



ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

Effect of a Reminiscence Program on Hope Among Elders

with Major Depressive Disorder

เกษศิริรินทร์ ภู่เพชร

Kedsirin Phuphet

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of

Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)

Prince of Songkla University

2559

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
ผู้เขียน นางสาวเกษศิริรินทร์ ภู่เพชร
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณวรรณ หนูแก้ว)

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธรังษี)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณวรรณ หนูแก้ว)

.....
(ดร. ศิริสุดา วนาลีสิน)

.....กรรมการ
(ดร.ศิริสุดา วนาลีสิน)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรณพ หนูแก้ว)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวเกษศิริินทร์ ภูเพชร)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวเกษศิริรินทร์ ภูเพชร)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
ผู้เขียน	นางสาวเกษศิรินทร์ ภูเพชร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยอายุ 60 – 79 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า และมารับบริการที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย ตามคุณสมบัติที่เฉพาะเจาะจง โดยการจับคู่ตามอายุ และระดับภาวะซึมเศร้า จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ๆ ละ 60 – 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความหวังของเฮิร์ท เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ส่วนแบบประเมินความหวังของเฮิร์ท หาค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความหวังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระลึกความหลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 37.33, SD = 1.15$ VS $M = 30.73, SD = 1.57; p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ค่าเฉลี่ยความหวัง ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมระลึกความหลัง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 37.33, SD = 1.15$ VS $M = 31.00, SD = 1.43; p < .001$)

(6)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการระลึกความหลัง สามารถเพิ่มความหวัง
ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรนำโปรแกรมการระลึกความหวัง ไปใช้สำหรับ
ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารักษาที่โรงพยาบาล

Thesis Title	Effect of a Reminiscence Program on Hope Among Elders with Major Depressive Disorder
Author	Miss. Kedsirin Phuphet
Major Program	Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)
Academic Year	2016

ABSTRACT

This quasi-experimental research, two group pre-test post-test design, aimed to examine the effect of reminiscence program on hope among elders with major depressive disorder (MDD). Participants, aged 60-79 years were patients diagnosed with MDD. Simple random sampling was used to select 60 participants who received the treatment at the Geriatric Psychiatry Clinic, Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The participants were assigned into matched pairs, based on age, level of depression and hope and randomly allocated to one or other of two groups. There were 30 participants in the experimental group, who received the reminiscence program, and 30 participants in the control group, who received standard care. The research instruments consisted of 2 parts: (1) the experimental instrument was the reminiscence program included five sessions, each of 60 – 90 minutes, once a week, and (2) the data-collection instruments included the demographic data questionnaire and the Herth Hope Index. Content validity of the instruments was verified by three experts. The reliability of the Herth Hope Index was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .80. Data were analyzed using descriptive statistics and *t*-test.

The results revealed that the hope mean score of elders with MDD after participating in the reminiscence program was significantly higher than the mean score before participating in the program ($M = 37.33, SD = 1.15$ vs $M = 30.73, SD = 1.57; p < .001$). The hope mean score of elders with MDD after participating in the reminiscence program was significantly higher than the mean score of those who had received standard care ($M = 37.33, SD = 1.15$ vs $M = 31.00, SD = 1.43; p < .001$)

The results indicate that the reminiscence program could increase hope of the elderly with MDD. Therefore, nurses could apply the reminiscence program to elderly with MDD receiving treatment in hospitals.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรวรรณ หนูแก้ว และดร.ศรีสุดา วนาลิสิน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอัน มีค่าทั้งในและนอกเวลาราชการ ในการให้คำปรึกษาและแนะนำ รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นตลอดจน แก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องด้วยความกรุณาและเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด อีกทั้งคอยให้กำลังใจผู้วิจัยด้วยดี เสมอมา จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ ได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธีรัมย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา และคุณเสาวภา ปานเพชร ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความ ถูกต้องของเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำและ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้งานวิจัยครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์สุนทรี วัฒนเบญจโสภา ซึ่งอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือใน เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณพิทยบาลคลินิกสุขภาพใจ โรงพยาบาลสงขลา และพิทยบาลโรงพยาบาลจิต เวชสงขลาราชนครินทร์ ที่ให้ความช่วยเหลือ และความร่วมมือเป็นอย่างดีในด้านข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และอำนวยความสะดวกในขั้นตอนการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ข้อมูลใน การวิจัย ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะอาจารย์ และเจ้าหน้าที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือ และให้กำลังใจ ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ด้วยดีเสมอมา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัว ที่คอยให้กำลังใจ สนับสนุนทุน ทรัพย์ตลอดมา ขอขอบคุณกัลยาณมิตร คุณวรวรรณ จันทวิเมื่อง และคุณสุพาภรณ์ พนาลี ที่เป็นดั่ง พี่สาว ที่คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือเป็นอย่างดี รวมถึงพี่ ๆ เพื่อน ๆ ในหลักสูตรที่เป็นกัลยาณมิตร ที่ดีคอยให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือด้วยดีเสมอมา

เกษศิริรินทร์ ภูเพชร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์การวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	9
ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.....	9
บทนำ.....	10
ความหมายของโรคซึมเศร้า.....	10
การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า.....	9
เครื่องมือประเมินโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	12
การดำเนินโรคซึมเศร้า.....	13
ปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	14
อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า.....	17
แนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า.....	18
ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์.....	20

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการระลึกความหลัง (Reminiscence).....	21
ความหมายของการระลึกความหลัง.....	21
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการระลึกความหลัง.....	22
การระลึกความหลังตามแนวคิดของฮามิลตัน (Hamilton).....	24
กลไกการทำงานของการระลึกความหลัง.....	25
ปัจจัยที่มีผลต่อการระลึกความหลัง.....	26
แนวคิดที่เกี่ยวกับความหวัง (Hope).....	27
ความหมายของความหวัง.....	27
แนวคิดของความหวัง.....	28
ความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.....	30
กระบวนการสร้างเสริมความหวัง.....	31
ปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง.....	32
การประเมินความหวัง.....	33
โครงสร้างของกลุ่ม.....	35
การพัฒนาโปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.....	36
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	42
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	50
ผลการวิจัย.....	50
อภิปรายผลการวิจัย.....	55

	12
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	63

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
สรุปผลการวิจัย.....	63
ข้อเสนอแนะ.....	65
เอกสารอ้างอิง.....	66
ภาคผนวก.....	73
ก เครื่องมือในการวิจัย.....	74
ข การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	126
ค ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	129
ง ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	131
จ การคำนวณขนาดอิทธิพล.....	133
ฉ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ.....	135
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	137
ประวัติผู้เขียน.....	139

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป..... 50
2	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง..... 54
3	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง 54
4	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความหวังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง 55
5	การกระจายของข้อมูลคะแนนความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า..... 136

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุที่เป็นโรค ซึมเศร้า.....	7
2	การดำเนินของโรคซึมเศร้า.....	14
3	ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	130
4	ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	132

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาหลักด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นสาเหตุถึงร้อยละ 70 ที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และต้องทรมานในภาวะไร้สมรรถภาพ ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ (สุรวิทย์, 2555) นำมาซึ่งความสูญเสียให้แก่ผู้ที่เป็นโรคครอบครัว สังคม และประเทศชาติ (ชาติศรี, 2553) อย่างไรก็ตามถ้าหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะมีการเกิดซ้ำและเป็นเรื้อรัง อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายและก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพอย่างมาก (วชิระ, 2552) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เนื่องจากปัญหาด้านร่างกายจากความเสื่อม ทำให้มีความไม่สุขสบายส่งผลต่อสภาพอารมณ์ และจากบทบาททางสังคมที่ลดลง และอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น (นริสาและสายสมร, 2557) ซึ่งจากการศึกษาของวลัยพร (2551) พบว่าในผู้สูงอายุพบภาวะซึมเศร้าถึง ร้อยละ 20 ในขณะที่วลัยพร, จิระภา, และพร้อมจิต (2552) ซึ่งศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.6 มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต คือมีภาวะซึมเศร้าและน่าจะมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 72.3 และจากการศึกษาของธรรมนาท, มุกิตา, สุขเจริญ, โสฬพัทธ์, และพวงสร้อย (2553) ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.7 โดยในผู้สูงอายุมักจะได้รับ การวินิจฉัยโรคน้อยกว่าความจริง (มาโนช, 2553) เนื่องจากผู้สูงอายุมักบ่นเกี่ยวกับความผิดปกติด้านร่างกายมากกว่าด้านอารมณ์ คิดว่าอาการของโรคซึมเศร้าเป็นอาการที่เกิดร่วมกับโรคทางกาย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ นอกจากนี้อาจเป็นเพราะญาติและผู้สูงอายุเองมักจะไม่ยอมรับว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตใจแต่คิดว่าเป็นนิสัยไม่ดีของผู้ป่วย (วลัยพร, 2551; วาทีณี, 2556)

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า หากไม่ได้รับการบำบัดหรือช่วยเหลืออาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ ซึ่งโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีอาการแสดงทั้งด้านอารมณ์ พฤติกรรม การแสดงออกทางกาย และความคิด ซึ่งด้านความคิด ได้แก่ คิดเชิงซ้ำ สมาธิไม่ดี ความคิดอยาก ตาย รู้สึกสิ้นหวัง ไร้ความรัก ความเข้าใจจากบุคคลสำคัญในชีวิต ไร้คุณค่า มองไปทางไหนก็พบแต่ ความว่างเปล่า ความมีดมน และความล้มเหลวในชีวิต หมกหมุ่นทางเสียยาช่วยเหลือ (จวีวรรณ, แพ, และศุภรัใจ, 2556; สายฝน, 2554; อรพรรณและพิรพนธ์, 2553) ซึ่งจากการศึกษาของนิษาและ รั้งสิมันต์ (2555) พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ร้อยละ 48.7 มีค่าเฉลี่ยของความสิ้นหวัง ในระดับปานกลาง และร้อยละ 32.1 อยู่ในระดับมาก และจากการศึกษาของทศพร (2553) พบว่า

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.59 หวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันข้างหน้า และมีถึงร้อยละ 5.98 ที่มีความรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งความสิ้นหวัง เป็นภาวะทางอารมณ์เชิงลบ เกิดจากความคิดในด้านลบ มองตนเองในอนาคต และคาดการณ์เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่จะเกิดขึ้นกับตัวเองไปในทางที่ไม่ดี (นิษาและรังสิมันต์, 2555) ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีแนวโน้มการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในแง่ลบ และส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายตามมา (มาโนช, 2553) ซึ่งพบว่าความสิ้นหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า นำมาสู่ผลกระทบที่ร้ายแรงที่สุดคือการฆ่าตัวตาย (วาสนาและรังสิมันต์, 2555)

ความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยให้การดำเนินชีวิต เป็นไปอย่างราบรื่น มีความสุข เมื่อบุคคลมีความหวังก็ย่อมที่จะพยายามกระทำสิ่งต่าง ๆ เป็นแรงผลักดันที่ช่วยให้บุคคลก้าวไปข้างหน้าอย่างมีกำลังใจ บุคคลที่เคยสมหวังในอดีต มักจะมีความหวังว่าตนจะประสบความสำเร็จอีกในอนาคต หรือความผิดหวังในอดีตจะไม่เกิดขึ้นอีกในอนาคต ความผิดหวังจึงเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรอบคอบมากขึ้น (Dufault & Martocchio, 1985; Herth, 2001) หากบุคคลมองเห็นอนาคตที่ไม่มั่นคงถาวรของตนเอง ก็จะทำให้บุคคลขาดพลังใจที่จะก่อให้เกิดความหวัง (Herth, 1992) จากการศึกษาของนิษาและรังสิมันต์ (2555) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ คือผู้สูงอายุที่สิ้นหวังจะมีแบบแผนความคิดที่คาดหวังด้านลบเกี่ยวกับอนาคต รู้สึกท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ มีความทุกข์ตลอดเวลา คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ไร้ค่า และคิดทำร้ายตนเองในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีความหวัง จะมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นในการดูแลตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ การศึกษาของอังคณา (2549) พบว่าความหวังมีความสำคัญทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า บุคคลที่มีความหวังสูงจะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงด้วย

