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 23.05 และก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 23.20 เมื่อเปรียบเทียบด้วย Independent t-test พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนไม่แตกต่างกัน และคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 13.85 และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 20.00 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบด้วย Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีภาวะซึมเศร้ามลดลงเล็กน้อย

ตารางที่ 7 คะแนนภาวะซึมเศร้าแยกเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	ก่อน	หลัง	ผลต่าง
1	30	18	12	30	33	-3
2	21	6	15	21	15	6
3	32	21	11	33	29	4
4	28	16	12	28	26	2
5	22	11	11	22	11	11
6.	17	10	7	17	15	2
7.	37	22	15	37	24	13
8.	17	13	4	17	14	3
9.	22	14	8	20	23	-3
10.	35	29	6	33	23	10
11.	19	7	12	19	15	4
12.	22	2	20	22	12	10
13.	17	10	7	19	16	3
14.	24	8	16	26	26	0
15.	24	19	5	25	33	-8
16.	17	5	12	17	11	6
17.	17	16	1	17	13	4
18.	19	14	5	19	30	-11
19.	18	15	3	19	14	5
20.	23	21	2	23	17	6
Mean	23.1	13.9	9.2	23.2	20	3.2
SD	6.2	6.7		6.1	7.5	

จากตารางที่ 7 พบว่า หลังการทดลองคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองทุกคน มีผลต่างคะแนนเป็นค่าลบ มีคะแนนลดลง ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 4 คน มีผลต่างคะแนนค่าบวก และ 16 คน มีผลต่างคะแนนค่าลบ หลังการทดลองคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม มีคะแนนเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 20

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย ประกอบด้วยผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 บริบูรณ์ขึ้นไป ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ ICD -10 และผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัว ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอก กองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ เพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 บริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ตามเกณฑ์ ICD - 10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ทั้งชายและหญิง และผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมการวิจัย กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ครอบครัวโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการทฤษฎีขีดจำกัดเข้าสู่ศูนย์กลาง (Central Limit Theorem) เป็นทฤษฎีความน่าจะเป็นของการแจกแจงแบบปกติของค่าเฉลี่ยตัวแปรที่มีจำนวนมาก ซึ่งนำมาหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างซ้ำ ๆ กัน เพื่อให้ได้ค่าเฉลี่ยที่ดีที่สุดนั้น พบว่า ยังมีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการประมาณค่าสถิติที่แน่นอน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับงานวิจัย ควรมีจำนวนตัวอย่างอย่างน้อยเท่ากับ 30 ขึ้นไป ที่ค่าเฉลี่ยจะมีการแจกแจงแบบปกติ (Rice, 2006) ซึ่งสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก ร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 ครอบครัว กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว เพื่อให้มีขนาดที่เหมาะสม สอดคล้อง และมีความเป็นไปได้สำหรับการวิจัยครั้งนี้ และจับคู่ (Matched - pair) โดยใช้อายุ (Alexopoulos, 2005) และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (Jeste et al., 2013) จับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากแนวคิด Grotberg (1995) ร่วมกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Sebern (2005) ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) สิ่งที่เป็น (I am) 2) สิ่งที่มี (I have) และ 3) สิ่งที่ทำได้ (I can) และครอบคลุมองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา มาจัดกระทำในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่จัดเป็นกลุ่มทดลอง ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ มีรูปแบบเป็นการสอน กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น ฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม 4 กิจกรรมเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 4 ครอบครัว ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาทีเป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรม ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมที่ 1 รู้จักเรา เข้าใจกัน : การสร้างสัมพันธ์ภาพและสร้างความสามารถในการอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวมีส่วนร่วม / ฉันเป็น I am

ตามองค์ประกอบในส่วนของฉันเป็น (I am) ใช้เวลา 60 นาที ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่น ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความเข้มแข็งทางใจและความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งทางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและ

สมาชิกครอบครัวเกิดการยอมรับซึ่งกันและกันไว้วางใจกัน เพื่อการพัฒนาความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม มีความเชื่อมั่นและมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหา

**ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมที่ 2 ฉันเป็นฉัน : สร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่
พัฒนาความคิดด้านบวก เห็นคุณค่าตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วม / ฉันเป็น I am**

ตามองค์ประกอบในส่วนของ ฉันเป็น (I am) ใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วยการให้ผู้ป่วยสำรวจข้อดีของตนเอง และเห็นคุณค่าในความสามารถตนเอง ฝึกปฏิบัติการณ์มองโลกในแง่ดีได้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน โดยครอบครัวมีส่วนให้การสนับสนุน ร่วมให้ข้อมูลและเป็นตัวอย่างที่ดีในการคิด เพื่อให้เกิดความรู้สึกดีกับตนเองและผู้อื่น เกิดทัศนคติการณ์มองโลกแง่ดี พัฒนาด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ สรุปประเด็นต่าง ๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยนำไปใช้ ในชีวิตจริง

**ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรมที่ 3 ฉันมีคุณ : สร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน มีสิ่ง
สนับสนุนทางสังคม และการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
/ ฉันมี I have**

ตามองค์ประกอบในส่วน ฉันมี (I have) ใช้เวลา 90 นาที ให้ผู้ป่วยมองเห็นและตระหนักในสิ่งที่ตนเองมีอยู่ พัฒนาด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม และการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วย การฝึกการสื่อสารกับบุคคลอื่น รู้จัก เข้าใจ เห็นความสำคัญของการสื่อสารทางบวก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเข้าใจ การฝึกการตั้งคำถาม และการตอบคำถาม เพื่อเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดี มีสิ่งสนับสนุนทางสังคม และเสริมความรู้ทักษะการฟัง การพูดเป็นสิ่งสำคัญของการสื่อสาร การฝึกความสงบทางใจโดยกิจกรรมสวดมนต์ เพื่อพัฒนาด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ สรุปเนื้อหากระตุ้นนำไปใช้ ในชีวิตจริงต่อเนื่อง

**ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรมที่ 4 ฉันทำได้ : เสริมสร้างความสามารถในการผ่อนคลาย
ความเครียด ประยุกต์การแก้ปัญหา และสร้างเป้าหมายชีวิตแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
/ ฉันสามารถ I can**

ตามองค์ประกอบ ฉันสามารถ (I can) ใช้เวลา 90 นาที ให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้สิ่งดีที่ตนเองเป็นอยู่ มองสิ่งต่าง ๆ ว่าดี นำสิ่งที่มีอยู่มาพัฒนาและนำไปสู่การแก้ปัญหาโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยฝึกประสบการณ์จากสถานการณ์ต่างๆที่ผู้ป่วยประสบในชีวิตประจำวัน การฝึกการผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกการหายใจ การฝึกแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น โดยใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการประยุกต์การแก้ปัญหา ทราบว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาได้ และสามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด สรุปประเด็น กระตุ้นให้เกิดการนำไปใช้ในชีวิตจริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นข้อมูลคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ปรับปรุงโดย วัชรีย์ แสงสาย (2556) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ปรับปรุงโดย วัชรีย์ แสงสาย (2556) ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว นำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ทำวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

คือ แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทย (Maneerat et al., 2011) เพื่อประเมินระดับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ดังรายนามในภาคผนวก ก โดยถือเกณฑ์ความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับเนื้อหาส่วนที่ต้องแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง หลังจากนั้นตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา CVI = 1

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยกำหนดค่าความเที่ยงเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทยไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ทำวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .91

ระยะดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ตามรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความรู้ในการทำวิจัย โดยศึกษาโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นอย่างละเอียด และฝึกประสบการณ์การเป็นผู้นำกลุ่มในกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้สูงอายุ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ โดยมีผู้ควบคุมการฝึกประสบการณ์ คือ ดร.สนธยา มณีรัตน์ เพื่อให้เกิดความ

ชำนาญกับโปรแกรมที่สร้างขึ้น การเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้การดำเนินการทดลองบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ อีกทั้งสามารถสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ร่วมทดลอง และทำให้การดำเนินวิจัยเป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนด

1.2 การเตรียมสถานที่ ได้ประสานงานกับกับหัวหน้าพยาบาล แผนกจิตเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานการขออนุญาตใช้สถานที่ห้องประชุมกลุ่มย่อย อาคารเรียน วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ ในการดำเนินวิจัยกลุ่มทดลอง ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560

1.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นต์ยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาร่วมวิจัย โดยระบุวันเวลา สถานที่ สำหรับให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามาร่วมวิจัยตามแผนที่วางไว้ ที่แผนกจิตเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และห้องประชุมกลุ่มย่อย อาคารเรียน วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

1.4 ผู้วิจัย จัดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัว และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ปรับปรุงโดย วัชรวิทย์ แสงสาย (2556) ทั้งสองกลุ่ม และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทย (Maneerat et al., 2011) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินวิจัยตามโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในกลุ่มทดลอง

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ก่อนการทดลอง (Pre - test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นต์ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเริ่มดำเนินการกิจกรรมที่ 1 ในวันที่ 20 มกราคม 2560 จากนั้นนัดกลุ่มทดลอง ทุกสัปดาห์จนครบ 4 ครั้ง โดยแบ่งจำนวนผู้เข้ากลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว ออกเป็นกลุ่มละ 4 ครอบครัว ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมแต่ละครั้ง หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยทำการประเมินด้วยเครื่องมือกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทย (Maneerat et al., 2011) หลังการดำเนินการวิจัยทันที

2.3 กลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1 - 4 ดูแลให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการให้คำแนะนำการใช้ยา การสังเกตอาการข้างเคียง และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน

3. ระยะประเมินผลการวิจัย (Post - test) กลุ่มทดลองให้ทำการประเมินผลหลังการทดลอง (Post - test) ทำในสัปดาห์ที่ 5 ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 ไปแล้ว 1 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมประเมินระดับภาวะซึมเศร้า (Post - test) ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ในสัปดาห์ที่ 5 โดยนัดกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการประเมินระดับภาวะซึมเศร้า จากนั้นแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการวิจัย ผู้วิจัยแจกคู่มือโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว (ครอบครัวคลายเศร้า) แก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินครบถ้วน จึงนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science for Windows) ใช้คำนวณในการหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ของข้อมูลทั้งหมด และใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมใช้สถิติ Independent t-test แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม (Mean = 23.05) ต่ำกว่าก่อนทดลอง (Mean = 13.85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = 7.9$)

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม (Mean = 13.85) ต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean = 20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = -2.73$)

ดังนั้น จากผลการวิจัยนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลงได้

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.5 อายุระหว่าง 70 – 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.5 และอายุระหว่าง 80 – 89 ปี คิดเป็นร้อยละ 5 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ คิดเป็นร้อยละ 45 ศาสนาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 90 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45 อาชีพส่วนใหญ่ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 47.5 ลักษณะการอยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่กับบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 45 สภาพเศรษฐกิจส่วนใหญ่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 75 โรคประจำตัวอื่น นอกเหนือจากโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 17.5