การระลึกความหลัง เป็นกระบวนการคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมาในหลาย ๆ ด้าน และทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสุข จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าการนำการระลึกความหลังไปใช้ในการลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของปิยะรัตน์ (2550) ที่พบว่าโปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง ช่วยให้ระดับภาวะซึมเศร่าลดลงและสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ และการศึกษาของจิตติมาวรรณ (2552) พบว่าโปรแกรมระลึกความหลังแบบทบทวนชีวิตมีแนวโน้มว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับแนวคิดการมองชีวิตได้ดีขึ้น เข้าใจชีวิตมากขึ้น สามารถนำกระบวนการปรับมุมมองไปลดความรู้สึกขัดแย้งที่มีต่อประสบการณ์ชีวิตในอดีตที่เป็นด้านลบ ให้เป็นความรู้สึกด้านบวก เป็นบุคคลที่ประสบความสำเร็จใน

ชีวิต ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ มีความมั่นคงทางจิตใจและ ทำให้ลดภาวะซึมเศร้า ในขณะที่การศึกษาของสุมาลา (2553) พบว่าการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็ง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น คะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลง และเพิ่มความผาสุกในชีวิต นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของจงกรม (2544) ที่พบว่าผลการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความหวังสูงขึ้น และการศึกษาของปวีณาและรังสิมันต์ (2558) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ และยังพบว่าหากต้องการจะเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงขึ้น ควรมีการเพิ่มความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วย (อังคณา, 2549) ซึ่งความหวังในผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้จากการระลึกความหลัง เพราะการระลึกความหลังทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามองชีวิตและเข้าใจชีวิตมากขึ้น การระลึกความหลังที่เป็นสุข ช่วยเสริมสร้างความหวังได้ (Herth, 1990)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีการนำแนวคิดการระลึกความหลังมาใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างได้ผล แต่งานวิจัยที่วัดผลการเพิ่มความหวังยังพบน้อย แต่มีการศึกษาที่เพิ่มความหวังโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งมีผลทำให้ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่อยู่ตัวคนเดียว หรือญาติอยู่คนละพื้นที่ ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นควรที่จะใช้แนวคิดการระลึกความหลังในการเพิ่มความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเนื่องจาก โปรแกรมการระลึกความหลัง น่าจะช่วยเพิ่มความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ เพราะความหวังสามารถเพิ่มขึ้นได้ หากบุคคลเกิดการรับรู้ การแปลความ การตอบสนองต่อประสบการณ์หรือสถานการณ์ชีวิต ซึ่งการระลึกความหลังผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการระลึกความหลัง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้นำประสบการณ์ในอดีตที่ระลึกและทบทวน นำมาแก้ปัญหาและใช้เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อผจญและต่อสู้กับความสิ้นหวัง ดำรงไว้ซึ่งความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความหวัง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความหวัง ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการระลึกความหลังและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
2. คะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติหรือไม่

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลัง ภายใต้แนวคิดการระลึกความหลัง (reminiscence) ของฮามิลตัน (Hamilton, 1985) และการเสริมสร้างความหวังของเฮิร์ท (Herth, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ทศพร, 2553; เทพฤทธิและคณะ, 2554; ธรณินทร์และคณะ, 2551; ธรรมนาถและคณะ, 2553; นริศราและสายสมร, 2557; สุวรรณ, 2543) ทั้งนี้การระลึกความหลังตามแนวคิดของฮามิลตัน (Hamilton, 1985) เป็นการย้อนคิดถึงความหลัง มุ่งให้บุคคลเรียกคืนประสบการณ์ที่ผ่านมา จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสุข มีความหวังที่จะมีชีวิตต่อไปเพื่อวันข้างหน้า ซึ่งฮามิลตัน (Hamilton, 1985) กล่าวว่ากระบวนการระลึกความหลัง ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (memory) คือการเลือกเหตุการณ์ จากความคิด ความรู้สึกพึงพอใจของตนเองในอดีต ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงจากอดีตมาถึงปัจจุบัน 2) ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น (experiencing) คือการหาความหมายจากความรู้สึกโดยธรรมชาติ เพื่อประเมินความคิดและความรู้สึกของตนที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ว่ามีความหมายหรือคุณค่าอย่างไรต่อตนเองจนทำให้เก็บความทรงจำนั้นตลอดเวลาและเลือกที่จะนำมาแบ่งปัน 3) ระยะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น (social interaction) เป็นระยะของการแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟัง และยังเป็นการช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและสนับสนุนให้มีการเปิดเผยตนเอง

ผู้วิจัยนำขั้นตอนของการระลึกความหลังทั้ง 3 ระยะ มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง ประยุกต์เข้ากับกระบวนการเสริมสร้างความหวังตามแนวคิดของเฮิร์ท (Herth, 2001) ซึ่งกล่าวว่าความหวังเป็นความคิดความรู้สึกที่มีอยู่ในตัวบุคคล ที่เชื่อว่าจะเจอสิ่งที่ดีในอนาคต เป็นแรงขับที่ทำให้บุคคลสามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สามารถแสดงออกได้ทางอารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการประสบการณ์ (experiential process) เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จและไม่ประสบ

ความสำเร็จ 2) กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล (rational thought process) การที่บุคคลจะกระทำเป้าหมายให้บรรลุผลสำเร็จนั้นบุคคลจะต้องมีกระบวนการคิด และกระทำตามที่วางแผนไว้ สามารถควบคุมปัญหาสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ความหวังเป็นกระบวนการที่สื่อระหว่างเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต 3) กระบวนการทางจิตวิญญาณ (spiritual process) เป็นการคงไว้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อและจิตวิญญาณ จะมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา พิธีกรรมตามความเชื่อของบุคคล ความต้องการทางจิตวิญญาณ และจุดมุ่งหมายในชีวิตได้ 4) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (relational process) เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อสนับสนุนด้านอารมณ์ การแลกเปลี่ยนข้อมูล เกิดมีส่วนร่วม สนับสนุน ส่งเสริม ขอมรับ ซึ่งกันและกัน

เฮิร์ท (Herth, 1992) กล่าวว่า ความหวัง เป็นความคาดหวังและความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ดีในอนาคต โดยอยู่บนพื้นฐานของการมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น และการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจสามารถแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล โดยแบ่งความหวังออกเป็น 3 มิติ คือ 1) ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (inner sense of temporality and future) เป็นการรับรู้ภายในทางบวกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและเกิดขึ้นในอนาคต เชื่อว่าสิ่งที่ต้องการสามารถเป็นไปได้ในระยะสั้น 2) การเตรียมความพร้อมในเชิงบวกภายในและความคาดหวัง (inner positive readiness and expectancy) เป็นความรู้สึกมั่นใจและเป็นการคาดหวังทางบวกที่มีต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต 3) ความสัมพันธ์ภายในตนและกับบุคคลอื่น (interconnectedness with self and other) เป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันภายในตนและระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับจิตวิญญาณ

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างความหวังของเฮิร์ท (Herth, 2001) ทั้ง 4 กระบวนการ เป็นโครงสร้างกิจกรรมในแต่ละครั้ง ร่วมกับการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งภายใต้แนวคิดการระลึกความหลังของฮามิลตัน (Hamilton, 1985) ดังนี้

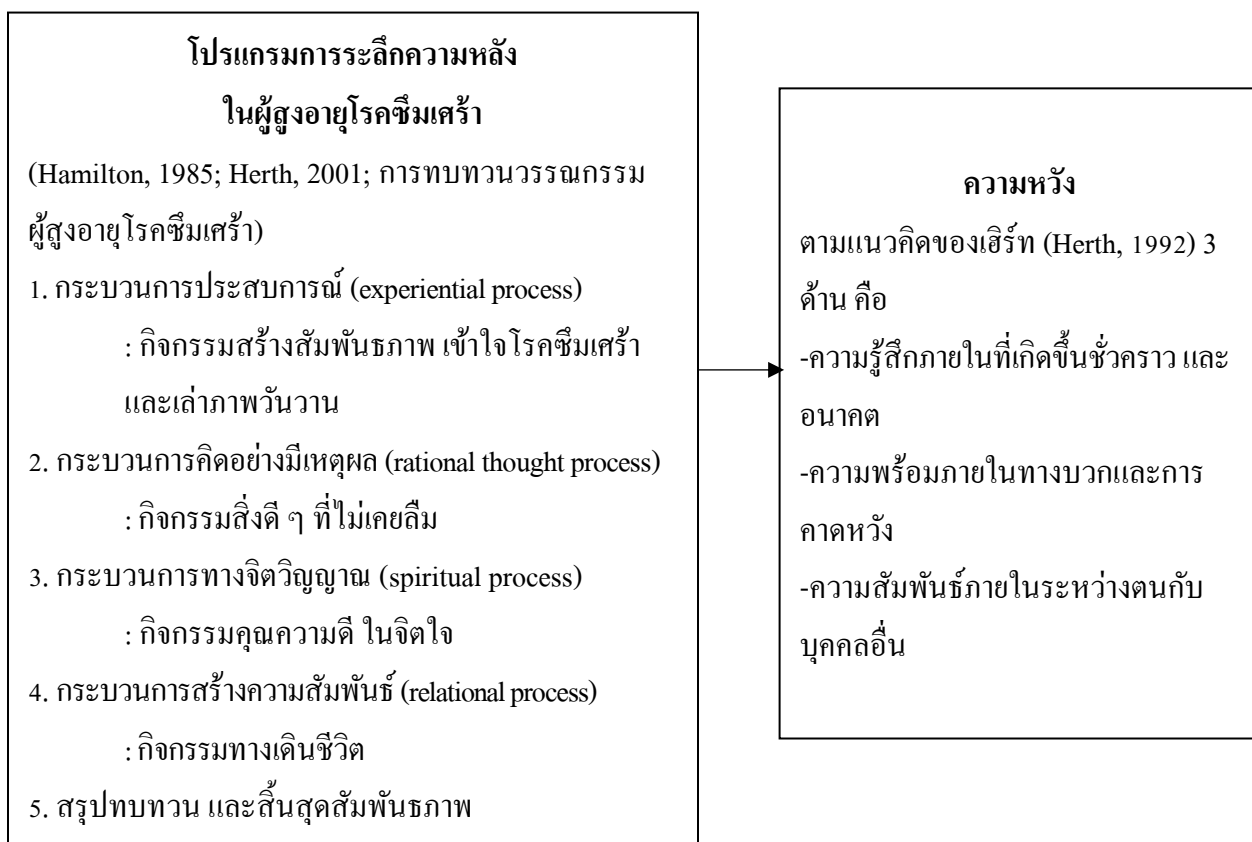
1. การเสริมสร้างความหวังผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยกระบวนการประสบการณ์ (experiential process) เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ โดยการทำกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ เข้าใจโรคซึมเศร้า และเล่าภาพวันวาน ให้สมาชิกระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ยังอยู่ในความทรงจำ และแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึกอารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟัง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตามระยะของการระลึกความหลัง