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับ สถิติผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลางพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และส่วนใหญ่อายุ 60 - 69 ปี (มูจรินทร์ พุทธเมตตา, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ที่กล่าวว่า เพศ มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและผู้ชายแตกต่างกัน ด้านโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Blazer & Hybels (2005) ที่พบว่า ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักพบการเจ็บป่วยโดยมีโรคเรื้อรังทางกายอย่างน้อยคนละ 1 โรค ทำให้เกิดความท้อแท้เบื่อหน่าย ท้อแท้ต่อการเจ็บป่วย รวมถึงการใช้ยาเฉพาะโรค ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจากการใช้ยา เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต รวมทั้งอาการข้างเคียงจากรักษาอาการทางจิต สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.5 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ คิดเป็นร้อยละ 50 ศาสนาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 32.5 อาชีพส่วนใหญ่เกษียณราชการ คิดเป็นร้อยละ 22.5 ลักษณะการอยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่กับผู้สูงอายุและครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 35 สภาพเศรษฐกิจส่วนใหญ่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 90 โรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 50

ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ คือ บุตร คิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมา คู่สมรส (สามี/ภรรยา) คิดเป็นร้อยละ 27.5 ญาติ (พี่/น้อง) คิดเป็นร้อยละ 15 และหลาน คิดเป็นร้อยละ 5 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.5

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องการศึกษาของ Theis et al. (1997) ที่พบว่า ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัว สอดคล้องกับ ปวีณา นพโสทร (2556) ที่กล่าวว่าครอบครัวเป็นแหล่งที่พึ่งสำคัญของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทั้งทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งให้ความรัก ความห่วงใย เอื้ออาทร และดูแลช่วยเหลือโดยเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งจะมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการทำบทบาทหน้าที่ เศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ทั้งนี้จากการศึกษาของ ณีภรณ์กฤตา เขาวนัวรารักษ์ (2556) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักคาดหวังให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามียาอาการซึมเศร้ามลดลงและมีความสุขเพิ่มขึ้น ซึ่งสิ่งที่ได้จากการดูแล ประกอบด้วย ความภาคภูมิใจ ความสุขใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น

จากผลการดำเนินการวิจัย จะเห็นได้ว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาข้างต้น โดยโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถช่วยลดระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมจะกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจรับรู้ปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและให้กำลังใจ ช่วยเหลือ สนับสนุนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามียาภาวะซึมเศร้ามลดลง

ตอนที่ 3 การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างจากหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีภาวะซึมเศร้ามลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถ

อธิบายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 รู้จักเรา เข้าใจกัน : การสร้างสัมพันธภาพและสร้างความสามารถใน

การอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวมีส่วนร่วม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัว ช่วยทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดการเปลี่ยนแปลง มีสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น พูดคุยกับผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น และยิ้มแย้มพูดคุยกับผู้วิจัยเป็นอย่างดี ซึ่งจากเดิมผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้า สีหน้าเรียบเฉย ที่ไม่ยอมพูดคุยกับใคร อีกทั้งการให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สำรวจและทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความรู้สึกมีคุณค่า และเห็นความสำคัญของตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหา มีความยอมรับซึ่งกันและกัน ไว้วางใจกัน และสามารถอยู่ร่วมกันได้กับผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัวได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัวยังมีสัมพันธภาพที่อบอุ่น มีส่วนร่วมในการดูแลกัน ร่วมกันจัดการปัญหาพร้อมกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และสอดคล้องกับ วันเพ็ญ เิงเซว (2554) พบว่า ลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวคิดประกอบไปด้วย การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน โดยผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ คือ พยาบาล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยต้องมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ร่วมกัน เพื่อส่งผลถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสูงสุด จึงกล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดจากอิทธิพลของหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกัน ซึ่งครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลอย่างมาก ดังนั้น การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จึงควรนำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วม กิจกรรมนี้ จึงช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารู้สึกดีกับตนเอง มีกำลังใจ และมีความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับครอบครัว ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าลดลง

กิจกรรมที่ 2 ฉันทเป็นฉันท : สร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ พัฒนาความคิดด้านบวก

เห็นคุณค่าตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วม การให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสำรวจข้อดีของตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการทบทวน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น สนับสนุนการฝึกปฏิบัติการคิดด้านบวก จะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดทัศนคติที่ดีในการมองโลกในแง่ดี มีความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ สอดคล้องกับ พรเพ็ญสุดใจ (2555) ที่พบว่า การเสริมสร้างความคิดด้านบวก หรือมองโลกในแง่ดี จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรค

ซึมเศร้าสามารถมองเห็นคุณค่าในตนเองได้ ซึ่งการพัฒนาฝึกการคิดด้านบวก จะสามารถสร้างความรู้สึกดีให้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผล แล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน โดยการที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้มีการคิดหาเหตุผลได้อย่างเหมาะสม คิดได้สมเหตุสมผล จะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารู้สึกสบายใจสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, 1979) ดังนั้น กิจกรรมนี้จึงช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัวมีการพัฒนาเสริมสร้างความคิดด้านบวก ซึ่งจะสามารถส่งเสริมความมั่นใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและลดภาวะซึมเศร้าได้

กิจกรรมที่ 3 ฉันทิคุณ : สร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน มีสิ่งสนับสนุนทางสังคม และการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณแบบครอบครัวมีส่วนร่วม การสื่อสารทางบวกเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การคุยกันอย่างเข้าใจ การสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้คิดทบทวนถึงบุคคลที่ทำให้เขารู้สึกมั่นคง อบอุ่น และการสื่อสารทางบวกเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความเข้าใจอันดีต่อกันอย่างไร ซึ่งการสื่อสารได้ฝึกทักษะการ ฟัง การพูดเพื่อสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างบุคคล ให้เกิดการยอมรับ ในผู้ป่วยที่สื่อสารและสามารถฟังการสื่อสารจากผู้อื่นได้ดี ซึ่งจะส่งผลให้มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับจากบุคคลอื่นได้ มีความเข้าใจอันดีต่อกัน และมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณโดยกิจกรรมการสวดมนต์เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสงบในจิตใจ มีสติ ผ่อนคลายและเกิดสมาธิ ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความผ่อนคลาย ลดความเครียด มีจิตใจสงบ สอดคล้องกับ Fiske et al. (2009) พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ศาสนา หรือจิตวิญญาณทำให้เป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับ รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2554) ที่กล่าวว่า บุคคลที่ขาดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี เช่น ไม่ได้การยอมรับจากบุคคลอื่น หรือรับรู้ว่าตนเองไม่เป็นที่น่าสนใจ พบว่า มีความบกพร่องในความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการมองตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ ขาดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกสิ้นหวัง นำไปสู่การทำร้ายตนเองมากที่สุด ดังนั้น กิจกรรมสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน มีสิ่งสนับสนุนทางสังคม และการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สามารถให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีสิ่งสนับสนุนทางสังคม สร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

กิจกรรมที่ 4 ฉันทิคุณ : เสริมสร้างความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด ประยุกต์การแก้ปัญหา และสร้างเป้าหมายชีวิตแบบครอบครัวมีส่วนร่วม การผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกให้ใจสงบ โดยกิจกรรมฝึกการหายใจผ่อนคลายความเครียด โดยการทำให้ใจสงบ เกิดความผ่อนคลายร่วมกัน ด้วยการหลับตาโดยผู้วิจัยเปิดเพลงที่ผ่อนคลายร่วมด้วย เพื่อเป็นการส่งเสริมให้จิตใจสงบ ผ่อนคลาย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบผ่อนคลายขึ้นได้ มีการบรรยายความสำคัญในการตั้งเป้าหมายการแก้ปัญหา การฝึกการใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหา การประยุกต์การแก้ปัญหา การ

สร้างเป้าหมายชีวิต ทางเลือกที่ดีที่สุด โดยการให้ฝึกการแก้ปัญหาของตนเอง เพื่อเป็นการฝึกประสบการณ์ในการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง แล้วจึงให้นำปัญหาที่แต่ละคนมีมาแก้ไข ซึ่งได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหา การประยุกต์การแก้ปัญหา การสร้างเป้าหมายชีวิต ทางเลือกที่ดีที่สุดและคนอื่นยอมรับ การแก้ปัญหาของแต่ละคน ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่ตนสามารถแก้ปัญหาได้ สอดคล้องกับ อภิชัย มงคล และคณะ (2550) พบว่า การมีเป้าหมายในชีวิต เป็นการฝึกฝนตนเองให้มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มองถึงอนาคต ช่วยให้ตนเองมีความหวังและวางแผนการดำเนินชีวิต ตลอดจนเข้าใจการดำเนินชีวิตที่จะเกิดขึ้น ดังนั้น กิจกรรมเสริมสร้างความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด ประยุกต์การแก้ปัญหา และสร้างเป้าหมายชีวิตแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จะเป็นส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า รับรู้ว่าคุณสามารถแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง มีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น ลดภาวะซึมเศร้าได้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 13.85 คะแนน และกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 20.00 คะแนน ซึ่งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) ซึ่งหมายความว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมภาวะซึมเศร้าลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ มีกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรม 1) รู้จักเรา เข้าใจกัน : การสร้างสัมพันธภาพและสร้างความสามารถในการอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวมีส่วนร่วม 2) ฉันทันเป็นฉันทัน : สร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ พัฒนาความคิดด้านบวก เห็นคุณค่าตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วม 3) ฉันทันมีคุณ : สร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน มีสิ่งสนับสนุนทางสังคม และการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณแบบครอบครัวมีส่วนร่วม 4) ฉันทันทำได้ : เสริมสร้างความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด ประยุกต์การแก้ปัญหา และสร้างเป้าหมายชีวิตแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เห็นในข้อดี มีความคิดด้านบวก มีความมั่นใจ และเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง มีทักษะในการสื่อสารทางบวกที่ดีมีประสิทธิภาพ เกิดการเรียนรู้จากปัญหาที่เผชิญ นำไปสู่การพัฒนาเป็นบทเรียนไปสู่สิ่งที่ดีกว่า และสามารถแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม เลือกทางเลือกที่ดีที่สุดให้ตนเอง มีกำลังใจที่จะต่อสู้แก้ไขกับปัญหาอย่างเข้มแข็ง และสามารถจัดการปัญหาและวิกฤตของชีวิต รวมทั้งสามารถ

พัฒนาตนเองตามสร้างเป้าหมายในชีวิตได้ เป็นการเสริมสร้างปัจจัยปกป้องในตัวบุคคล ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งทางใจในการฟื้นตัว (bound back) จากการเผชิญความทุกข์ยากลำบากในชีวิต อีกทั้งเป็นการลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงไปได้ (Grotberg, 1995) ทำให้ความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นส่งผลให้คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง (Jeste et al., 2013) ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการให้คำแนะนำการใช้ยา การสังเกตอาการข้างเคียง และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะได้รับการดูแลจากครอบครัวทำให้มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงเช่นกัน แต่ลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง นั่นคือ ลดลงจากมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (moderate depression) มาอยู่ในมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (mild depression) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลง และลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมส่งผลให้กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัยนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติลดลงเล็กน้อย ซึ่งทั้งนี้เพราะการพยาบาลตามปกติช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ แต่หากเพิ่มกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเพิ่ม เช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพ การนำครอบครัวมามีส่วนร่วม เป็นต้น จะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้น การดำเนินกลุ่มกิจกรรมหากพยาบาลได้รับการอบรมในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จะช่วยให้การจัดรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสามารถนำมาใช้เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าตระหนักในความเข้มแข็งทางใจในตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง

ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลง และมีคะแนนระดับภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลง คาดว่าน่าจะส่งผลให้สามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำหรือเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ และผลของคะแนนความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นทุกคน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริม

ความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจและช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

เพื่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้สามารถลดภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการดีขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคมที่ดีมีความสุข และมีคุณภาพมากขึ้น จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน ทั้งนี้การจัดกิจกรรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในทุกกลุ่มโรค เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของร่างกาย รวมทั้งภาวะที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพา การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารู้ถึงข้อดีของตนเอง รู้สึกตนเองมีคุณค่า เปลี่ยนการมองในแง่ร้ายเป็นการมองโลกในแง่ดี สามารถเกิดทักษะในการแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างเข้าใจกัน สามารถปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และลดการพึ่งพาจากบุคคลอื่น

2. การเริ่มดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ควรมีการสร้างสัมพันธภาพทุกครั้ง มีการรับฟังปัญหา การระบายความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ใช้โปรแกรมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม และควรปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมและสภาพสังคมนั้น ๆ เพราะอาจส่งผลต่อแนวคิดของแต่ละบุคคลในการแก้ไขปัญหาตามสภาพสังคม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอให้ผู้นำไปใช้ต้องศึกษาและทำความเข้าใจในเรื่องของการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมแต่ละด้านให้ชัดเจน เหมาะสม ก่อนนำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านั้น ๆ

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยต่อเนื่อง ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และมีการติดตามระยะยาว โดยติดตามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นระยะ ตามเหมาะสม เช่น ทุก 1, 3, และ 6 เดือน เพื่อความคงไว้ซึ่งการประเมินการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ระดับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ

2. ควรมีการศึกษาผลโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้า ร่วมกับปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม อาการซึมเศร้า ความสิ้นหวัง เป็นต้น

3. ควรมีการนำโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างการลดภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด หรือ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากสามารถช่วยปรับวิธีการคิดด้านดี ด้านบวกของตนเอง การเปลี่ยนจากการมองโลกแง่ร้ายเป็นการมองในแง่ดี และยังสามารถแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง ได้รับการดูแลที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ มีความเข้มแข็งทางใจ และมีภาวะซึมเศร้ามลดลงโดยมีการสนับสนุนจากครอบครัว สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2552). **แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- กรมสุขภาพจิต. (2552). **เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต (RQ : Resilience Quotient)**. นนทบุรี : ดินน้ำดู.
- งานเวชระเบียนสถิติ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ. (2558). **ทะเบียนประวัติ**. กรุงเทพมหานคร : กองทัพอากาศ.
- ซาฤทธิ วรวิชัยพงศ์. (2556). **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เขาวนีย์ ล่องชูผล. (2547). **ผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์. (2551). **ผลของการใช้ศิลปะบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และศิลปะศาสตร์ วิทยาลัยดุสิตธานี.
- ณัฐภัทตา เขาวนีย์วรารักษ์. (2556). **ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). **โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติรักษาหายได้**. กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์.
- ธรมินทร์ กองสุข. (2550). **โรคซึมเศร้า องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ เล่ม 1**. อุบลราชธานี : ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- ธรมินทร์ กองสุข. (2558). **โรคซึมเศร้า ความสูญเสียอันยิ่งใหญ่แห่งมวลมนุษยชาติ : การแก้ไขปัญห ความสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคซึมเศร้าและผลการดำเนินงานในระบบการแก้ไขปัญห ของโรคซึมเศร้าของไทย**. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2558. ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ.

- นริสา วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. **วารสารพยาบาลทหารบก.** 15(3) : 24-31.
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2556). การฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. **วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย.** 6(1) : 19-33.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวช ดันตีพัฒน์สกุล. (2550). **คู่มือการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตใจสำหรับบุคลากรสาธารณสุข.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2558). **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน.** กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยน ศรีเอช.
- ปวีณา นพโสตร. (2556). **ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญยภ สติพรอนันต์. (2550). **ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ใกล้หมอ.
- พรเพ็ญ สุดใจ. (2555). **ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. CHULALONGKORN UNIVERSITY
- พัชรินทร์ นันทจันทร์. (2558). **ความแข็งแกร่งในชีวิต : แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้.** กรุงเทพฯ : จุดทอง.
- เพ็ญประภา ปริญญาพล. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างยึดหยุ่นและทนทาน การรับรู้เหตุการณ์ลบในชีวิต กลวิธีการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). **การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี.** กรุงเทพฯ : ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

- มูจรินทร์ พุทเมตตา. (2557). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). **คู่มือการบำบัดทางจิตสังคม**. นครปฐม : บริษัทมิสเตอร์ก๊อบบี้ ประเทศไทย จำกัด.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วลัยพร นันทสุภวัฒน์. (2552). **สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ**. วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 27(1) : 27-32.
- วันเพ็ญ เชิงเขาว์. (2554). **รายงานการวิจัยการศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา**. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). **การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). **การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุ แบบสหวิชาชีพ**. กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานครพิมพ์.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2553). **รายงานผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย**. นนทบุรี.
- สภาการพยาบาล. (2551). **ราชกิจจานุเบกษา ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่าง ๆ**. นนทบุรี.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). **ความเครียดและอาการทางจิตเวช**. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). **จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายฝน เอกวางกูร. (2554). **รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า**. กรุงเทพฯ : ส.เอเชียเพรส (1989)
- สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2559). **ชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย คำแนะนำการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Treatment Recommendation for Major Depressive Disorder in Older Persons)**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). **การพยาบาลจิตเวช**. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.
- สุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ. (2558). **ตำราโรคซึมเศร้า**. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

- อภิชัย มงคล และคณะ. (2550). **รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2547**. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : บริษัท วี.พรีน (1991) จำกัด.
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ. (2556). **ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ. (2554). **ผลของจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว**. กรุงเทพฯ : ชั้นด้าการพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

- Akiskal, H. S. (2000). **Mood disorder : Introduction and overview**. Philadelphia : Lippincott.
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. **The lancet**. 365(9475) : 1961-1970.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. **Archives of general psychiatry**. 4(6) : 561-571.
- Beck A.T. (1967). **Depression : Clinical, experimental, and theoretical aspects**. New York : Harper Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression**. New York : Guilford Press.
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. **Psychological medicine**. 35(09) : 1241-1252.

- Brown, G. W., Harris, T. O., & Hepworth, C. (1995). Loss, humiliation and entrapment among women developing depression : a patient and non-patient comparison. **Psychological medicine**. 25(01) : 7-21.
- Burns, R., & Anstey, K. (2010). The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Testing the invariance of a uni-dimensional resilience measure that is independent of positive and negative affect. **Personality and Individual Differences**. 48(5) : 527-531.
- Buschmannet, M. T., Dixon,M.A. and Tichy,A.M. (1995). Geriatric depression. **Home Health care Nurse**. 13(3) : 47-59.
- Cahoon, C. G. (2012). Depression in older adults. **AJN The American Journal of Nursing**. 12(11) : 22-30.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. **Behaviour research and therapy**. 44(4) : 585-599.
- Cohen, D., & Krajewski, A. (2014). Interdisciplinary geriatric resilience interventions : an urgent research priority. **Topics in Geriatric Rehabilitation**. 30(3) : 199-206.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale : The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). **Depression and anxiety**. 18(2) : 76-82.
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression : a meta-analysis of Lewinsohn's "Coping with Depression" course. **Behavior Therapy**. 29(3) : 521-533.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review : Getting the most from a panel of experts. **Applied nursing research**. 5(4) : 194-197.
- Dyer, J. G., & McGuinness, T. M. (1996). Resilience:Analysis of the concept. **Archives of psychiatric nursing**. 10(5) : 276-282.
- Eliopoulos, C. (2014). **Gerontological Nursing**. Philadelphia : Priscilla Crater.
- Ellis, B. J., & Garber, J. (2000). Psychosocial antecedents of variation in girls' pubertal timing: maternal depression, stepfather presence, and marital and family stress. **Child development**. 71(2) : 485-501.

- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. **Annual review of clinical psychology**. 5 : 363-389.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. (2003). **Family nursing : research theory and practice**. 5th ed. New Jersey : Upper Saddle River.
- Frisch, N. C., and Frisch, L. E. . (2002). **Psychiatric mental health nursing : Understanding the client as well as the condition**. Albany : Delmar.
- Gooding, P., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. **International journal of geriatric psychiatry**. 27(3) : 262-270.
- Grotberg E. H. (1995). **A guide to promoting resilience in children : Strengthening the human spirit..** Netherlands : The Bernard Van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (1999). Countering depression with the five building blocks of resilience. **Reaching Today's Youth**. 4(1) : 66-72
- Grotberg, E. H. (2003). **Resilience for today : Gaining strength from adversity**. Westport : Praeger.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. **Annu. Rev. Clin. Psychol.**. 1 : 293-319.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. **Journal of the American Geriatrics society**. 52(2) : 257-262.
- Heisel, M. J. (2006). Suicide and its prevention among older adults. **The Canadian Journal of Psychiatry**. 51(3) : 143-154.
- Hughes, C. (1997). **Depression and mania in later life : Mental health care for elderly people**. New York : Churchill Living stone.
- Ingram, R. E., Miranda, J., and Segal, Z. V. . (1998). **Cognitive vulnerability to depression**. New York : Guilford.
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Martin, A. v. S., & Kraemer, H. C. (2013). Association between older age and more successful aging : critical role of resilience and depression. **American Journal of Psychiatry**. 170(2) : 188-196.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B.J. (1993). **Comprehensive group psychotherapy**. Philadelphia : J.B Lippincott.

- Klainin-Yobas, P., Cho, M. A. A., & Creedy, D. (2012). Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. **International journal of nursing studies**. 49(1) : 109-121.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9 : a new depression diagnostic and severity measure. **Psychiatric annals**. 32(9) : 509-515.
- Lee, A., & Craft-Rosenberg, M. (2002). Ineffective family participation in professional care: a concept analysis of a proposed nursing diagnosis. **International Journal of Nursing Knowledge**. 13(1) : 5-14.
- Levesque, L., Ducharme, F., Lachance, L., Gerdner, L. A., & Jirovec, M. (1999). Is there a difference between family caregiving of institutionalized elders with or without dementia ?. **Western Journal of Nursing Research**. 21(4) : 472-497.
- Lockwood, K. A., Alexopoulos, G. S., & van Gorp, W. G. (2002). Executive dysfunction in geriatric depression. **American Journal of Psychiatry**. 159(7) : 1119-1126.
- Lu, C., Yuan, L., Lin, W., Zhou, Y., & Pan, S. (2016). Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. **Archives of gerontology and geriatrics**. 71 : 34-42
- Maneerat, S., Isaramalai, S.-a., & Boonyasopun, U. (2011). A conceptual structure of resilience among Thai elderly. **International Journal of Behavioral Science**, 6(1). .
- Melartin, T. K., Rytala, H. J., Leskela, U. S., Lestela-Mielonen, P. S., Sokero, T. P., & Isometsa, E. T. (2004). Severity and comorbidity predict episode duration and recurrence of DSM-IV major depressive disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**. 65(6) : 810-819.
- Meisenhelder, J. B. (1985). Self-esteem : A closer look at clinical interventions. **International Journal of nursing studies**. 22(2) : 127-135.
- Min, J.-A., Lee, C.-U., & Chae, J.-H. (2015). Resilience moderates the risk of depression and anxiety symptoms on suicidal ideation in patients with depression and/or anxiety disorders. **Comprehensive psychiatry**. 56 : 103-111.
- Murphy, P. E., Ciarrocchi, J. W., Piedmont, R. L., Cheston, S., Peyrot, M., & Fitchett, G. (2000). The relation of religious belief and practices, depression, and