2. การเสริมสร้างความหวังผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล (rational thought process) การที่บุคคลจะกระทำเป้าหมายให้บรรลุผลสำเร็จนั้นบุคคลจะต้องมีกระบวนการคิด และกระทำตามที่วางแผนไว้ ซึ่งความหวังเป็นกระบวนการที่สื่อระหว่างเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดยการทำกิจกรรม สิ่งดี ๆ ที่ไม่เคยลืม ให้สมาชิกคิดทบทวนและเลือกเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีตที่ผ่านมา เช่น ด้านการทำงาน ด้านครอบครัว และแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตามระยะของการระลึกความหลังส่งเสริมให้เกิดความหวัง จากการนำความทรงจำประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีตมาสร้างเป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

3. การเสริมสร้างความหวังผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยกระบวนการทางจิตวิญญาณ (spiritual process) เป็นการคงไว้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อ จิตวิญญาณ และจุดมุ่งหมายในชีวิตได้ โดยการทำกิจกรรม คุณค่าทางจิตใจ ให้สมาชิกคิดทบทวน เหตุการณ์ที่ตนเองรู้สึกดี และค้นหาความหมาย คุณค่าดี คุณค่าทางจิตวิญญาณภายในตนเอง คิดทบทวนประเมินความคิดและความรู้สึกของคนที่มีความหมายหรือคุณค่าอย่างไรต่อตนเองจนทำให้เก็บความทรงจำนั้นไว้ตลอดเวลา และแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตามระยะของการระลึกความหลัง

4. การเสริมสร้างความหวังผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (relational process) เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อสนับสนุนด้านอารมณ์ การแลกเปลี่ยนข้อมูล เกิดมีส่วนร่วม สนับสนุน ส่งเสริม ขอมรับ ซึ่งกันและกัน โดยการทำกิจกรรม ทางเดินชีวิต ให้สมาชิกพูดคุยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในช่วงวัยต่าง ๆ ที่ผ่านมาตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยสูงอายุ คิดทบทวน และค้นหาความหมาย ของเหตุการณ์ และแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟัง ตามระยะของการระลึกความหลัง และให้สมาชิกวางแผนการใช้ชีวิตในอนาคตอย่างมีเป้าหมาย

และการสรุปทบทวน และสิ้นสุดสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์สุดท้าย เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนกิจกรรมทั้งหมดที่ทำ แบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อกิจกรรมนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้สึก มีการระบายความรู้สึกของตนเอง และนำมาสร้างเป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป และสิ้นสุดสัมพันธภาพ



ภาพ 1. กรอบแนวคิดของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมระลึกความหลัง สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

นิยามศัพท์การวิจัย

โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อเพิ่มความหวังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยการระลึกความหลัง ภายใต้แนวคิดการระลึกความหลังของฮามิลตัน (Hamilton, 1985) การเสริมสร้างความหวังของเฮิร์ท (Herth, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งแนวคิดของฮามิลตัน ประกอบด้วย 3 ระยะของการระลึกความหลังในแต่ละครั้งของกิจกรรม คือ ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (memory) ระยะของการ

ค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น (experiencing) และระยะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น (social interaction) ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างความหวังของ Herth (2001) ซึ่งประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือกระบวนการประสบการณ์ (experiential process) กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล (rational thought process) กระบวนการทางจิตวิญญาณ (spiritual process) และกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (relational process) โดยนำแนวคิดดังกล่าวมาสร้างโปรแกรมระลึกความหลังสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลาครั้งละ 60 – 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง คือ 1) สร้างสัมพันธ์ภาพ เข้าใจโรคซึมเศร้า และเล่าภาพวันวาน เป็นการพูดคุยทำความเข้าใจโรคซึมเศร้าและระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ยังอยู่ในความทรงจำ 2) สิ่งดี ๆ ที่ไม่เคยลืม เป็นการระลึกถึงเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีตที่ผ่านมา 3) คุณความดี ในจิตใจ โดยการระลึกถึงเหตุการณ์ที่ตนเองรู้สึกดี และค้นหาความหมายคุณความดี คุณค่าทางจิตวิญญาณภายในตนเอง 4) ทางเดินชีวิต การระลึกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในช่วงวัยต่าง ๆ ที่ผ่านมาตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยสูงอายุ และวางแผนการใช้ชีวิตในอนาคต อย่างมีเป้าหมาย 5) สรุปบททวนและสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพ เป็นการทบทวนกิจกรรมทั้งหมดที่ทำและสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพ

ความหวัง หมายถึง ความคิด ความรู้สึกที่มีอยู่ในตัวบุคคล ที่เชื่อว่า จะเจอสิ่งที่ดีในอนาคต เป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลสามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยอยู่บนพื้นฐานของ การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น และการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ สามารถแสดงออกด้านอารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล ทำให้บุคคลมีความพร้อม มีความมุ่งมั่น แรงจูงใจ และกระตือรือร้นที่จะทำตามแผนบรรลุถึงสิ่งต้องการและเป้าหมายที่วางไว้ โดยใช้แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท ซึ่งแปลโดยสุนทรี (2543)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า อายุ 60 – 79 ปี ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม 2559 มีความหวังตามแบบประเมินความหวังของเฮิร์ท อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

โปรแกรมการระลึกความหลัง สามารถนำไปเป็นทางในการเสริมสร้างความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน และหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยผู้วิจัยได้รวบรวมและสรุปสาระสำคัญในประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
 - 1.1 บทนำ
 - 1.2 ความหมายของโรคซึมเศร้า
 - 1.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 1.4 เครื่องมือประเมินโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.5 การดำเนินโรคซึมเศร้า
 - 1.6 ปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.7 อาการและอาการแสดง
 - 1.8 แนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า
 - 1.9 ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการระลึกความหลัง (Reminiscence)
 - 2.1 ความหมายของการระลึกความหลัง
 - 2.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการระลึกความหลัง
 - 2.3 การระลึกความหลังตามแนวคิดของฮามิลตัน (Hamilton, 1985)
 - 2.4 กลไกการทำงานของการระลึกความหลัง
 - 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการระลึกความหลัง
3. แนวคิดที่เกี่ยวกับความหวัง (Hope)
 - 3.1 ความหมายของความหวัง
 - 3.2 แนวคิดของความหวัง
 - 3.3 ความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
 - 3.4 กระบวนการสร้างเสริมความหวัง

3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง

3.6 การประเมินความหวัง

4. โครงสร้างของกลุ่ม

5. การพัฒนาโปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

6. สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

บทนำ

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบบ่อย แต่คนส่วนใหญ่เข้าใจว่าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ เช่น ภาวะเสียใจจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ท้อแท้ เศร้า เมื่อถูกทอดทิ้งจากลูกหลาน ปัญหาด้านสุขภาพ แต่ผู้สูงอายุมักบ่นเกี่ยวกับความผิดปกติด้านร่างกายมากกว่าด้านอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า คิดว่าอาการของ โรคซึมเศร้าเป็นอาการที่เกิดร่วมกับโรคทางกาย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หรือญาติและผู้สูงอายุเองมักจะไมยอมรับว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตใจ แต่คิดว่าเป็นนิสัยไม่ดีของผู้ป่วยมากกว่าจึงส่งผลให้ไม่ค่อยได้รับการวินิจฉัยโรคและรักษา และปัญหาต่าง ๆ จึงมักถูกมองข้าม ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ไม่ดี อัตราการเสียชีวิตสูง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (วาทีณี, 2556; วลัยพร, 2551) เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางกาย และทำให้โรคทางกายที่มีอยู่หายช้า (วลัยพรและ จิระภา, 2552) นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดหู่ หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย สิ่งต่าง ๆ รอบตัว แยกตัว ท้อแท้ มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อผู้อื่น (วาสนาและรังสิมันต์, 2554)

ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder: MDD) คือภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญ เช่น มีความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ ไร้ค่าและมีความคิดอยากตาย (มาโนชและปราโมทย์, 2555)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคโรคซึมเศร้าที่ได้รับการยอมรับและมีการใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ประกอบด้วย เกณฑ์การวินิจฉัยตาม International Classification of Diseases and Related Health

Problem, 10th revision (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก และการวินิจฉัยตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Forth Edition and Fifth Edition (DSM-IV, DSM-V) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ดังนี้

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 มีดังนี้ (พิเชฐและสรยุทธ, 2552)

1. มีกลุ่มอาการซึมเศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์
2. มีอาการหลักที่ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อ ต่อไปนี้ 1) อารมณ์เศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน 2) ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลงมาก หรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร หรือไม่รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน เป็นเกือบทุกวัน 3) อ่อนเพลียง่าย เหนื่อยง่าย ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นเกือบทุกวัน
3. มีอาการรองที่ต้องมีอย่างน้อย 4 อาการต่อไปนี้ 1) ขาดความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจ ในตนเองหายไป 2) ชอบตำหนิตนเอง หรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ 3) คิดอยากตายซ้ำ ๆ หรือพยายามฆ่าตัวตาย 4) สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก 5) การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า หรือกระวนกระวาย อยู่ไม่สุข 6) นอนไม่หลับหรือนอนมาก 7) น้ำหนักลดอย่างมากโดยไม่ได้ตั้งใจลดอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มอย่างมากเพราะกินจุ

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตาม DSM-IV (อรพรรณและพีรพนธ์, 2553) และ DSM-V (สมภพ, 2557) ซึ่งเหมือนกัน ดังนี้

1. ต้องประกอบด้วยอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการขึ้นไป ในช่วงระยะเวลาเดียวกันนาน 2 สัปดาห์ โดยอาการใน 5 ข้อดังกล่าวอย่างน้อย 1 ข้อจะต้องเป็นอารมณ์เศร้า (depressed mood) หรือหมดความสนใจหรือความเพลิดเพลิน (loss of interest or pleasure)
 - 1.1 อารมณ์เศร้า (depressed mood) เป็นส่วนใหญ่ของวันและเป็นเกือบทุกวัน
 - 1.2 ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง
 - 1.3 น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน
 - 1.4 นอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนมากเกินไป (hypersomnia) เกือบทุกวัน
 - 1.5 จิตใจ หงุดหงิดกระสับกระส่าย หรือเชื่องช้า
 - 1.6 อ่อนล้าหรือหมดเรี่ยวแรงกำลัง (fatigue or loss of energy) เกือบทุกวัน
 - 1.7 ความรู้สึกไร้ค่า หรือความรู้สึกผิดเกินปกติหรือไม่เหมาะสม
 - 1.8 ความสามารถในการคิดหรือรวบรวมสมาธิลดลง
 - 1.9 ความคิดซ้ำ ๆ เกี่ยวกับความตาย
2. อาการดังกล่าวต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของช่วงระยะอารมณ์ผสม (mixed episode)

3. อาการดังกล่าวทำให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างชัดเจน หรือเกิดการสูญเสียหน้าที่ทางสังคม การงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่สำคัญ

4. อาการดังกล่าวไม่ได้เป็นผลทางสรีรวิทยาจากการใช้สาร เช่น การใช้สารเสพติดหรือยาเป็นต้น หรือจากภาวะทางร่างกาย เช่น ภาวะไทรอยด์ต่ำ เป็นต้น

5. อาการดังกล่าวไม่ใช่อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย

สรุปได้ว่า การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ที่ใช้ในประเทศไทยมี 2 เกณฑ์ คือ ICD-10 และ DSM ซึ่งมีกลุ่มอาการซึมเศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และมีอาการหลัก คือ อารมณ์เศร้า หรือหมดความสนใจหรือความเพลิดเพลิน ร่วมด้วย

เครื่องมือประเมินโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากผลที่ได้จากการประเมินสภาพและการคัดกรองที่ถูกต้องรวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเกิดภาวะซึมเศร้า จะช่วยให้ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเครื่องมือประเมินโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ (ชรฉินทร์, เกษรภรณ์, จินตนา, พุระหง, และสิริธร, 2549)

1. เครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้า เพื่อแยกผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะป่วยนำไปสู่กระบวนการช่วยเหลือ สามารถคัดกรองโดยใช้เครื่องมือที่เป็นแบบถาม เพื่อประเมินอาการและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เช่น

1.1 แบบประเมิน Hamilton rating scale for depression (HRSD-17) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เพื่อทราบความก้าวหน้าของการบำบัดรักษา และประเมินผลลัพธ์ของการดูแล ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธี Intra class correlation coefficient เท่ากับ .86 ข้อดีของแบบสอบถามคือ มีจำนวนข้อไม่มาก มีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคสูง แต่มีข้อจำกัดคือ มีข้อคำถามที่มีอาการทางร่างกายมาก ทำให้ความซุกซนของโรคซึมเศร้ามากกว่าปกติ จึงเหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

1.2 แบบประเมินภาวะอารมณ์เศร้า (Thai depression inventory: TDI) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย ค่าความสอดคล้องของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.85 และ concurrent validity โดยใช้ Spearman – brown formula เท่ากับ .71 ข้อดีของแบบสอบถาม คือ สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่าย และใช้เวลาสั้น ไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และมีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี

1.3 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นเครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 และมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.85

ข้อดีคือ สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่ายและใช้เวลาสั้น มีตัวเลือกเพียง 2 ตัวเลือก มีความจำเพาะเจาะจงในการใช้กับผู้สูงอายุไทย สามารถบอกระดับความรุนแรง ของภาวะซึมเศร้าได้ ข้อจำกัดคือ ไม่สามารถใช้ประเมิน ผู้ที่มีความบกพร่องในการรู้คิด อ่านหนังสือไม่ออก บกพร่องด้านสติปัญญาและการรับรู้

2. เครื่องมือเพื่อวินิจฉัยและจำแนกโรคซึมเศร้า ในประเทศไทยที่มีการนำมาใช้ได้ผล นำเชื่อถือ คือ การวินิจฉัยโรคด้วย Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) แต่มีข้อจำกัดคือ ผู้ใช้เครื่องมือต้องเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ด้านจิตเวชและต้องผ่านการฝึกอบรมก่อนทำ

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย และข้อคำถามมีความครอบคลุม สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่ายและใช้เวลา มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .8 ขึ้นไป

การดำเนินโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้ามีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงตามระดับของอาการ ดังนี้

อารมณ์เศร้า (sadness) เป็นอารมณ์ด้านลบซึ่งเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น เป็นครั้งคราวกับบุคคลทั่วไปทุกเพศทุกวัย เมื่อเผชิญกับ การสูญเสีย การพลาดในสิ่งที่หวัง การถูกปฏิเสธและมักเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกสูญเสีย ผิดหวัง หรือความรู้สึกอึดอัดทรมาน โดยจะมีสีหน้าเศร้า เป็นทุกข์ เฉยชา เจ็บขม ขาดชีวิตชีวา หดหู่ หงอยเหงา เป็นต้น และไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นตลอดเวลา (ชรินทร์และคณะ, 2551; นริสาและสายสมร, 2557)

ภาวะซึมเศร้า (depression) อาการเศร้าที่มากเกินไป และนานเกินไป ไม่ได้ขึ้นแม้ได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผล ความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจ มักมีความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด อยากตาย พบบ่อยว่ามีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน กิจกรรมประจำวันและการสังคมทั่วไป (ชรินทร์และคณะ, 2551; อรพรรณ, 2554)

โรคซึมเศร้า (depressive disorder) ภาวะซึมเศร้าที่เข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยไอซีดีเห็น (ICD-10) หรือ เกณฑ์วินิจฉัยดีเอสเอ็มไอวี (DSM-IV) (ชรินทร์และคณะ, 2551)

ลักษณะการดำเนินโรค เป็นดังต่อไปนี้ (มาโนชและปราโมทย์, 2555; ชรินทร์, 2550)

มีอาการซึมเศร้าบ้าง (partial remission) เป็นช่วงระยะเวลาที่บุคคลมีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าน้อยลง ความสามารถในการควบคุมตนเองมีมากขึ้น อาการที่เกิดขึ้นมีไม่ครบตาม

เกณฑ์ขั้นต่ำสำหรับการวินิจฉัยเป็น โรคซึมเศร้า ระยะนี้มักพบในผู้ที่ได้รับยาต้านซึมเศร้า มาก่อน เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

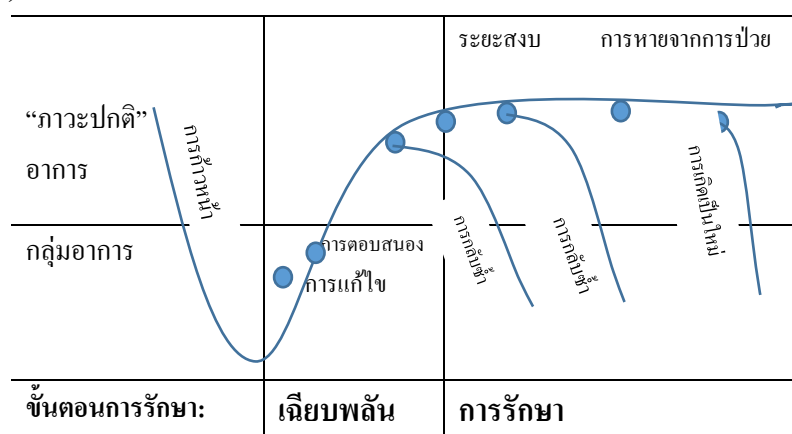
ไม่มีอาการซึมเศร้า (full remission) เป็นช่วงเวลาที่บุคคลไม่มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าเลยและหาย กลับเป็นปกติจนสามารถดำเนินชีวิตประจำวันหรือทำงานได้ปกติ

การหายจากการป่วย (recovery) หมายถึงช่วงเวลาที่ไม่มีอาการเลย มากกว่าหรือเท่ากับ 2 เดือน

การกลับซ้ำ (relapse) หมายถึง ช่วงเวลาที่บุคคลกลับมามีอาการมากขึ้นในช่วงที่มีอาการซึมเศร้าบ้าง (partial) หรือ ไม่มีอาการซึมเศร้า (full remission) อีกครั้ง

การเกิดเป็นใหม่ (recurrence) หมายถึง ช่วงเวลาที่บุคคลกลับมามีอาการอีก หลังจากที่มีอาการหายจากการป่วย (recovery) แล้ว นั่นคือมีการเกิดครั้งใหม่ของโรค

สาเหตุและผลลัพธ์ที่กำหนดสำหรับโรคซึมเศร้า (มาโนชและปราโมทย์, 2555; ธรณินทร์, 2550)



ภาพ 2. การดำเนินของโรคซึมเศร้า

สรุปได้ว่าโรคซึมเศร้ามีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงตามระดับของอาการและเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จะมีการดำเนินโรคที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดตามระยะเวลาและอาการ

ปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้ามีมากมาย อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและเกิดขึ้นได้หลายสถานการณ์ และหลายภาวะซึ่งทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของโรคซึมเศร้า สามารถสรุปได้เป็น 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคม

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา

1.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (genetic transmission) เชื่อว่าโรคซึมเศร้าเป็นสิ่งที่ติดตัวบุคคลมาแต่กำเนิดโดยการถ่ายทอดทางพันธุกรรม (ลิเวอร์พูล, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่าลักษณะของโครโมโซมมีผลโดยตรงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าของบุคคล โดยพบว่าโรคซึมเศร้ามีลักษณะสัมพันธ์กับโครโมโซม X มากกว่าโครโมโซม Y ดังนั้นโครโมโซมที่แสดงลักษณะความเป็นหญิง XX จึงมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าเป็นชาย ประมาณ 2-3 เท่า (สายฝน, 2554)

1.2 ทฤษฎีชีวเคมี (biochemical theory of depression) พบว่าในผู้สูงอายุจะมีระดับสารสื่อประสาท นอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) และซีโรโทนิน (serotonin) ลดลง โดยสารสื่อประสาทกลุ่มดังกล่าวในสมองมีปริมาณลดลง เนื่องจากความผิดปกติของกระบวนการดูดกลับสารเข้าสู่เซลล์ประสาทส่งต่อ คือมีกระบวนการดูดกลับของสารสื่อประสาทมากเกินไป ส่งผลให้บริเวณที่มีการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาทมีปริมาณสารสื่อประสาทลดลง มากกว่าปกติ ผลจากความผิดปกติของกระบวนการดูดกลับสารสื่อประสาทดังกล่าวทำให้บุคคลมีอาการซึมเศร้า รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ หงอยเหงา เบื่อหน่าย ไร้ความสุข สิ้นหวัง นอนไม่หลับ สะดุ้งตื่นกลางคืน ผันร่ายบ่อยครั้ง (สายฝน, 2554; Blazer & Hybels, 2005)

1.3 ระบบต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine system)

1.3.1 การทำงานของไฮโปทาลามิก พิวิตารี เอซิส (hypothalamic-Pituitary- Axis: HPA-axis) เพิ่มขึ้น การทำงานของ HPA- axis เพิ่มขึ้นในภาวะซึมเศร้า ทำให้ระดับกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) ในพลาสมาเพิ่มขึ้น ส่งผลยับยั้งกระบวนการนิวโรเจเนซิส และเดนโดรติกรีโมเดลลิง (neurogenesis and dendritic remodeling) ในฮิปโปแคมปัส เกิดการฝ่อลงหรือตายลง ในแง่ของความสัมพันธ์กับอาการแสดง คาดว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน่าจะมีความผิดปกติบริเวณลิมบิกซิสเต็ม (limbic system) ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ ความคิด บริเวณไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่งฮอร์โมน และไปโอโลจิคอลแพทเทิร์น (biological pattern) และบริเวณเบซอลแกงเกลีย (basal ganglia) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (psychomotor activity) (มาโนชและปราโมทย์, 2555)

1.3.2 โกรทฮอร์โมน (growth hormone) หลั่งน้อยกว่าปกติ เมื่อถูกกระตุ้นด้วย clonidine และพบความผิดปกติของ somatostatin ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของ growth hormone ด้วย (มาโนชและปราโมทย์, 2555)

1.3.3 การทำงานของต่อมไทรอยด์ (thyroid axis activity) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 5 – 10 มีระดับ thyroid stimulation hormone (TSH) สูงขึ้น และระดับของ THS สูงขึ้นเมื่อถูก

กระตุ้นด้วยการให้ thyrotropin releasing hormone (TRH) และร้อยละ 20 – 30 ของผู้ป่วยมี TSH จะหลังน้อยกว่าปกติ เมื่อถูกกระตุ้นด้วย TRH (blunt TSH response) (มาโนชและปราโมทย์, 2555)

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) พัฒนาขึ้นโดยซิกมันด์ฟรอยด์ (Sigmund Freud) เชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากจิตใต้สำนึก (subconscious) หรือสัญชาตญาณดั้งเดิม ซึ่งพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดจากอีโก้ (ego) ไม่สามารถทำงานได้อย่างเสรี เพราะถูกซูเปอร์อีโก้ ที่มีอิทธิมากคอยลงโทษอยู่ตลอดเวลา ทำให้อีโก้อ่อนแอ ซูเปอร์อีโก้จะคอยควบคุมลงโทษดำเนินคดีจนอีโก้ต้องตกเป็นทาสยอมจำนน ซึ่งการยอมแพ้ของอีโก้ นำมาซึ่งความเศร้าในที่สุด (มาโนชและปราโมทย์, 2555; ศรีพิมล, 2555)