- hopelessness in persons with clinical depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 68(6) : 1102-1105.
- Musetti, L., Perugi, G., Soriani, A., Rossi, V. M., Cassano, G. B., & Akiskal, H. S. (1989). Depression before and after age 65. A re-examination. **The British Journal of Psychiatry**. 155(3) : 330-336.
- Niti, M., Ng, T. P., Kua, E. H., Ho, R. C. M., & Tan, C. H. (2007). Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults : the role of subjective health and functional status. **International journal of geriatric psychiatry**. 22(11) : 1087-1094.
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. **Aging & mental health**. 9(4) : 354-362.
- Oldehinkel, A. J., Bouhuys, A. L., Brilman, E. I., & Ormel, J. (2001). Functional disability and neuroticism as predictors of late-life depression. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**. 9(3) : 241-248.
- Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. **Current Directions in Psychological Science**. 22(6) : 455-460.
- Peplau, H. E. (1991). **Interpersonal relations in nursing**. New York : Springer.
- Polit, D. F., & Beck, C.T.. (2004). **Nursing research : principles and methods**.(7th ed.). Philadelphia : Lippincott.
- Qualls, S. H., & Anderson, L. N. (2009). Family therapy in late life. **Psychiatric annals**. 39(9) : 844-850.
- Rahe, R. H. (1979). Life change events and mental illness: an overview. **Journal of Human Stress**. 5(3) : 2-10.
- Rice, J. (2006). **Mathematical statistics and data analysis**. Nelson Education.
- Richardson, T. M., Friedman, B., Podgorski, C., Knox, K., Fisher, S., He, H., & Conwell, Y. (2012). Depression and its correlates among older adults accessing aging services. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**. 20(4) : 346-354.
- Santos, V., Paes, F., Pereira, V., Arias-Carrión, O., Silva, A. C., Carta, M. G., & Machado, S. (2013). The role of positive emotion and contributions of positive

- psychology in depression treatment: systematic review. **Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health**. 9(1).
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. **Journal of behavioral medicine**. 4(4) : 381-406.
- Schure, M. B., Odden, M., & Goins, R. T. (2013). The association of resilience with mental and physical health among older American Indians: The native elder care study. **American Indian and Alaska native mental health research**. 20(2) : 27.
- Sebern, M. (2005). Shared care, elder and family member skills used to manage burden. **Journal of advanced nursing**. 52(2) : 170-179.
- Seligman, M. E. P., Peterson, C Kaslow, N.J., Tenenbaum, R.L., Alloy, L.B., & Abramson, L.Y.. (1984). Attributional style and depressive symptoms. **Journal of Abnormal Psychology**. 93 : 235-241.
- Seok, J.-H., Lee, K.-U., Kim, W., Lee, S.-H., Kang, E.-H., Ham, B.-J., & Chae, J.-H. (2012). Impact of early - life stress and resilience on patients with major depressive disorder. **Yonsei medical journal**. 53(6) : 1093-1098.
- Smith, P. R. (2009). Resilience : Resilience factor for depressive symptoms. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**. 16 : 829-837.
- Simi, N. L. (2000). A study of risk and resilience in late adulthood to Dept. of Counseling. **Developmental and Educational Psychology**. Boston College.
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. **Science**. 338(6103) : 79-82.
- Specht, J. P., Kelley, L. S., Manion, P., Maas, M. L., Reed, D., & Rantz, M. J. (2000). Who's the boss? Family/staff partnership in care of persons with dementia. **Nursing administration quarterly**. 24(3) : 64-77.
- Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. **Psychosomatics**. 52(3) : 199-209.
- Talsma, A. N. (1995). **Evaluation of a theoretical model of resilience and select predictors of resilience in a sample of community - based elderly**. University of Michigan, Michigan.

- Taqi, A. M., Itrat, A., Qidwai, W., & Qadri, Z. (2007). Depression in the elderly: Does family system play a role? A cross-sectional study. **BMC psychiatry**. 7(1) : 57
- Theis, S. L., Cohen, F. L., Forrest, J., & Zelewsky, M. (1997). Needs assessment of caregivers of people with HIV/AIDS. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**. 8(3) : 76-84.
- Unalan, D., Gocer, S., Basturk, M., Baydur, H., & Ozturk, A. (2015). Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. **European Geriatric Medicine**. 6(4) : 319-324
- Varcarolis, E. M. (2002). Foundations of psychiatric mental health nursing : a clinical approach. **W.B. Saunders**.
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric. **Journal of nursing measurement**. 1(2) : 165-178.
- Wang, J., & Zhao, X. (2012). Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. **Archives of gerontology and geriatrics**. 55(3) : 574-579.
- Wells, M. (2012). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. **Journal of Rural Nursing and Health Care**. 10(2) : 45-54.
- Wilson, P. H., Spence, S.K., & Kavangh, D.J. (1989). **Cognitive Behavior Interviewing For Adult Disorder**. New York : Route ledge.
- World Health Organization. (2002). **Gender and woman 's mental health**. Geneva.
- Yalom, I. D. (1995). **The theory and practice of group psychology**. 4th ed. New York : Basic Books.
- Yang, Y. (2006). How does functional disability affect depressive symptoms in late life? The role of perceived social support and psychological resources. **Journal of health and social behavior**. 47(4) : 355-372.
- Yesavage, J. A. B., & T.L. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**. 17 : 37- 49.

WEBSITE

- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. (2555). **ทั่วโลกเตรียมรับมือปัญหาความชราภาพ**. [ออนไลน์]
แหล่งที่มา : [http:// www.manager.co.th/Around/ViewNews.aspx](http://www.manager.co.th/Around/ViewNews.aspx).
[25 มกราคม 2558]
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2550). **พุทธศาสนากับวิทยาศาสตร์**. [ออนไลน์].
แหล่งที่มา: <http://www.crs.mahidol.ac.th/thai/project04.htm> [28 มกราคม 2558]
- ธรมินทร์ กองสุข และคณะ. (2551). **ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย : ผลการสำรวจระดับชาติ
วิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทย การศึกษาระดับชาติ ปี 2551**. [ออนไลน์] . แหล่งที่มา :
<http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf>.
[29 กรกฎาคม 2558]
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2555). **ประชากรสูงอายุ**. [ออนไลน์] .แหล่ง
ที่มา : http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/ageing/ageing_179.htm.
[25 มกราคม 2558]
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2554). **โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
4 ภาคของไทย**. [ออนไลน์].แหล่งที่มา : <http://static.agingthai.org/files/content/4regions.pdf>. [26 มกราคม 2558]
- American Psychological Association. (2014). **The road to resilience : What is Resilience?**. [online]. Available from : <http://apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> [2016,May 8]
- Schwarzer, R., and Schulz, U. . (2001). **The Role of Stressful Life Evens**. [online]. Available from : <http://userpage.fu-berlin.de/health/materials/lifeevents.pdf> [2016,May 30]

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ปฏิบัติงาน
1.เรื่ออากาศเอกปิยะวัฒน์ เต๋นดำรงกุล	จิตแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
2.อาจารย์ ดร.สนธยา มณีรัตน์	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลครอบครัวชุมชน และจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ
3.นาวาอากาศโทหญิง วัลลภา อันดารา	อาจารย์หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
4.ดร.อุทยา นาคเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
5.นางสาวสุดารัตน์ พุฒพิมพ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์



ที่ ศธ 0512.11/ ๑๕๘๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖1 สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ เรืออากาศเอก ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล จิตแพทย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รชนิกร อุปเสน)

รองคณบดี

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

เรืออากาศเอก ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ โทร. 08-7080-8861

ที่ ศธ 0512.11/2885



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗ สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.สนธยา มณีรัตน์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลครอบครัวชุมชนและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รักษิณี อุปเสน)

รองคณบดี

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร.สนธยา มณีรัตน์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมฤทธิ์ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ โทร. 08-7080-8861

ที่ ศธ 0512.11/2585



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3/ สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ แบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. อุทยา นาคเจริญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังนิกกร อุปเสน)

รองคณบดี

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ดร. อุทยา นาคเจริญ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ โทร. 08-7080-8861

ที่ ศธ 0512.11/29๙๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ นาวาอากาศโทหญิง วัลลภา อันดารา อาจารย์หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รักษิณี อุปเสน)

รองคณบดี

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อ นิสิต

นาวาอากาศโทหญิง วัลลภา อันดารา
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ โทร. 08-7080-8861

ที่ ศธ 0512.11/ 2559



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3/ สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ แบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุดารัตน์ พุดพิมพ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รักษิณกร อุปเสน)

รองคณบดี

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวสุดารัตน์ พุดพิมพ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ โทร. 08-7080-8861



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือกำกับการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย
 - ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัว
 - ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1961) ปรับปรุงโดยวัชรี้ แสงสาย (2556)

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง
 - แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทยตามแนวคิดของ Grotberg (1995) พัฒนาโดย Maneerat et al. (2011)
3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
 - โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

เลขที่แบบสอบถาม ID

เครื่องมือในงานวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง () หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน และเติมข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านลงในช่องว่างที่เว้นไว้

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ (เกิน 6 เดือนนับเป็นปี) ปี
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่
() หม้าย () หย่า / แยกกันอยู่
() อื่นๆ โปรดระบุ
4. ศาสนา () พุทธ () คริสต์
() อิสลาม
() อื่น ๆ โปรดระบุ
5. ระดับการศึกษาสูงสุด () ไม่ได้เรียน () อนุปริญญา/ ปวส.
() ประถมศึกษา () ปริญญาตรี
() มัธยมศึกษาตอนต้น () สูงกว่าปริญญาตรี
() มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
6. อาชีพในปัจจุบัน () ว่างาน () เกษียณราชการ
() เกษตรกร () ค้าขาย
() พนักงานบริษัท () รัฐวิสาหกิจ
() รับจ้าง () อื่นๆ โปรดระบุ
7. ลักษณะการอยู่อาศัย () อยู่คนเดียว () อยู่กับคู่สมรส 2 คน
() อยู่กับคู่สมรสและบุตร
() อยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน
() อยู่กับบุตรหลาน () อยู่กับพี่น้อง/ญาติ
() อื่น ๆ โปรดระบุ
8. สภาพเศรษฐกิจ () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
9. โรคประจำตัวอื่น นอกเหนือจากโรคซึมเศร้า () ไม่มี () มี โปรดระบุ

เลขที่แบบสอบถาม ID

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง () หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน และเติมข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านลงในช่องว่างที่เว้นไว้

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ เกิน 6 เดือนนับเป็นปี) ปี
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่
() หม้าย () หย่า / แยกกันอยู่
() อื่น ๆ โปรดระบุ
4. ศาสนา () พุทธ () คริสต์
() อิสลาม () อื่นๆ ระบุ
5. ระดับการศึกษาสูงสุด () ไม่ได้เรียน () อนุปริญญา/ ปวส.
() ประถมศึกษา () ปริญญาตรี
() มัธยมศึกษาตอนต้น () สูงกว่าปริญญาตรี
() มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
6. อาชีพในปัจจุบัน ()ว่างงาน () เกษียณราชการ
() เกษตรกร () ค้าขาย
() พนักงานบริษัท () รัฐวิสาหกิจ
() รับจ้าง () อื่นๆ โปรดระบุ
7. ลักษณะการอยู่อาศัย () อยู่คนเดียว () อยู่กับคู่สมรส 2 คน
() อยู่กับคู่สมรสและบุตร () อยู่กับคู่สมรส บุตรและหลาน
() อยู่กับบุตรหลาน () อยู่กับพี่น้อง/ญาติ
() อื่น ๆ โปรดระบุ
8. สภาพเศรษฐกิจ () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
9. โรคประจำตัว () ไม่มี
() มี โปรดระบุ
10. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ โปรดระบุ
11. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ปี