2.2 ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory: CT) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุจากการที่บุคคลสะสมความคิด การรับรู้ และความรู้สึกทางลบกับตัวเอง และสิ่งแวดล้อมรอบตัว เป็นระยะเวลาจนเกิดความเคียดแค้นและคิดเป็นนิสัย และก่อให้เกิดความแปรปรวนทางความคิด กล่าวคือ มีระบบและวิธีการคิดในลักษณะบิดเบือนจากความเป็นจริง 3 ประการ ได้แก่ ความคิดทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ส่งผลให้บุคคลมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้พลัง ไร้ความสามารถ ไร้ศักยภาพ ไร้ความหมาย ไร้ความรัก ไร้ทางออก ไร้ความหวัง รู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า ไร้อนาคต ไม่ควรมีชีวิตอยู่ต่อไปและมองสิ่งแวดล้อมบิดเบือนจากความเป็นจริง (ลิวรรณ, 2552; สายฝน, 2554; สุทธานันท์และคณะ, 2554; Blazer & Hybels, 2005)

2.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) เชื่อว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้ถึงวิธีใช้ความนิ่งเฉยต่อปัญหา ปล่อยให้สถานการณ์เลยตามเลย ไม่ยอมแก้ไข ประกอบกับรู้ว่าช่วยตัวเองไม่ได้เพราะขาดแรงเสริม ขาดความหวัง ว่าเหว่ ขาดอำนาจต่อรอง ยอมจำนน เรียนรู้ว่าไม่ว่าจะแก้ปัญหายังไง ก็ไม่ประสบความสำเร็จ ความทุกข์ยังมีอยู่จึงเกิดอาการซึมเศร้า (จิตติมาวรรณ, 2552; ศรีพิมล, 2555; สุทธานันท์และคณะ, 2554) สำหรับผู้สูงอายุเกิดจากความบกพร่องด้านสติปัญญา ขาดแรงจูงใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า และบกพร่องด้านอารมณ์ เป็นการรับรู้ที่มาจากภายใน เรียนรู้ว่าไม่มีความสามารถที่จะป้องกันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ลิวรรณ, 2552)

3. ทฤษฎีทางด้านสังคม (psychosocial theory)

3.1 เหตุการณ์ที่รุนแรงของชีวิต เช่น การแยกจากกันและเสียชีวิตของกลุ่มชีวิตหรือบุตร เกิดเหตุการณ์เลวร้ายรุนแรงหรือเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด (มาโนชและปราโมทย์, 2555; ลิวรรณ, 2552; สุทธานันท์และคณะ, 2554)

3.2 การสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมและครอบครัว การเกษียณอายุงาน ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง เกิดการแยกตัวจากสังคม (ลิวรรณ, 2552)

สรุป ปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี โดยทฤษฎีทางชีววิทยา เกี่ยวข้องพันธุกรรม สารชีวเคมี และระบบต่อมไร้ท่อ ทฤษฎีทางจิตวิทยา เกี่ยวข้องกับทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีปัญญานิยม และทฤษฎีการเรียนรู้ สำหรับทฤษฎีทางสังคม ประกอบด้วยเหตุการณ์ในชีวิต เช่น การสูญเสีย การเกษียณ

อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงหลัก ๆ ในด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม ร่วมกับอาการทางร่างกายต่าง ๆ ดังนี้ (สมภพ, 2553)

1. ทางด้านร่างกาย อาการจะเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่ทางสรีรวิทยา ได้แก่

1.1 ความอยากรับประทานอาหารแปรปรวน (appetite disturbance) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง จะรู้สึกเบื่ออาหารหรือมีความอยากรับประทานอาหารมากขึ้น ทำให้น้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ในหนึ่งเดือน (เพียรดี, 2553; วลัยพร, 2551) มีปัญหาของระบบทางเดินอาหาร เช่นกลืนลำบาก แน่นท้อง ท้องผูก ปวดท้อง (ลิวรรณ, 2552)

1.2 การนอนแปรปรวน (sleep disturbance) นอนหลับน้อยลงหรือนอนไม่หลับ (insomnia) ผู้ป่วยบางคนเข้านอนหลับได้ง่าย ใช้เวลาไม่นานก็หลับได้ แต่หลับ ๆ ตื่น ๆ ทั้งคืนแต่การนอนไม่หลับที่เป็นแบบฉบับของภาวะซึมเศร้า คือเมื่อเข้านอนจะหลับได้ แต่มักตื่นช้ากว่าปกติ 2 – 3 ชั่วโมง และไม่สามารถหลับต่อได้อีก หรือเมื่อเข้านอนจะหลับได้แต่จะไปตื่นกลางดึกและไม่สามารถหลับต่อไปได้อีก หรือกว่าจะหลับได้อีกใช้เวลานาน (เพียรดี, 2553; วลัยพร, 2551) ซึ่งในผู้สูงอายุจะพบปัญหาเรื่องการนอนหลับมากกว่าวัยอื่น ๆ (ลิวรรณ, 2552)

1.3 ความต้องการทางเพศลดลง (decrease libido) ในผู้ป่วยชายอาจมีภาวะหมดสมรรถภาพทางเพศ (impotence) (เพียรดี, 2553)

1.4 มีอาการท้องผูก (constipation) ท้องอืด อาหารไม่ย่อย (เพียรดี, 2553; ลิวรรณ, 2552; วลัยพร, 2551)

1.5 ไม่มีพลัง (lack of energy) ทำให้รู้สึกเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (เพียรดี, 2553; ลิวรรณ, 2552)

2. ทางด้านอารมณ์ (emotional symptoms) ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ารุนแรง ที่ไม่สมเหตุสมผล เบื่อหน่าย ไม่มีความสนใจในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยจะบอกถึงอารมณ์ของตนเองว่า รู้สึกเศร้าหรือไม่สบายใจ เสียใจ ร้องไห้ง่าย รู้สึกหงุดหงิดง่ายหรือโกรธง่าย รู้สึกว่าเหว รู้สึกหมดหวัง ลึกลับ (เพียรดี, 2553; วาทีนี, 2556; สมภพ, 2553)

3. ทางด้านความคิด (cognitive symptoms) คิดซ้ำ ๆ คิดอะไรไม่ค่อยออก ไม่มีสมาธิ ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง (low self-esteem) คิดว่าตนเองไร้ค่า (worthlessness) คิดว่าไม่มีอะไรที่จะดีขึ้นได้เลย และตนไม่สามารถทำอะไรที่จะทำให้สถานการณ์นี้ดีขึ้น กำหนดตนเองว่าเป็นคนทำผิด รู้สึกว่าสิ่งต่าง ๆ ไม่ดีขึ้นในอนาคต มีความคิดซ้ำ ๆ เกี่ยวกับความตาย รวมทั้งอาจมีความคิดฆ่าตัวตายได้ (เพียรดี, 2553; สมภพ, 2553; วาทีนี, 2556) ซึ่งผู้สูงอายุจะพูดเรื่องฆ่าตัวตายน้อย แต่มักจะฆ่าตัวตายสำเร็จ (ถาวรณ, 2552)

4. ทางด้านพฤติกรรม (behavioral symptoms) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเชิงซ้ำ เดินซ้ำ คิดซ้ำ ไม่พูด ไม่โต้ตอบ ไม่อยากทำอะไร อยู่เฉย ๆ ได้นาน ไม่สนใจในกิจกรรมที่ทำทุกวัน ไม่อยากเข้าสังคม ไม่มีชีวิตชีวา หรือในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยอาจมีอาการกระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง หงุดหงิดง่าย รู้สึกกระวนกระวาย (เพียรดี, 2553; วาทีนี, 2556; สมภพ, 2553) ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวจะพบน้อยในผู้สูงอายุ (ถาวรณ, 2552)

แนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันประกอบด้วยการรักษาด้วยยา (pharmacotherapy) และจิตบำบัด (psychotherapy) ซึ่งการรักษาที่ให้ประสิทธิภาพดี คือการรักษาาร่วมกัน (combination treatment) ทั้งการรักษาด้วยยาและจิตบำบัด (มาโนช, 2549; มาโนชและปราโมทย์, 2555; อรพรรณและพีรพันธ์, 2553)

1. การรักษาด้วยยา (pharmacotherapy) แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (มาโนช, 2550)

1.1 กลุ่มไตรไซคลิกและเตตระไซคลิก (tricyclic and tetracyclic antidepressant : TCAs) ยาในกลุ่มนี้มีโครงสร้างเป็นโมเลกุลเป็น 3 วง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อะไมทริปไทลีน (amitriptyline) นอร์ทริปไทลีน (nortriptyline) คลอมิพลาไมน์ (clomipramine) อิมมิพลาไมน์ (imipramine) ยาในกลุ่มนี้จะยังการดูดกลับของนอร์อิพิเนพรีนและซีโรโทนิน (norepinephrine and serotonin) บริเวณพรีไซแนปส์ (presynapse) มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าหลักได้ดี แต่ยามีอาการไม่พึงประสงค์ค่อนข้างมาก ได้แก่ อาการง่วงนอน ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ความดันโลหิต

ต่ำ และมีผลต่อการทำงานของหัวใจ นอกจากนี้ยังมีปฏิกริยาระหว่างยากับยาตัวอื่น ๆ ได้มาก ซึ่งต้องระมัดระวังในการใช้

1.2 กลุ่ม monoamine oxidase inhibitor (MAOI) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ โมโคลบีมาย (moclobemide) ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โมโนเอไมด์ ออกซิเดส (monoamine oxidase)

1.3 กลุ่ม serotonin-specific reuptake inhibitors (SSRI) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดซึมกลับของซีโรโทนิน (Serotonin) โดยมีผลต่อการดูดซึมกลับของนอร์อีพิเนพรีน หรือ โดปามีน (norepinephrine or dopamine) เพียงเล็กน้อย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ฟลูออกซิทีน (fluoxetine) พาร็อกซิทีน (paroxetine) ฟลูโวซามีน (fluvoxamine) ซิตาโลพราม (citalopram) เซอทารีน (sertraline) ยาในกลุ่มนี้นิยมใช้เป็นยาในการรักษาโรคซึมเศร้ามากที่สุด ซึ่งยา เซอทารีน (sertraline) เหมาะสำหรับผู้สูงอายุเนื่องจากยามีความปลอดภัยสูง และอาการข้างเคียงน้อย ซึ่งยาที่ใช้ควรเป็นยาที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น และมีปฏิกริยาระหว่างยาน้อย (สุวรรณ, 2543) ขนาดที่ใช้ในการรักษาควรเริ่มด้วยขนาดต่ำ ปรับยาขึ้นอย่างช้า ๆ คงการรักษาให้นานกว่าปกติ (ขณะทำงานจัดทำแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ กรมสุขภาพจิต, 2553) ขนาดที่ให้คือ 50 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารมื้อเย็น (มาโนชและปราโมทย์, 2555) อาการข้างเคียงที่พบได้จากการใช้ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อาการปวดศีรษะในช่วงแรก มือสั่นหรือกระวนกระวาย นอนไม่หลับ อึดแน่นท้อง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ความต้องการทางเพศลดลง เหงื่อแตก อ่อนเพลีย สับสน ความคิดไม่แล่น หงุดหงิด วิตกกังวล เดี๋ยวเซ (มาโนชและปราโมทย์, 2550)

1.4 กลุ่มใหม่ (new generation) ได้แก่ ทราโซดอล (trazodone) ไทเนพทีน (tianeptine) บรูโพรเพียน (bupropion) เวนลาฟาคีน (venlafaxine) และไมตราซาปีน (mirtazapine)