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1961) ปรับปรุงโดยวัชร แสงสาย (2556)

คำชี้แจง : โปรดกากบาท (X) ทับหน้าข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงปัจจุบันนี้ โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

1. ความรู้สึกเศร้า

- 0 ท่านไม่มีความรู้สึกเศร้า
- 1 ท่านรู้สึกเศร้าบ้าง
- 2 ท่านรู้สึกเศร้าตลอดเวลา
- 3 ท่านรู้สึกเศร้ามาก และไม่มีความสุข

12. ความสนใจ

- 0 ท่านยังให้ความสนใจผู้อื่นเสมอ
- 1 ท่านสนใจคนอื่นน้อยกว่าที่เคย
- 2 ท่านเลิกสนใจคนอื่นเป็นบางเวลา
- 3 ท่านเลิกสนใจคนอื่นโดยสิ้นเชิง

14. ความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนเอง

- 0 ท่านไม่รู้สึกว่าท่านแตกต่างไปจากเมื่อก่อน
- 1 ท่านวิตกว่าท่านดูแก่และไม่น่าสนใจ
- 2 ท่านรู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในอิริยาบถของท่านที่ทำให้ท่านไม่น่ามอง อีกต่อไป
- 3 ท่านเชื่อว่าท่านเป็นคนที่น่าเกลียดมาก

16. การนอนหลับ

- 0 ท่านนอนได้ตามปกติ
- 1 ท่านนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย
- 2 ท่านตื่นก่อนปกติ 1- 2 ชั่วโมง
- 3 ท่านตื่นบ่อยกว่าที่เคยและไม่สามารถจะนอนหลับได้อีก

21. อารมณ์ทางเพศ

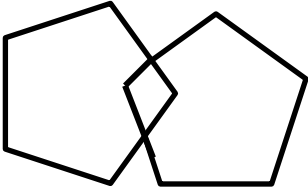
- 0 ในช่วงนี้ความสนใจทางเพศของท่านไม่เปลี่ยนแปลง
- 1 ท่านสนใจเกี่ยวกับเรื่องเพศน้อยกว่าที่เคย
- 2 ในช่วงนี้ท่านสนใจเรื่องเพศน้อยมาก
- 3 ท่านไม่สนใจเรื่องเพศโดยสิ้นเชิง

แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002)

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความบกพร่องด้านการรู้คิด มีจำนวนทั้งหมด 11 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำ ข้อ 4, 9 และ 10

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังแต่ละข้อว่าตรงกับเข้าใจของท่าน โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้องหรือผิด

รายการประเมิน	บันทึกคำตอบ (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)	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		
.		
.		
.		
.		
.		
11. Visuoconstruction (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)		
		
	คะแนนรวม	คะแนน

แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทยตามแนวคิดของ Grotberg (1995)

พัฒนาโดย Maneerat et al. (2011) มีข้อความ 24 ข้อ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านพอประมาณ
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านค่อนข้างน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เป็นจริง หรือไม่ตรงกับตัวท่านเลย

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงปัจจุบันนี้ โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น				
1. ท่านเป็นคนที่ชอบพูดคุยกับผู้อื่น				
.				
.				
.				
ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่				
9. ทุกวันนี้ท่านมั่นใจว่าจะสามารถแก้ไขทุกปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตได้เสมอ				
ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม				
12. ทุกวันนี้ ท่านมีคนในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ที่ท่านรู้สึกไว้วางใจได้เสมอ				
ด้านการมีชีวิตรอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ				
19. ท่านนำหลักคำสอนทางศาสนา หรือสิ่งที่เคารพนับถือมาปฏิบัติเมื่อมีความทุกข์				
ด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา				
21. ท่านสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากในอดีตมาใช้ในชีวิต หรือแก้ไขปัญหาปัจจุบันได้				
24. ท่านสามารถเล่าความทุกข์ ให้กับคนที่ท่านไว้วางใจฟังได้				

โครงการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

คู่มือ

โครงการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

(ฉบับผู้วิจัย)



โดย

เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า

THE EFFECT OF PROMOTING RESILIENCE WITH FAMILY PARTICIPATION PROGRAM ON
DEPRESSION IN OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

หลักการและเหตุผล

ปัญหาสุขภาพจิตที่เป็นปัญหามากที่สุดในผู้สูงอายุ คือ การมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2554) เนื่องจากประชาชนมีอายุยืนขึ้น ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากการสำรวจระดับชาติทางจิตเวชในประเทศไทยปี 2551 พบผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำแนกความชุกตามกลุ่มอายุ 60 – 69 ปีพบร้อยละ 3.3 ช่วงอายุ 70 – 79 ปีพบร้อยละ 3.9 และอายุ 80 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 5.0 (ธรรณิษฐ์ กองสุข และคณะ, 2551) ทั้งนี้สถานการณ์และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุจะมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 72.3 และมีภาวะซึมเศร้าแน่นอนร้อยละ 15.6 (วัลย์พร นันทศุภวัฒน์, 2552) การศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในต่างประเทศ พบระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงมาก คือร้อยละ 12.9, 58.0, 91.5 และ 98.9 ตามลำดับ (Kroenke & Spitzer, 2002) และจากการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 65.9 ระดับปานกลางร้อยละ 30.7 และระดับรุนแรงร้อยละ 3.4 (มัจฉรินทร์ พุทธเมตตา, 2557)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุมีความซับซ้อนของความรู้สึก กระบวนการคิด และพฤติกรรมแสดงออกในด้านกลุ่มอาการและอาการแสดงที่มีความแปรปรวนเปลี่ยนแปลงไป ในด้านอารมณ์ แรงจูงใจ และด้านร่างกาย โดยมีอาการซึมเศร้า หดหู่ มีลักษณะของการคิดที่บิดเบือน มีความคิดอัตโนมัติด้านลบ ต่อตนเอง ต่อโลก ต่ออนาคต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวังแยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น (Beck, 1967) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัดที่เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ หงอยเหงา เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ คิดมาก นอนไม่หลับ หากภาวะซึมเศร้าคงอยู่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ๆ ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ก่อให้เกิดความเศร้าเรื้อรังและรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ (Psychiatric disorder) จนเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ และทำร้ายตนเองในที่สุด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) และนำมาสู่การฆ่าตัวตายได้ (Cahoon, 2012; Cohen & Krajewski, 2014) ซึ่งการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 70 (สมภาพ เรืองตระกูล, 2547)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ปัจจัยสำคัญ คือ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และปัจจัยปกป้อง กล่าวคือ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะ

ซึมเศร้า ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา ได้แก่ พันธุกรรม เพศ ความผิดปกติของระบบประสาท ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความผิดปกติของบุคลิกภาพ บุคลิกภาพแบบอ่อนไหว และการมีความผิดปกติด้านความคิด ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ได้แก่ การสูญเสีย ปัญหาเศรษฐกิจ และปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา (มูจรินทร์ พุทธิเมตตา, 2557) ทั้งนี้ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการรุนแรงมากขึ้นคือ มีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ มีความคิดทางลบตลอดเวลา ความสามารถในการรู้คิดและการควบคุมตนเองต่อการดำรงชีวิตลดลง ไม่สามารถปรับตัวที่จะเผชิญกับปัญหา (Heisel, 2006 ; อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ , 2556) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะใช้ชีวิตอย่างมีความสุขจึงควรมีสภาพจิตใจเข้มแข็งเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและต่อสู้กับโรคซึมเศร้าได้ (กรมสุขภาพจิต, 2552)

ความเข้มแข็งทางใจ มีชื่อเรียกแตกต่างกันไป เช่น ความหยั่งตัวทนทาน ความสามารถในการเผชิญวิกฤต ความยืดหยุ่น ความแข็งแกร่งในชีวิต ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง หรือพลังสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลที่จะป้องกันการสูญเสีย ลดความรุนแรงในภาวะบีบคั้นที่ต้องเผชิญและผ่านพ้นไปได้ด้วยดี สามารถพัฒนาขึ้นมาได้ไม่ว่าอยู่ในวัยใดก็ตาม (Grotberg, 1995) ความสามารถนี้ต้องได้มาจากการเสริมสร้างให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีพร้อม 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) สิ่งที่ตนเป็น (I am) เป็นลักษณะชอบจะทำสิ่งดีๆให้ผู้อื่น นับถือตนเอง และผู้อื่น รวมทั้งการเป็นผู้ที่ภูมิใจในตนเอง 2) สิ่งที่ตนมี (I have) รับรู้ได้ว่าตนมีใครรอบข้างที่ไว้ใจได้ ช่วยเหลือยามเจ็บป่วย ฝึกฝนให้บุคคลทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง 3) สิ่งที่ตนทำได้ (I can) เป็นการช่วยให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถหาวิธีในการแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้กระบวนการที่สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิตอันเป็นคุณสมบัติหนึ่งซึ่งช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Maneerat et al., 2011)

ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถของบุคคลที่เกิดจากการผสมผสานลักษณะทางบวกที่จะช่วยป้องกันบุคคลจากสถานการณ์ความยากลำบากและเลวร้ายที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ (Grotberg, 1999) ดังนั้นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความเข้มแข็งในการยืนหยัดเผชิญต่อสู้กับโรคที่เป็นอย่างเข้มแข็งและแข็งแกร่ง เพื่อสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข (Schure et al., 2013) ดังนั้นความเข้มแข็งทางใจจึงมีความสำคัญแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่จะทำให้เกิดความเข้มแข็งและมีความมั่นคงทางจิตใจ อันจะเป็นเกราะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นได้ (Smith, 2009) ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ จะสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งความเข้มแข็งทางใจส่งผลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้า (Burns & Anstey, 2010) และลดภาวะซึมเศร้าได้ (Seok et al., 2012)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี แต่หากได้นำครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพาเข้ามาร่วมด้วยตามแนวคิดของ Sebern (2005) ในการที่จะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามามีภาวะซึมเศร้าลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามามีภาวะซึมเศร้ายังคงอยู่ แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) จึงมีส่วนสำคัญที่จะช่วยในกระบวนการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจได้ เนื่องจากเป็นกระบวนการร่วมมือกันระหว่างสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้กระบวนการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น (Wells, 2012) ด้วยเหตุนี้การให้โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จะเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ตระหนักถึงความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเอง มองเห็นคุณค่าในตนเองหรือเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น สามารถพัฒนาทักษะในการเพิ่มคุณค่าในตัวเอง มีความเข้มแข็งทางใจ และมีภาวะซึมเศร้าลดลง โดยมีการสนับสนุนจากครอบครัว สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิด Grotberg (1995) กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจหรือการฟื้นคืนทางอารมณ์ เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลที่จะป้องกันการสูญเสีย ลดความรุนแรงในภาวะบีบคั้นที่ต้องเผชิญ และผ่านพ้นไปได้ด้วยดี สามารถพัฒนาขึ้นมาได้ไม่ว่าอยู่ในวัยใดก็ตาม ความสามารถนี้ต้องได้มาจากการเสริมสร้างให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีพร้อม 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) สิ่งที่ตนเป็น (I am) เป็นลักษณะชอบจะทำสิ่งดีๆให้ผู้อื่น นับถือตนเอง และผู้อื่น รวมทั้งการเป็นผู้ที่ภูมิใจในตนเอง 2) สิ่งที่ตนมี (I have) รับรู้ได้ว่าตนมีครอบครัวที่ไว้ใจได้ ช่วยเหลือยามเจ็บป่วย ฝึกฝนให้บุคคลทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง 3) สิ่งที่ตนทำได้ (I can) เป็นการช่วยให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถหาวิธีในการแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้กระบวนการที่สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิตอันเป็นคุณสมบัติหนึ่งซึ่งช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Maneerat et al., 2011; กรมสุขภาพจิต, 2552) โดยพัฒนาองค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจผู้สูงอายุ 5 ด้าน (Maneerat et al., 2011) คือ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหาร่วมกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของ Sebern (2005) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการดูแล คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีส่วนร่วมในด้านการสื่อสารข้อมูลการเจ็บป่วย การตัดสินใจในการดูแล และการกระทำร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัย ได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัว มีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารมี การทำความเข้าใจ ค้นหาข้อมูลปัญหาของผู้ป่วย ร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และร่วมจัดการปัญหา ร่วมกับผู้ป่วย มีการทบทวนทักษะจากการเข้าร่วมกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อเนืองที่ บ้าน เพื่อเป็นการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาทีเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้