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT) เป็นการรักษาทางชีวภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปกระตุ้นสมองผ่านทาง electrode เพื่อปรับสมดุลของระบบสารสื่อประสาทให้เป็นปกติ ซึ่งพบว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าจะให้ผลการรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงที่สุด ข้อบ่งชี้ที่สำคัญในการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา รวมถึงผู้ป่วยที่เคยมีประวัติตอบสนองต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ดีในการป่วยที่ผ่านมาและผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาด้วยไฟฟ้า (อรพรรณและพิรพนธ์, 2553) ในผู้สูงอายุควรพิจารณาโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ไข้หรือภาวะติดเชื้อ วัณโรค ปัญหาคะตุก เพราะการรักษาด้วยไฟฟ้าใน

ผู้สูงอายุ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการเกิดกระดูกหัก กระดูกเคลื่อนได้ง่าย (นริสา และสายสมร, 2557)

3. การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายคือให้บุคคลมองเห็น รู้จัก เข้าใจปัญหา สามารถแก้ปัญหาด้วยกระบวนการคิด มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ใหม่ (พจนาน, 2557)

3.1 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) มุ่งเน้นแก้ไขความคิดและกระบวนการคิดที่บิดเบือน รวมถึงการปรับพฤติกรรมในแง่ลบของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น และมีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น การบำบัดทางความคิดเป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจน ให้ผู้ป่วยเข้าใจและแก้ไขความคิดที่บิดเบือนและไม่สมเหตุผล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีมุมมองทางความคิดอื่น ๆ มีความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น มีมุมมองความคิดทางบวกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น และช่วยป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำในระยะยาวด้วย (มาโนชและปราโมทย์, 2555; อรพรรณและพิรพนธ์, 2553) จากการศึกษาของกัญญาณัฐ (2555) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของวัชรและรังสิมันต์ (2557) พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่การทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) มีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งมุ่งเน้นปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่นในปัจจุบันมากกว่าเรื่องราวในอดีตของผู้ป่วย เมื่อปัญหาสัมพันธภาพได้รับการแก้ไข ก็จะส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น (มาโนชและปราโมทย์, 2555; อรพรรณและพิรพนธ์, 2553)

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เป็นคลินิกให้บริการผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตเวชที่ซับซ้อน ได้แก่ โรคซึมเศร้า และสมองเสื่อม รูปแบบการบริการจะเป็นลักษณะของการบริการแบบจุดเดียวครบวงจร (one stop service) ซึ่งจะเป็นการ

ให้บริการตรวจและรักษาของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และนักกิจกรรมบำบัด ซึ่งทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละรายที่มีปัญหาแตกต่างกัน

สำหรับผู้ป่วยอายุโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า โดยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญ เช่น มีความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ ไร้ค่าและ มีความคิดอยากตาย ซึ่งจะมาตรวจตามนัดทุก 1 – 3 เดือน โดยการรักษาที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ แต่ละรายได้รับมี 2 แบบคือ

1. การรักษาแบบใช้ยา ซึ่งเป็นการรักษาหลักที่ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับ โดยจิตแพทย์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยากดดันเศร้า (antidepressant) เช่น ยาฟลูออกซีติน (fluoxetine) เซอทาริน (sertraline) เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยสูงอายุจะมีอาการนอนไม่หลับ ดังนั้นจึงได้รับยาที่ใช้รักษาอาการดังกล่าว เช่น ยากลุ่มต้านความวิตกกังวล (antianxiety) เช่น ไดอะซีแพม (diazepam) ลอราซีแพม (lorazepam) เป็นต้น

2. การรักษาแบบไม่ใช้ยา เป็นการรักษาที่ผู้ป่วยแต่ละรายจะรับแตกต่างกัน ซึ่งจะเป็นบทบาทของทีมสหวิชาชีพ โดยเภสัชกร จะให้คำแนะนำในการรับประทานยา นักโภชนาการ ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหาร นักกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการบริหารร่างกายและกล้ามเนื้อ นักกิจกรรมบำบัดจะเป็นคนพูดคุยและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยในการค้นหากิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ และมีความสามารถพอที่จะทำกิจกรรมเหล่านั้นได้ขณะที่อยู่บ้าน สำหรับบทบาทของพยาบาล ในคลินิก มีการประเมินปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม การบำบัดด้านจิตสังคม ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด รวมถึงการให้คำแนะนำและการสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลหลัก ซึ่งทุกกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับ จะคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบทและความสามารถของผู้ป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกความหลัง (Reminiscence)

ความหมายของการระลึกความหลัง

จากการศึกษาการระลึกความหลัง มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

บัทเลอร์ (Butler, 1963) กล่าวว่า เป็นประสบการณ์ภายในจิตใจเกี่ยวกับการทบทวนชีวิต ที่ช่วยเพิ่มการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่ เป็นโรค หรือมีความผิดปกติในวัยสูงอายุ เช่น ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นได้ และประสบการณ์ภายในจิตใจ ยังทำให้ผู้สูงอายุมีความยุติธรรม ความเยียบสงบในชีวิตและจิตวิญญาณ

เบิร์นไซด์ (Burnside, 1988) กล่าวว่า การระลึกความหลังเป็นพฤติกรรมหรือกระบวนการ เรียกคืนความทรงจำในอดีต ที่เกิดจากการคิด คำหนึ่งเงียบ ๆ คนเดียว การพูดออกมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น อาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือมีรูปแบบโครงสร้าง

บอยด์ (Boyd, 2015) กล่าวว่า การระลึกความหลังเกี่ยวข้องกับ การคิด หรือประสบการณ์ในอดีต กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการระลึกความหลังอย่างใดอย่างหนึ่ง เกี่ยวกับชีวิตในอดีต สามารถใช้ในการรักษาความมีคุณค่าในตนเอง กระตุ้นการคิด และสนับสนุนกระบวนการบำบัดตามธรรมชาติของการทบทวนชีวิต

แคพเพลลิตซ์, รอกี, และชวดฮีรี (Cappeliez, Rourke, & Chaudhyry, 2005) กล่าวว่า การระลึกความหลัง เป็นกระบวนการของการคิดหรือบอกเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมาจากคน ๆ หนึ่ง

สตินสันและเคริก (Stinson & Kirk, 2005) กล่าวว่า การระลึกความหลัง เป็นเทคนิคในการคิดและพูดเกี่ยวกับ ชีวิตของคน ๆ หนึ่ง และสามารถใช้เป็นประโยชน์ได้ เทคนิคอาจจะ มีโครงสร้าง หรือไม่มีโครงสร้างภายในกลุ่มหรือเป็นรายบุคคล เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนสองคนหรือมากกว่า นั้น

ฮามิลตัน (Hamilton, 1985) กล่าวว่า การระลึกความหลัง เป็นกระบวนการทางการแพทย์ เป็นการพูด ฟัง หรือเงียบฟัง สิ่งที่ผ่านมา และกระตุ้นความทรงจำด้วยการพูด หรือ เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรที่จะช่วยตอบสนองวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาล เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ความจำ ประสบการณ์ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

สรุปได้ว่า การระลึกความหลัง หมายถึง กระบวนการระลึกถึงเหตุการณ์ หรือประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวข้องกับการคิด วิเคราะห์เหตุการณ์ของชีวิตที่ผ่านมาในทุกด้านทั้งบวกและลบ เป็นกระบวนการที่ทำให้หลายรูปแบบ อาจจะมีโครงสร้างหรือไม่มีโครงสร้าง ภายในกลุ่มหรือเป็นรายบุคคล ซึ่งอาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติหรือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการระลึกความหลัง

จากการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการระลึกความหลัง มีผู้ศึกษาไว้หลากหลาย ดังนี้

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) บัดเลอร์และคณะ ได้อ้างทฤษฎีฟรอยด์ ซึ่งอธิบายว่า คนที่มีสุขภาพจิตดี คือคนที่สามารถผสมผสานเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต เหตุการณ์ในอดีตของใคร ย่อมกำหนดชีวิตประจำวันของผู้คนนั้น สภาพปัจจุบันที่ขมขื่นและทุกข์ยาก คือภาพสะท้อนที่เป็นไปในอดีต ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ผู้สูงอายุที่มองอดีต คือผู้สูงอายุที่มีจิตใจระดับปกติ ความผิดปกติเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุขมขื่นกับอดีตจนไม่สามารถแยกอดีตออกจากปัจจุบันและอนาคต (อ้างตามศรีเรือน, 2553)

2. ทฤษฎีขั้นตอนของชีวิต (อิริคสัน) พัฒนาการทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุ ตามขั้นตอนทฤษฎีพัฒนาการของอิริคสัน ผู้สูงอายุอยู่ในขั้นตอนที่ 8 ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่บุคคลจะทบทวนประสบการณ์ในอดีต ถ้าพบว่าตนเองทำหน้าที่ได้อย่างดีที่สุดแล้ว ก็จะเกิดความพึงพอใจ มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอารมณ์ที่มั่นคง ถ้าได้มีการเตรียมตัวไว้ตั้งแต่วัยกลางคน ก็จะสามารถปรับตัวรับบทบาทของวัยผู้สูงอายุได้ วัยผู้สูงอายุจึงควรเป็นวัยของการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและปรับตัวในช่วงบั้นปลายชีวิตได้อย่างภาคภูมิใจ ดังนั้นถ้าชีวิตตั้งแต่ต้นดำเนินมาได้ดี ไม่ว่าจะเป็นด้านครอบครัว การงาน ฐานะ พบกับความสำเร็จ ผู้สูงอายุก็จะพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมา ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ (integrity) แต่ในทางตรงกันข้ามหากในชีวิตที่ผ่านมาพบแต่ความล้มเหลว ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต มีปัญหาเกิดขึ้นอย่างมากมาย จะทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง (despair) (พรรณทิพย์, 2553)

3. ทฤษฎีเอกซิสเตลเชียล (existential theory) โดยแนวคิดนี้เชื่อว่ามนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ได้ ด้วยการเห็นความหมายของชีวิต การเห็นคุณค่าของชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมายสำหรับผู้สูงอายุ การย้อนคิดถึงอดีต เป็นวิธีการที่จะประเมินคุณค่าหรือแสวงหาความหมายของชีวิต ถ้าช่วงชีวิตที่ผ่านมาเต็มไปด้วยคุณค่าและความหมาย ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีเห็นคุณค่าในการเป็นผู้สูงอายุ (สุมาลา, 2553)

4. ทฤษฎีทบทวนชีวิต (life review) บัทเลอร์ (Butler, 1963) กล่าวว่าโดยธรรมชาติแล้วจิตใจคนจะพัฒนาอย่างต่อเนื่องไปได้ ก็โดยการย้อนกลับไปสู่ความรู้สึกในจิตสำนึก ที่เป็นประสบการณ์ในอดีต โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคับข้องใจที่ไม่สามารถแก้ไขได้ และในขณะที่เดียวกันก็จะสำรวจใหม่อีกครั้ง เพื่อแก้ไขความคับข้องใจนั้น และทำให้สมบูรณ์ขึ้น จะช่วยรักษาไว้ซึ่งความรู้สึก ซึ่งการนึกถึงอดีตมีทั้งคุณและโทษ ในด้านคุณค่าคือฝึกความจำ ฝึกความรู้สึกในจิตใต้สำนึกมาสู่จิตสำนึก เพิ่มพูนความภาคภูมิใจในตนและความมีสติสัมปชัญญะ ซึ่งมีความจำเป็นในการปรับตัวในวัยสูงอายุ ส่วนโทษของการคิดย้อนอดีต คือทำให้ผู้สูงอายุหมองเศร้า กลัว กังวล มีความรู้สึกผิด ลงโทษตนเอง อาลัยอาวรณ์อดีต ไม่สามารถปล่อยวาง อาจรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม บัดเลอร์ เชื่อว่า การย้อนคิดถึงอดีต มีคุณมากกว่าโทษ สำหรับผู้ที่ย้อนคิดแล้วไม่มี

ความสุขก็สามารถทำการบำบัดได้ โดยวิธีการบำบัดที่เรียกว่า แพลนเน็ต รีมินิสเซน (Planned Reminiscence) ซึ่งพบว่าวิธีการทำจิตบำบัดแบบนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจตนเอง ปรับตัวได้ดีขึ้น ขอมรับ และกล้าเผชิญความตายมากขึ้น รู้สึกสงบ สุขกายและใจมากขึ้น (ปราณีต, 2552; สุมาลา, 2553)

5. การระลึกความหลังของฮามิลตัน (Hamilton, 1985) ซึ่งนำแนวคิดของบัคเลอร์ มาสร้างแนวคิดที่ใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ การเลือกเหตุการณ์ในอดีต การค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น และการแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง เมื่อความจำในอดีตถูกกระตุ้นบุคคลก็จะเริ่มนึกถึงประสบการณ์ตอนนั้น เริ่มตรวจสอบประสบการณ์ตอนนั้น ความทรงจำที่เลือก และรู้สึก ก็จะทำให้ระลึกความหลังได้ การมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญ ที่ส่งผลให้คนไข้ที่ได้รับการรักษาดีขึ้น เมื่อระลึกความหลังเสร็จ ต้องมีการสะท้อนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และปิดประสบการณ์ การสรุปสั้น ๆ จะทำให้เกิดปัญญา (Hamilton, 1985)

สรุป จากการศึกษาพบว่ามีทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีขั้นตอนของชีวิต ทฤษฎีเอกซิสเตลเซียล ทฤษฎีทบทวนชีวิต และการระลึกความหลังของฮามิลตัน สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ใช้รูปแบบการระลึกความหลังตามแนวคิดของฮามิลตัน เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่อธิบายกระบวนการระลึกความหลังไว้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย สามารถนำไปใช้ได้ง่าย เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นมาจากใช้กระบวนการพยาบาล

การระลึกความหลังตามแนวคิดของฮามิลตัน Hamilton (1985)

การระลึกความหลัง เป็นการย้อนคิดถึงความหลัง โดยใช้กลยุทธ์ที่มุ่งให้บุคคลเรียกคืนประสบการณ์ที่ผ่านมา ทั้งความคิดและความรู้สึก ซึ่งสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินการได้ทั้งรูปแบบการระลึกความหลังรายบุคคล หรือการระลึกความหลังรายกลุ่ม ซึ่งกระบวนการระลึกความหลัง ตามแนวคิดของ Hamilton (1985) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

1. ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (memory) คือการเลือกเหตุการณ์ จากความคิด ความรู้สึกพึงพอใจของตนเองในอดีต และช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงจากอดีตมาถึงปัจจุบัน โดยเลือกจากเหตุการณ์ที่ไม่อยากลืมและความรู้สึกนั้นยังอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องมาตลอด ความทรงจำในวัยเด็ก เช่น รูปภาพทุ่งนา ภาพการละเล่น ภาพการเดินทางสมัยก่อน ภาพควายไถนา ม้วนเทปและเครื่องเล่นเทป ซึ่งช่วยในการส่งเสริมการเรียนรู้ และกระตุ้นความทรงจำได้เป็นอย่างดี (ปิยะรัตน์, 2550) ภาพถ่าย ของ ที่ระลึก บทเพลง เหยี่ยวรางวัล หรือโล่รางวัล เป็นสิ่งกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตหรือประสบการณ์ในอดีต (รังสิมันต์, 2544) การ

คุณภาพถ่ายเก่า ๆ ทำให้มีความสุข ความสบายใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ได้ดำเนินชีวิตจากอดีตมาถึงปัจจุบัน (วาสนาและรังสิมันต์, 2554)

2. ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น (experiencing) คือระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ โดยมุ่งเน้นไปที่การค้นหาความหมายจากความรู้สึก เพื่อให้บุคคลมีสติรู้ในวิถีการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน เป็นการให้ผู้สูงอายุประเมินความคิดและความรู้สึกของตนที่มีต่อเหตุการณ์นั้นว่ามีความหมายหรือคุณค่าอย่างไรต่อตนเองจนทำให้เก็บความทรงจำนั้นตลอดเวลาและเลือกที่จะนำมาแบ่งปัน กระตุ้นให้ผู้สูงอายุคิดถึงความทรงจำ ความภาคภูมิใจในตนเอง การมองเห็นคุณค่าในชีวิต (รังสิมันต์, 2554)

3. ระยะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น (social interaction) เป็นระยะของการแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่บุคคลมีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟัง และยังถือว่าเป็นการช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและสนับสนุนให้มีการเปิดเผยตนเอง (self expression) ช่วยให้เกิดความรู้สึกของการเชื่อมโยงของมนุษย์ เป็นโอกาสได้แสดงความรู้สึก เปิดเผยตนเองออกมาอย่างแท้จริง การกระตุ้นให้สมาชิกถ่ายทอดเรื่องราวผ่านคำบอกเล่าให้สมาชิกกลุ่มรับฟังถึงความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในแง่มุมต่าง ๆ (รังสิมันต์, 2554) การนึกถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่ได้เล่ามาทั้งหมด เพื่อจะได้มีการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดสร้างความมั่นคง และความรู้สึกที่ดีของจิตใจ (ฉวีรัฐพัชร, 2553)

กลไกการทำงานของการระลึกความหลัง

กลไกการทำงานของการระลึกความหลัง เป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงให้เกิดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แบ่งเป็น 3 ประการ คือ (รังสิมันต์ 2554; Cappeliez, Rivard, & Guindon, 2007)

1. การทำงานส่วนบุคคล (self functions) มีหน้าที่ในการรู้คิด รักษาอัตมโนทัศน์ของบุคคล ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ค้นหาความหมายของชีวิต เป็นการผสมผสานการเข้าใจตนเอง และการเจ็บป่วยทางจิตทำให้เกิดการปรับสภาพจิตของตนเอง การยอมรับสถานการณ์ของชีวิต ซึ่งเกิดได้จากการวาดภาพจากความทรงจำความรู้สึกของ ความหมายและการเชื่อมโยงกันในชีวิต การใช้ความทรงจำที่จะจัดการกับปัญหาของชีวิตที่ผ่านมา

2. การชี้แนะ (guidance functions) ทำให้เกิดการชี้แนะ และการวางแผนในการดำรงชีวิต เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ส่วนบุคคลและประสบการณ์ ความทรงจำ แก้ไขปัญหาคับข้องใจในอดีต โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาเรียนรู้จากบทเรียนในอดีตว่าผ่านเหตุการณ์นั้นมาได้อย่างไร แก้ไขปัญหาอย่างไร เพื่อแก้ไขปัญหในปัจจุบัน

3. พันธะทางสังคมกับบุคคลอื่น (social bonding functions) เป็นการรักษาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม มีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ ทำให้เกิดความสบายใจ เพลิดเพลิน พึงพอใจ สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นและได้รับผลสำเร็จอย่างมีความหมายในชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเข้ากับคนอื่นง่ายและพูดเก่ง มีการเล่าเรื่องราวระลึกถึงความหลังที่เป็นความพึงพอใจ เป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกที่ดีและอารมณ์เชิงบวก

ซึ่งกลไกการระลึกความหลัง เป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงให้บุคคลเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน จากการระลึกถึงเหตุการณ์เรื่องราวในอดีต ให้บุคคลได้แสดงออกถึงตัวตน ความสามารถในการจัดการกับปัญหา และความเพลิดเพลินสบายใจ

ปัจจัยที่มีผลต่อการระลึกความหลัง

ปัจจัยที่มีผลต่อการระลึกความหลัง มีหลายปัจจัย ได้แก่

1. อายุ ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ จึงส่งผลกระทบต่อกระบวนการการระลึกความหลังตามช่วงอายุที่แตกต่างกันไป จากการศึกษาของเว็บสเตอร์และแม็คคอล (Webster & Mc Call, 1999) พบว่าผู้สูงอายุอาจจะสนใจมากขึ้นในการระลึกความหลังมากกว่า วัยผู้ใหญ่ที่อายุน้อยกว่า ซึ่งส่งผลกระทบต่อการบำบัดในผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของโบว์เมเจอร์ โรเมอร์ คิวเปอร์และสมิท (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers, & Smit, 2007) พบว่า อายุไม่มีผลกระทบต่อการระลึกความหลังในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ย 68-79 ปี

2. เพศ มีความสัมพันธ์ระหว่างเพศและพฤติกรรมการระลึกความหลังที่มีความซับซ้อน จากการศึกษาของ เว็บสเตอร์และแม็คคอล (Webster & Mc Call, 1999) พบว่าผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะใช้การระลึกความหลังมากกว่าผู้ชายเกี่ยวกับความทรงจำ เหตุการณ์เชิงลบและการทำความเข้าใจตัวตนของคน ๆ หนึ่ง ดังนั้นผู้หญิงที่อาจได้รับประโยชน์จากการบำบัดมากขึ้นในการค้นหาความหมายในชีวิตและการยอมรับอดีต

3. บุคลิกภาพ บุคลิกภาพเป็นตัวแปรที่แตกต่างของแต่ละบุคคลที่มีประสิทธิภาพ และมีผลต่อแรงจูงใจ สุขภาพ สัมพันธภาพ การเลือกอาชีพ และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประสบความสำเร็จ การศึกษาของเว็บสเตอร์, โบว์เมเจอร์ และเวสเตอร์ฮอฟ (Webster, Bohlmeijer, & Westerhof, 2010) พบว่าบุคลิกภาพ เป็นความแตกต่างของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการเชื่อมโยงระหว่างคนที่มีลักษณะเฉพาะและกระบวนการระลึกความหลัง ที่อาจจะมีมากขึ้นตามบริบทของบุคคล

4. ครอบครัว มีความสำคัญเกี่ยวกับความทรงจำร่วมกันเป็นครอบครัว จากการศึกษาของเว็บสเตอร์และแม็คคอล (Webster & Mc Call, 1999) พัฒนาศูนย์การประเมินการ

เปลี่ยนแปลงความทรงจำของครอบครัว ผลยืนยันว่าการแสดงความคิดเห็นในครอบครัว และกระบวนการกลุ่มจะเกี่ยวข้องกับการระลึกความหลังส่วนบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการระลึกความหลังของครอบครัว

5. อิทธิพลทางสังคมวัฒนธรรม เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติของบุคคล การศึกษาของเว็บสเตอร์และคณะ (Webster et al., 2010) พบว่าวัฒนธรรมทางสังคมที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อการเล่าประสบการณ์ของบุคคล และมีผลกระทบทางจิตสังคมของรูปแบบที่แตกต่างกันของหน่วยความจำ สำหรับกลุ่มเชื้อชาติที่ต่างกันจะมีความแตกต่างที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพจิตหรือความรู้สึกของตัวตนเป็นผลมาจากการปฏิบัติทางวัฒนธรรมหรือไม่เฉพาะกระบวนการหรือการทำงานที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงลบ

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการระลึกความหลัง ได้แก่ อายุ เพศ บุคลิกภาพ ครอบครัว อิทธิพลทางสังคมวัฒนธรรม

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความหวัง

ความหมายของความหวัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความหวัง ไว้หลากหลาย ดังนี้ มิลเลอร์ (Miller, 1985) กล่าวว่า ความหวังเป็นความคิด ความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ในการที่จะหลุดพ้นจากความทุกข์ยากลำบากต่าง ๆ เป็นการคาดหมายถึงสิ่งที่ดีที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อยู่บนพื้นฐานของการมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น ผู้ที่มีความหวังจะมีความสามารถ และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา มีความผาสุกในจิตใจ มีจุดมุ่งหมาย และรับรู้ถึงความหมายของการมีชีวิต