กิจกรรมที่ 1 รู้จักเรา เข้าใจกัน : การสร้างสัมพันธ์ภาพ และสร้างความสามารถในการอยู่ร่วมกัน
กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และผู้ดูแลหลัก (สมาชิกในครอบครัว)

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับสมาชิกในกลุ่ม ให้เกิดความไว้วางใจ และยินดี
 ร่วมวิจัย

2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับ

3. เพื่อให้สมาชิกสำรวจความเข้มแข็งทางใจตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเรื่องความเข้มแข็งทางใจ ประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนาความสามารถในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น

สาระสำคัญ

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกและผู้นำกลุ่ม เป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากสามารถช่วยให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ นำสู่ความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายโดยผู้วิจัย สร้างความรู้สึกให้สมาชิกเกิดความมั่นใจ ปลอดภัย และไว้วางใจ อันเป็นผลดีต่อการพูดระบายความรู้สึก กล้าแสดงความคิดเห็น สร้างให้เกิดบรรยากาศ ความไว้วางใจ ยอมรับในตัวของสมาชิก และเชื่อมั่นในศักยภาพของสมาชิกแต่ละคน กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น มีความเชื่อมั่นในตัวเอง

2. การเริ่มต้นสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว) เพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ซึ่งเป็นระยะสำคัญในการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัด ใช้หลักการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) สมาชิก ให้ความเป็นกันเองเพื่อก่อให้เกิดศรัทธาความรู้สึกที่ดีต่อผู้นำกลุ่ม ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิก ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว) เกิดการยอมรับซึ่งกันและกันไว้วางใจกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม ในขั้นตอนนี้เป็นการเริ่มต้นสร้างความคุ้นเคยการยอมรับนับถือความเป็นบุคคล การยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น การยอมรับซึ่งกันและกัน การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจ สามารถลดภาวะซึมเศร้าจากโรคซึมเศร้าได้ เพื่อการอยู่ร่วมที่ดี เข้าใจในมุมมองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชั้นจิตวิญญาณ

3. การทำให้อาการดีขึ้น และคงไว้หรือฟื้นฟูโดยพยาบาลจะเป็นผู้สนับสนุน ส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การดูแลตนเองของสมาชิกและการดูแลสมาชิกโดยผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว) สามารถสังเกตเฝ้าระวังอาการรุนแรงของโรค การกลับเป็นซ้ำ สามารถสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชนได้ นอกจากนี้ยังป้องกันการเกิดโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชในครอบครัวได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มเริ่มสร้างสัมพันธ์ภาพโดยการจัดเตรียมสถานที่ทำกลุ่มให้มีบรรยากาศเหมาะสม เอื้ออำนวยต่อการสนทนาของสมาชิกและผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว) ให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย จัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน

2. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร แสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน และให้สมาชิกแนะนำตัวเองทีละคน และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล จากนั้นใช้การพูดเรื่องทั่ว ๆ ไป เช่น การเดินทาง สถานที่อยู่ ของแต่ละคน เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ และผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ในการพบกันครั้งแรก

3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมอธิบายถึงขั้นตอนของการเข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และเพื่อเป็นการให้ข้อมูลรายละเอียดต่อสมาชิกและผู้ดูแลหลัก (สมาชิกในครอบครัว) เพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับแนวทางของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

4. ผู้นำกลุ่มสร้างข้อตกลง กำหนดจุดมุ่งหมาย วางแผนการปฏิบัติร่วมกัน สร้างข้อตกลงว่าสมาชิกในกลุ่มจะมีการสำรวจตัวเอง และเปิดเผยความคิดความรู้สึกขณะได้รับการเข้ากลุ่ม และสร้างข้อตกลงในการมีส่วนร่วม ของผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว) ต่อการเข้ากลุ่ม นำเข้าสู่กิจกรรมการสร้างความสามารถในการอยู่ร่วมกัน (แจกใบความรู้ 1.1 เรื่อง ความสามารถในการอยู่ร่วมกัน

5. ผู้นำกลุ่มแจกกระดาษวาดภาพพร้อมอุปกรณ์วาดภาพ (เขียนใบงานที่ 1.1 ครอบครัวของเรา) โดยให้สมาชิกและผู้ดูแลหลัก (สมาชิกในครอบครัว) ร่วมกันวาดรูปที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวอย่างอิสระ

6. เมื่อวาดเสร็จผู้นำกลุ่มกระตุ้นถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อช่วยกันวาดภาพครอบครัวของเราด้วยกันสำเร็จ ถามถึงสิ่งที่เห็นในภาพที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก (สมาชิกในครอบครัว) และ สิ่งที่ได้จากการสร้างครอบครัวร่วมกัน ตัวอย่างคำถามเช่น รู้สึกอย่างไรกับกิจกรรมที่ร่วมกันทำ อยากให้บ้านที่ร่วมกันสร้างเป็นอย่างไรในความคิดท่าน ท่านอยากให้สมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร และต้องทำอย่างไร หากเราสามัคคีร่วมกันทำกิจกรรมผลออกมาจะเป็นอย่างไร

7. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนร่วมกันแสดงความคิดเห็นในประเด็น “เราจะอยู่ร่วมกันอย่างไร”

8. ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรมและนำไปใช้ เช่น การยอมรับความเป็นบุคคลและความสามารถของผู้อื่น ความภาคภูมิใจของคนในครอบครัว การยอมรับความคิดของผู้อื่น การยอมรับซึ่งกันและกัน เพื่อการอยู่ร่วมกันที่ดีมีความสุขของครอบครัว เป็นต้น
9. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่กิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยให้ความรู้ บรรยายเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ (แจกใบความรู้ที่ 1.2 เรื่อง ความเข้มแข็งทางใจ)
10. ให้สมาชิกนั่งท่าสบาย หลับตา หายใจเข้าออกลึก ๆ จากนั้น ผู้นำกลุ่มกล่าวให้ผู้ช่วยได้ระลึกถึง I have I am และ I can ของตนเองตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (เขียนใบงานที่ 1.2 ความเข้มแข็งทางใจของฉัน) โดยให้สมาชิกบอกจุดแข็งของตนเอง และสิ่งที่ตนเองจะต้องแก้ไขในมุมมองของ I have I am และ I can จากนั้นให้ผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว) บอกข้อดี ข้อเสีย หรือเรื่องที่ไม่สบายใจ และข้อที่ผู้ช่วยสามารถจะพัฒนาต่อไปได้ เพื่อช่วยให้มีความเข้มแข็งทางใจมากขึ้น
11. ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันตอบคำถาม อภิปรายสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรมครั้งนี้ จากนั้นผู้นำกลุ่มดำเนินกิจกรรมสรุปประเด็นเกี่ยวกับสภาพปัญหา อารมณ์ ความรู้สึก เพื่อความเข้าใจตรงกันร่วมกัน
12. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ได้แก่ หัวข้อ โรคซึมเศร้าคืออะไร โรคซึมเศร้าเกิดจากอะไรการรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า การดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า การสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งทางใจ เน้นย้ำและกระตุ้นสำรวจตนเอง เข้าใจถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา มีความเชื่อมั่นและมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหา
13. ยุติการสนทนา และนัดหมายครั้งต่อไปในการทำกิจกรรมที่ 2 (ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2) ให้กำลังใจ แสดงความใส่ใจที่ให้การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เพื่อช่วยให้สมาชิกและผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว) มีความรู้สึกประทับใจ เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน

แนวทางการสรุป

ทุกคนได้ทราบความสำคัญของการยอมรับความเป็นบุคคล ความสามารถของผู้อื่น ความภาคภูมิใจของคนในครอบครัว การยอมรับความคิดของผู้อื่น มีการยอมรับซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพื่อการอยู่ร่วมกันที่ดีมีความสุขของครอบครัว

คู่มือ

โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
สำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว
(ครอบครัวคลายเศร้า)



โดย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แต่งด้อมยุทธ์
(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ และผู้ป่วยจะกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสามารถ ทำกิจกรรมที่เคยทำได้เป็นปกติในชีวิตประจำวัน การดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีคุณภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ดูแล (ครอบครัว) เป็นหลัก หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล (ครอบครัว) มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างถูกต้องจะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผู้จัดทำได้ตระหนักและเข้าใจดีถึงบทบาทสำคัญของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว) จึงได้ผลิต “คู่มือโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว (ครอบครัวคลายเศร้า)” ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการแนะนำ ดูแล ช่วยเหลือ การใช้ชีวิตร่วมกันของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้ดำเนินไปด้วยความเข้าใจ เห็นใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน สุขกายใจกายดี มีความสุขที่ยั่งยืน

ด้วยความปรารถนาดี

เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ค
คะแนนความเข้มแข็งทางใจกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนความเข้มแข็งทางใจไม่ผ่านเกณฑ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 8 คะแนนความเข้มแข็งทางใจกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนความเข้มแข็งทางใจไม่ผ่านเกณฑ์

กลุ่ม ตัวอย่าง	คะแนนความเข้มแข็งทางใจ	
	หลังทดลอง	การประเมินซ้ำ หลัง ร่วมทบทวน และ ให้คำปรึกษารายครอบครัว
กลุ่มทดลอง		
คนที่ 3	57	75
คนที่ 4	69	74
คนที่ 10	50	73
คนที่ 11	70	76
คนที่ 15	68	76
คนที่ 16	72	75
คนที่ 20	69	74

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนความเข้มแข็งทางใจไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 7 คน ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ โดยมองตนเองว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ท้อแท้ และคิดว่าตนเป็นภาระของครอบครัว ผู้วิจัยได้ร่วมทบทวนความรู้ความเข้าใจจากการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ร่วมประเมินความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม ให้ข้อมูลสร้างความเข้มแข็งทางใจตามรายชื่อ การให้คำปรึกษารายครอบครัว จากนั้นจึงทำการประเมินซ้ำ หลังประเมินซ้ำผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้คะแนนความเข้มแข็งทางใจไม่ผ่านเกณฑ์ มีระดับคะแนนความเข้มแข็งทางใจสูงทุกคน

ภาคผนวก ง
คะแนนความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 9 คะแนนความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

กลุ่ม ตัวอย่าง	คะแนน	ระดับคะแนน	คะแนน	ระดับคะแนน
	ความเข้มแข็งทางใจ ก่อนทดลอง		ความเข้มแข็งทางใจ หลังทดลอง	
กลุ่ม ทดลอง				
คนที่ 1	70	ปานกลาง	86	สูง
คนที่ 2	80	สูง	86	สูง
คนที่ 3	46	ต่ำ	75	สูง
คนที่ 4	64	ปานกลาง	74	สูง
คนที่ 5	61	ปานกลาง	76	สูง
คนที่ 6	75	สูง	80	สูง
คนที่ 7	70	ปานกลาง	77	สูง
คนที่ 8	92	สูง	92	สูง
คนที่ 9	69	ปานกลาง	84	สูง
คนที่ 10	39	ต่ำ	73	สูง
คนที่ 11	70	ปานกลาง	76	สูง
คนที่ 12	66	ปานกลาง	86	สูง
คนที่ 13	79	สูง	82	สูง
คนที่ 14	72	ปานกลาง	86	สูง
คนที่ 15	55	ต่ำ	76	สูง
คนที่ 16	70	ปานกลาง	75	สูง
คนที่ 17	76	สูง	83	สูง
คนที่ 18	44	ต่ำ	80	สูง
คนที่ 19	63	ปานกลาง	77	สูง
คนที่ 20	66	ปานกลาง	74	สูง

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนความเข้มแข็งทางใจต่ำ จำนวน 4 คน ระดับคะแนนความเข้มแข็งทางใจปานกลาง จำนวน 11 คน และระดับคะแนนความเข้มแข็งทางใจสูง จำนวน 5 คน และภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความเข้มแข็งทางใจสูงทุกคน

ภาคผนวก จ
การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามตัวแปร อายุ และระดับภาวะซึมเศร้า (Matched - pair) ของกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 10 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามตัวแปร อายุ และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า
(Matched - pair) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	อายุ		ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	60	61	30	30
2	60	60	21	21
3	62	64	32	33
4	63	65	28	28
5	63	63	22	22
6	63	65	17	17
7	63	62	37	37
8	64	66	17	17
9	64	60	22	20
10	65	63	35	33
11	65	63	19	19
12	69	67	22	22
13	70	68	17	19
14	72	71	24	26
15	72	74	24	25
16	72	70	17	17
17	73	72	17	17
18	74	71	19	19
19	78	76	18	19
20	81	80	23	23

จากตารางที่ 10 พบว่า การจับคู่ (Matched - pair) โดยให้กลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มทดลอง เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ อายุ (Alexopoulous, 2005) และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (Jeste et al., 2013)



ที่ ศธ 0512.11/2564



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

ว/ สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เนื่องด้วย เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาและทดสอบคุณภาพแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย ของนางสนธยา มณีรัตน์ ปริญญาคุชกุบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล (นานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2553) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสงอรุณ อิศระมาลัย เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รักษิณกร อุปเสน)

รองคณบดี

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ โทร. 08-7080-8861



การตรวจสอบความเที่ยงเครื่องมือในเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1961) ปรับปรุงโดยวัชรีย์ แสงสาย (2556)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทยตามแนวคิดของ Grotberg (1995) พัฒนาโดย Maneerat et al. (2011)

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002)



การตรวจสอบความเที่ยงเครื่องมือ
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1961) ปรับปรุงโดยวัชรีย์ แสงสาย (2556)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.896	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
D1	19.6337	126.740	.715	.886
D2	20.0337	126.121	.722	.885
D3	20.1003	127.697	.693	.887
D4	19.8003	123.148	.784	.883
D5	19.6670	134.317	.484	.892
D6	19.7003	125.476	.633	.888
D7	20.0337	131.568	.675	.889
D8	19.8337	128.368	.694	.887
D9	20.3337	137.903	.417	.894
D10	19.9337	128.634	.624	.888
D11	19.9003	135.974	.414	.894
D12	19.6670	136.869	.285	.897
D13	19.7337	125.530	.783	.884
D14	19.8003	130.735	.617	.889
D15	19.9670	131.913	.562	.890
D16	19.1000	130.162	.462	.893
D17	19.6003	131.231	.542	.891
D18	19.7337	134.082	.399	.894
D19	19.4670	133.448	.173	.911
D20	19.6003	133.508	.575	.891
D21	19.0337	138.672	.127	.904

แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทยตามแนวคิดของ Grotberg (1995)
พัฒนาโดย Maneerat et al. (2011)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.910	24

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
R1	55.2667	117.995	.275	.912
R2	54.8333	113.109	.404	.910
R3	55.0000	112.966	.489	.907
R4	55.1667	115.661	.474	.907
R5	55.5000	115.086	.588	.906
R6	55.1667	116.213	.307	.912
R7	55.4667	114.257	.546	.906
R8	55.4667	114.257	.546	.906
R9	55.4667	111.844	.590	.905
R10	55.6333	115.206	.499	.907
R11	55.6333	114.792	.526	.907
R12	55.5000	115.707	.403	.909
R13	55.4000	115.076	.517	.907
R14	55.1667	110.626	.645	.904
R15	54.9000	108.231	.657	.903
R16	55.3333	114.920	.485	.907
R17	55.2333	113.082	.563	.906
R18	55.4333	114.254	.628	.905
R19	55.6667	115.747	.570	.906
R20	55.5333	112.189	.703	.903
R21	55.6333	112.999	.697	.904
R22	55.4667	112.257	.727	.903
R23	55.4000	114.869	.394	.910
R24	55.3667	112.861	.549	.906

แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002)

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ทำวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ซึ่งผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรคูเดออร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR 20) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .84 ดังนี้

การใช้สูตรคูเดออร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR 20) ใช้ในกรณีที่คำถามที่ให้คำตอบเป็น 2 ค่า โดยคำนวณจากสูตร

$$r = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right]$$

เมื่อ	r	คือ	ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง
	K	คือ	จำนวนข้อ
	P	คือ	สัดส่วนของคนที่ตอบถูกในแต่ละข้อ
	q	คือ	สัดส่วนของคนที่ตอบผิดในแต่ละข้อ
	S ²	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานยกกำลังสอง)

จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง Try out

$$\begin{aligned} K &= 30 \\ \sum pq &= 3.1571 \\ S^2 &= 17.76 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า} \quad R &= \frac{30}{30-1} \left[1 - \frac{3.1571}{17.76} \right] \\ &= 0.84 \end{aligned}$$



การวิเคราะห์สถิติ Paired t-test

กลุ่มทดลอง

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 ภาวะซึมเศร้าก่อนทดลอง	23.0500	20	6.24479	1.39638
ภาวะซึมเศร้าหลังทดลอง	13.8500	20	6.69859	1.49785

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 ภาวะซึมเศร้าก่อนทดลอง & ภาวะซึมเศร้าหลังทดลอง	20	.682	.001

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 ภาวะซึมเศร้าก่อนทดลอง - ภาวะซึมเศร้าหลังทดลอง	9.20000	5.17687	1.15758	6.77715	11.62285	7.948	19	.000

การวิเคราะห์สถิติ Paired t-test

กลุ่มควบคุม

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 ภาวะซีมเศร้าก่อน	23.2000	20	6.09227	1.36227
ภาวะซีมเศร้าหลัง	20.0000	20	7.51139	1.67960

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 ภาวะซีมเศร้าก่อน & ภาวะซีมเศร้าหลัง	20	.622	.003

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 ภาวะซีมเศร้าก่อน - ภาวะซีมเศร้า	3.20000	6.04892	1.35258	.36902	6.03098	2.366	19	.029

การวิเคราะห์สถิติ Independent t-test

ก่อนทดลอง

Group Statistics

Group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง	20	23.0500	6.24479	1.39638
ก่อนทดลอง กลุ่มควบคุม	20	23.2000	6.09227	1.36227

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
ก่อนทดลอง	Equal variances assumed	.007	.933	-.077	38	.939	-.15000	1.95081	-4.09921	3.79921
	Equal variances not assumed			-.077	37.977	.939	-.15000	1.95081	-4.09929	3.79929

หลังทดลอง

Group Statistics

Group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	20	13.8500	6.69859	1.49785
หลังทดลอง กลุ่มควบคุม	20	20.0000	7.51139	1.67960

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
หลังทดลอง	Equal variances assumed	1.657	.206	-2.733	38	.009	-6.15000	2.25047	-10.70583	-1.59417
	Equal variances not assumed			-2.733	37.512	.010	-6.15000	2.25047	-10.70778	-1.59222

ภาคผนวก ฅ
หนังสือยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง.....เขต.....จังหวัด.....

ได้รับทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้คือ

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดที่ปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะของการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยมีต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า โดยการงดการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่มีการกระทบต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับแต่ประการใด

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลหรือผลการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยประการใด หรือเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการวิจัยขึ้น ข้าพเจ้าจะติดต่อกับ เรืออากาศโทหญิงอุษณีย์ บุญบรรจบ ได้ที่ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ โทรศัพท์ 08-7080-8861

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โทร 02-5347465 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ปิดบัง

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้ว และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาทะเบียนแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(.....)

ลงชื่อ ร.ท.หญิง ผู้วิจัยหลัก

(..... อุษณีย์ บุญบรรจบ)

ลงชื่อ พยาน) ลงชื่อ พยาน

(.....)

(.....)

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ผู้ดูแลหลัก/สมาชิกครอบครัว)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง.....เขต.....จังหวัด.....

ได้รับทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้คือ

โดยข้าพเจ้า**ได้รับทราบ**รายละเอียดที่ปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยัง**ได้รับคำอธิบาย**และตอบข้อสงสัยจากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะ**ขอ**การเข้าร่วมโครงการวิจัย**โดยมีต้องแจ้ง**ให้ทราบล่วงหน้า โดยการงดการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่มีการกระทบต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับแต่ประการใด

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลหรือผลการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยประการใด หรือเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการวิจัยขึ้น ข้าพเจ้าจะติดต่อกับ ธีร อากาศโท หญิงอุษณีย์ บุญบรรจบ ได้ที่ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ โทรศัพท์ 08-7080-8861

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โทร 02-5347465 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ปิดบัง

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้ว และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(.....)

ลงชื่อ ร.ท.หญิง ผู้วิจัยหลัก

(..... อุษณีย์ บุญบรรจบ)

ลงชื่อ พยาน) ลงชื่อ พยาน

(.....)

(.....)

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(ผู้ดูแลหลัก/สมาชิกครอบครัว ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง.....เขต.....จังหวัด.....

ได้รับทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้คือ

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดที่ปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะ**ขอ**การเข้าร่วมโครงการวิจัย**โดยมิต้อง**แจ้งให้ทราบล่วงหน้า โดยการงดการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่เกิดผลกระทบต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับแต่ประการใด

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลหรือผลการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน

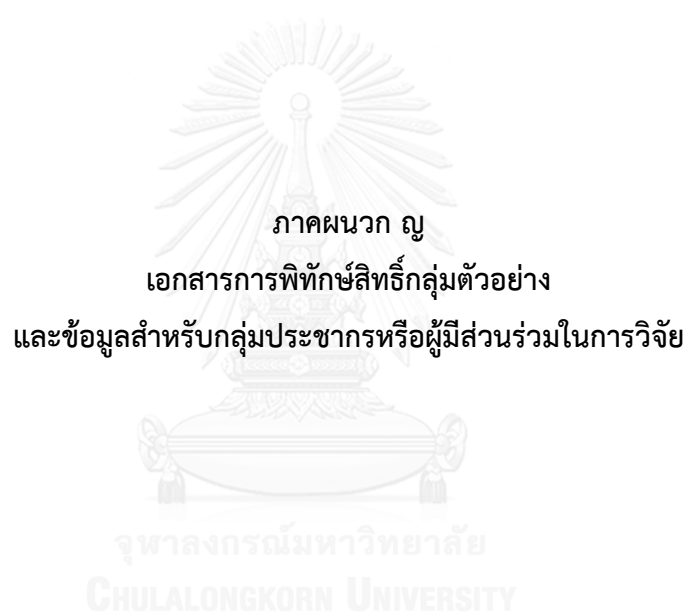
หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยประการใด หรือเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการวิจัยขึ้น ข้าพเจ้าจะติดต่อกับ ร.ท.หญิงหญิงอุษณีย์ บุญบรรจบ ได้ที่ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ โทรศัพท์ 08-7080-8861

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โทร 02-5347465 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ปิดบัง

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้ว และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ลงชื่อ ร.ท.หญิง ผู้วิจัยหลัก
(.....) (อุษณีย์ บุญบรรจบ)

ลงชื่อ พยาน) ลงชื่อ พยาน
(.....) (.....)



เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
ชื่อผู้วิจัย	เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	171/2 หมู่ 2 วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ถนนพหลโยธิน แขวงคลองถนน เขตสายไหม กรุงเทพฯ 10220
โทรศัพท์ (มือถือ)	087 - 0808861
E-mail Address	usanee_rtafnc@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ประชากรวิจัย ประกอบด้วยผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 บริบูรณ์ขึ้นไป ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ ICD - 10 และผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัว ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอก กองอายุรกรรม ในสังกัด โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ครอบครัวโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ที่มิมีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไป ที่มีค่าตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป
- 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002)
- 3) ได้รับแผนการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในกลุ่มเดียวกัน
- 4) สามารถ พูด ฟัง อ่าน เขียน และสื่อสาร ภาษาไทยได้
- 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ โดยมีการยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษร
- 6) ไม่เคยได้รับการบำบัดโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม

คุณสมบัติของผู้ดูแลหลัก หรือ สมาชิกครอบครัว ที่คัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย มีดังนี้

- 1) บุคคลที่อยู่ร่วมกันในบ้านเดียวกันทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย หรือทางสายโลหิต มีการพึ่งพาอาศัยกันทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแล
- 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
- 3) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยได้ทุกครั้ง
- 4) สามารถ พูด ฟัง อ่าน เขียน และสื่อสาร ภาษาไทยได้
5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version 2002) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ปรับปรุงโดย วัชรวิ แสงสาย (2556)
6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด
7. การใช้เวชระเบียนได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และจากตัวผู้ป่วยเอง
8. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย คือ ได้รูปแบบแนวทางการบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และเป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลและพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

9. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือ เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ ได้ตลอดเวลา หมายเลขโทรศัพท์ 087-0808861 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยรวดเร็ว
10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน
11. การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โทร 02-5347465





การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ส่วนที่ 2 เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ส่วนที่ 3 ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล
การวิจัย



ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๔๔๙๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗) สิงหาคม 2559

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอโครงการวิจัย 5 ชุด
 2. แบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 5 ชุด
 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 5 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ แบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน)

รองคณบดี

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ โทร. 08-7080-8861

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทยทหารอากาศ
ขอรับรองว่า

โครงการ ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า


โดย เวื่ออากาศโทหญิงสุชนีย์ บุญบรรจบ


สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่พิจารณา: ๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย และ เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
ฉบับภาษาไทย

คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ ได้พิจารณารายละเอียด
โครงร่างงานวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้วเห็นว่า
ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพหรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยแต่ประการใด

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้ ณ วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๙

นางวาอากาศเอก 
(ทวีพงษ์ ปางวีรย์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทยทหารอากาศ

พลอากาศตรี 
(สันติ ศรีเสริมโภค)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทยทหารอากาศ

ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/๒๑๕๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจจิตเวช จำนวน 70 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัว แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1961) ปรับปรุงโดย เขาวินี ล่องชูผล (2547) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของ Grotberg (1995) พัฒนาโดย Maneerat (2011) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002) และโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

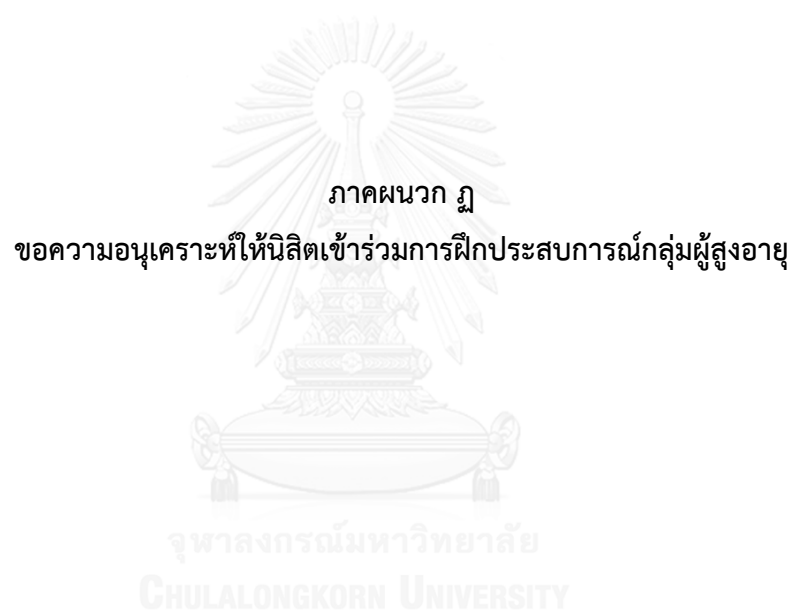
ข้อนี้

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ โทร. 08-7080-8861



ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเข้าร่วมการฝึกประสบการณ์กลุ่มผู้สูงอายุ



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 022181131 โทรสาร 02181130

ที่ _____ วันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2559

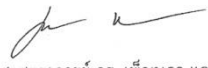
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเข้าร่วมการฝึกประสบการณ์กลุ่มผู้สูงอายุ

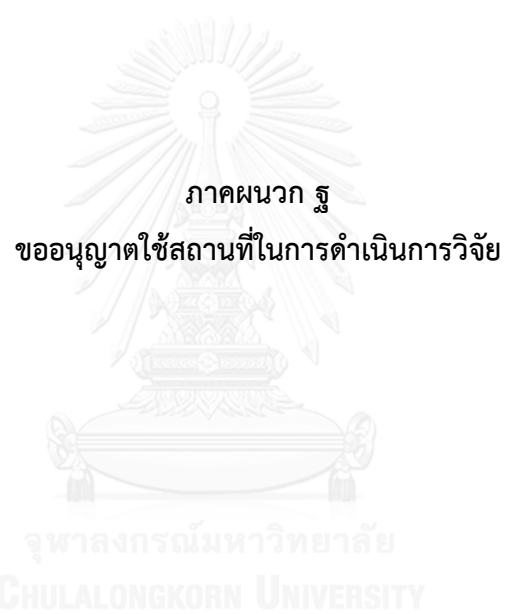
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรรัตน์วัชรระ

ด้วยดิฉัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค่อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้ ดิฉันมีความประสงค์ให้ เรืออากาศโทหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ นิสิตระดับปริญญาโทบัณฑิต ได้เข้าร่วมฝึกประสบการณ์ในการทำกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุที่จัดขึ้นในหน่วยงานของท่านเพื่อให้นิสิตได้นำประสบการณ์ไปใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ โดยมี ดร.สนธยา มณีรัตน์ เป็นผู้ฝึกประสบการณ์ครั้งนี้ ในระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง ตุลาคม 2559

ดิฉันจึงขอให้ท่านโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมฝึกประสบการณ์ดังกล่าว

จึงขอเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและให้ความอนุเคราะห์ต่อไป จักเป็นพระคุณยิ่ง


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค่อมยุทธ์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



ขออนุญาตใช้สถานที่ในการดำเนินการวิจัย



สภานาคุณบัณฑิต บัณฑิตกษัตริย์

ส่วนราชการ กกศ.วพอ.พอ.(ภาครัฐ.โทร.๒-๕๙๙๙๗)

ที่ กท ๐๖๓๓.๕(๓)/

วันที่ ๒๗ พ.ย.๕๙

เรื่อง ขออนุญาตใช้สถานที่

เรียน ทก.กกศ.วพอ.พอ.

๑. ด้วยดิฉัน ร.ท.หญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ อจ.ภาครัฐ.กกศ.วพอ.พอ. ได้ดำเนินการวิจัยกึ่งทดลอง เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า" ขณะนี้อยู่ในระหว่างดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม ๕ กิจกรรมเป็นรายกลุ่มและรายครอบครัว ใช้เวลาสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ครั้งละ ๖๐ - ๙๐ นาทีเป็นเวลา ๕ สัปดาห์ติดต่อกัน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลหลัก จำนวน ๒๕ ครอบครัว

๒. เพื่อให้การดำเนินการตามข้อ ๑ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ จึงใคร่ขออนุญาตใช้ห้องประชุม กลุ่มย่อย วพอ.พอ. เพื่อดำเนินการใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ ๒๕ พ.ย.๕๙ - ๓๑ มี.ค.๖๐ ทั้งนี้ดิฉันจะประสานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาต และดำเนินการตามข้อ ๒ ให้ต่อไป

ร.ท.หญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ
อจ.ภาครัฐ.กกศ.วพอ.พอ.

เรียน ผอ.วพอ.พอ.

เพื่อพิจารณาอนุญาต ตามข้อ ๒ ให้ต่อไป

น.อ.หญิง Lem
ทก.กกศ.วพอ.พอ.
๒๗ พ.ย.๕๙

อนุญาต ไม่อนุญาต

ให้- ๑๑๙.๐๗๖ พช. กับคุณเกษม ธีรพันธ์

น.อ.หญิง Am
ผอ.วพอ.พอ.
๒๗ พ.ย.๕๙

ร.ท.หญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ
อจ.ภาครัฐ.กกศ.วพอ.พอ.
๒๗ พ.ย. ๕๙

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรืออากาศโทหญิงอุษณีย์ บุญบรรจบ เกิดวันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2529 ที่อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรุงเทพมหานคร ในปีการศึกษา 2551 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ในเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งอาจารย์พยาบาล ภาควิชาความรู้พื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ กองทัพอากาศ สถานที่ติดต่อ (ที่ทำงาน) เลขที่ 171/2 หมู่ที่ 2 ถนนพหลโยธิน แขวงคลองถนน เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 10220 (ที่บ้าน) เลขที่ 24/128 หมู่ที่ 5 ถนนลำลูกกา ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 12130 E-mail : usanee_rtafnc@hotmail.com