เฮิร์ท (Herth, 1992) กล่าวว่า ความหวังเป็นความรู้สึกที่เป็นพลังอยู่ภายในจิตใจ บุคคลเชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต สามารถแสดงออกด้านอารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล

อิริคสัน เชื่อว่า ความหวังพัฒนามาจากประสบการณ์ในวัยเด็กตอนต้น และ มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความรู้สึกไว้วางใจ โดยเกิดจากความสำเร็จในการจัดการกับความขัดแย้งระหว่างความไว้วางใจกับความไม่ไว้วางใจ (พรหมทิพย์, 2553)

คูฟอลล์และมาร์ทอกซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) กล่าวว่า ความหวังเป็นพลังชีวิตแบบพลวัต ซึ่งมีหลายมิติ (multidimensional dynamic life) ที่โดดเด่นด้วยความเชื่อมั่นต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้น มีผลต่อการกระทำและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความหวังไม่ใช่การกระทำเพียงครั้งเดียว แต่มีความซับซ้อนของความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา

สรุปได้ว่า ความหวัง หมายถึง ความคิดความรู้สึกที่มีอยู่ในตัวบุคคล ที่เชื่อว่า จะเจอสิ่งที่ดีในอนาคต เป็นแรงขับที่ทำให้บุคคลสามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยอยู่บนพื้นฐานของการมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น และการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ สามารถแสดงออกด้านอารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล ทำให้บุคคลมีความพร้อม มีความมุ่งมั่น แรงจูงใจ และกระตือรือร้น ที่จะทำตามแผนบรรลุถึงสิ่งต้องการและเป้าหมายที่วางไว้

แนวคิดของความหวัง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบแนวคิดที่เกี่ยวกับความหวัง ไว้หลากหลายความหมายสรุปดังนี้

2.1 ความหวังตามแนวคิดของ ดูฟอลท์และมาร์ทอคซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) กล่าวถึง ความหวังว่า เปรียบเสมือนแรงขับ เป็นความเชื่อมั่นต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้น มีผลต่อการกระทำและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความซับซ้อนของความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ซึ่งมีติของความหวัง ประกอบด้วย 6 มิติ ดังนี้

2.1.1 มิติด้านอารมณ์ (affective dimension) เน้นความรู้สึกและอารมณ์ที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสร้างความหวัง องค์ประกอบของมิติทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกเกี่ยวกับผลที่น่าสนใจ ความรู้สึกที่มีความสำคัญกับผลที่ต้องการ ความรู้สึกเกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่อสิ่งที่ต้องการ ความรู้สึกเกี่ยวกับความไม่แน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการ และความรู้สึกอื่นที่มาพร้อมกับความหวัง

2.1.2 มิติด้านปัญญา (cognitive dimension) เน้นกระบวนการที่บุคคลจินตนาการ ความสงสัย การรับรู้ ความคิด ความจำ การเรียนรู้ การประมวลผล การตีความ และการตัดสินใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความหวัง

2.1.3 มิติด้านพฤติกรรม (behavioral dimension) เน้นการวางแผนทางการดำเนินการของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความหวัง ที่บุคคลอาจต้องใช้เวลาดำเนินการโดยตรง เพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการหรือบรรลุความคาดหวัง การดำเนินการที่จะทำให้เกิดผล ได้แก่ การแสดงออกทางกาย จิตใจ สังคม และความเชื่อ ซึ่งบุคคลจะเลือกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมกับตนเองที่จะทำให้สมหวัง

2.1.4 มิติด้านความผูกพัน (affiliative dimension) มุ่งเน้นถึงความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น หรือการมีส่วนร่วมของตนเองที่เป็นบ่อเกิดของความหวัง

2.1.5 มิติด้านเวลา (temporal dimension) เน้นที่ความสัมพันธ์ของความหวังและความคาดหวังจากประสบการณ์ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ซึ่งบุคคลมีความหวังเกี่ยวกับอนาคตในแง่ดี

2.1.6 มิติด้านสถานการณ์แวดล้อม (contextual dimension) มิติดังกล่าวถึงสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ในชีวิตที่มีอิทธิพล และเป็นส่วนหนึ่งของความหวัง

2.2 ความหวังตามแนวคิดของเฮิร์ท (Herth, 1992) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของคูฟอล์ทและมาทอคซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) กล่าวเกี่ยวกับความหวังว่าเป็นความคาดหวังและความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ดีในอนาคต โดยอยู่บนพื้นฐานของการมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น และการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตสามารถแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล โดยแบ่งความหวังออกเป็น 3 ด้าน คือ

2.2.1 ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (inner sense of temporality and future) ซึ่งเป็นการรวมมิติด้านสติปัญญาและเวลาไว้ด้วยกัน มีการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและเกิดขึ้นในอนาคต เป็นการรับรู้ทางบวก เชื่อว่าสิ่งที่ต้องการสามารถเป็นไปได้ในระยะสั้น แต่ถ้าบุคคลมองเห็นอนาคตที่ไม่มั่นคงถาวรของตนเอง ก็จะทำให้บุคคลขาดพลังใจที่จะก่อให้เกิดความหวัง

2.2.2 การเตรียมความพร้อมในเชิงบวกภายในและความคาดหวัง (inner positive readiness and expectancy) ซึ่งเป็นการรวมมิติด้านอารมณ์ และพฤติกรรมไว้ด้วยกัน เป็นความรู้สึกมั่นใจและเป็นการคาดหวังทางบวกที่มีต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต ทำให้บุคคลมีความพร้อมที่จะทำตามแผนเพื่อให้บรรลุสิ่งที่ต้องการหรือเป้าหมาย

2.2.3 ความสัมพันธ์ภายในตนและกับบุคคลอื่น (interconnectedness with self and other) ซึ่งเป็นการรวมมิติด้านความผูกพันและบริบทแวดล้อมไว้ด้วยกัน บุคคลจะเห็นถึงความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันภายในตนระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับจิตวิญญาณ ความหวังด้านนี้แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

2.2.3.1 ความสัมพันธ์ภายในตน หมายถึง คุณสมบัติ หรือความสามารถ (competence) ของบุคคลนั้น ประกอบด้วย ความตั้งใจ (determination) ความกล้าหาญ (courage) และความสงบ (serenity)

2.2.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตนกับสิ่งอื่น ๆ เช่น บุคคลภายในครอบครัว บุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิต เป็นความสัมพันธ์ที่มีความใกล้ชิดสนิทสนม ผูกพัน เอาใจใส่ ให้ความสำคัญ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่ามีคนร่วมแบ่งปันความรู้สึก รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของบุคคล

อื่น ทำให้บุคคลเกิดความหวังขึ้นภายในใจ นอกจากนี้ยังรวมถึงความศรัทธา ความเชื่อต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น

สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าจะสามารถผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของเฮิร์ท (Herth, 1992) มาเป็นแนวทาง เนื่องจาก เป็นแนวคิดที่มีการพัฒนาปรับปรุงลดความซ้ำซ้อนของมิติ โดยการผสมผสาน แนวคิด ปรัชญา ศาสนา สังคม และจิตวิทยา ที่เป็นมิติเดียวกัน และสอดคล้องกัน ไว้ด้วยกัน ซึ่งทำให้มีความกระชับ เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในด้านการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล

ความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ความหวังของชีวิต ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำใด ๆ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจว่าการกระทำของตนจะนำไปสู่ความเป็นไปได้ที่จะประสบผลสำเร็จในสิ่งที่มุ่งหวังในอนาคต (Herth, 1990) ผู้สูงอายุที่มีความหวังเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี มีเป้าหมายในชีวิตและมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี (นริสา, สมเสาวนุช, และบังอร, 2556) และการศึกษาของทศพร (2553) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่หวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันข้างหน้า ร้อยละ 93.59 รู้สึกว่าชีวิตค่อนข้างไม่มีคุณค่า ร้อยละ 3.42 และรู้สึกสิ้นหวัง ร้อยละ 5.98 นอกจากนี้การศึกษาของนิษาและรังสิมันต์ (2555) ยังพบว่า ความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.7 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 32.1 และมีความสิ้นหวังเล็กน้อย ร้อยละ 19.2 ประสบการณ์ความเครียดในชีวิตความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสิ้นหวัง ซึ่งจะเกิดผลกระทบจากต่อความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ใน 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต มีการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและในอนาคต เป็นการรับรู้ทางบวก เชื่อว่าสิ่งที่ต้องการสามารถเป็นไปได้ในระยะสั้น แต่ถ้าบุคคลมองเห็นอนาคตที่ไม่มั่นคงถาวรของตนเอง ก็จะทำให้บุคคลขาดพลังใจที่จะก่อให้เกิดความหวัง ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีความคิดทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต มองอนาคตในแง่ร้าย คิดว่าในอนาคตจะพบสิ่งเลวร้าย ส่งผลให้บุคคลมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้พลัง ไร้ความสามารถ ไร้ศักยภาพ ไร้ความหมาย ไร้ความรัก ไร้ทางออก ไร้ความหวัง รู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า ไร้อนาคต ไม่ควรมีชีวิตอยู่ต่อไปและมองสิ่งแวดล้อมบิดเบือนจากความเป็นจริง (ถาวรณ, 2552; สายฝน, 2554; สุทธนันท์และคณะ, 2554; Blazer & Hybels, 2005)

2. ด้านการเตรียมความพร้อมในเชิงบวกภายในและความคาดหวัง เป็นความรู้สึกมั่นใจและเป็นการคาดหวังทางบวกที่มีต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้บุคคลมีความพร้อมที่จะทำตามแผน เพื่อให้บรรลุสิ่งที่ต้องการหรือเป้าหมาย ซึ่งการป่วยเป็น โรคซึมเศร้า ก่อให้เกิดผลกระทบต่อความหวังได้ คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จะมีอารมณ์เศร้า ภาวะถอนตัว น้อยใจ เบื่อหน่าย ความรู้สึกผิด สูญเสียคุณค่าในตนเอง เป็นสภาวะอารมณ์ที่แสดงถึงความรู้สึกกดดันต่อการดำเนินชีวิต จนทำให้ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ (ฉวีวรรณ, แพ, และศุภกรใจ, 2556) ด้านพฤติกรรม จะมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแย่งลง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ความตื่นตัวในกิจวัตรประจำวันลดลง ร้องไห้ง่าย ทำร้ายตนเอง (ฉวีวรรณ, แพ, และศุภกรใจ, 2556; สายฝน, 2554; อรพรรณและพีรพันธ์, 2553)

3. ด้านความสัมพันธ์ภายในตนและกับบุคคลอื่น (Interconnectedness with self and other) บุคคลจะเห็นถึงความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน การป่วยเป็น โรคซึมเศร้า เกิดจากการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมและครอบครัว การเกษียณอายุงาน ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง เกิดการแยกตัวจากสังคม (ฉวีวรรณ, 2552) การแยกจากกันและเสียชีวิตของคู่ชีวิตหรือบุตร เกิดเหตุการณ์เลวร้ายรุนแรงหรือเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด (มาโนชและปราโมทย์, 2555; ฉวีวรรณ, 2552; สุทธานันท์และคณะ, 2554)

สรุปได้ว่าความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เกิดขึ้นได้ใน 3 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต ด้านการเตรียมความพร้อมในเชิงบวกภายในและความคาดหวัง ด้านความสัมพันธ์ภายในตนและกับบุคคลอื่น ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกสิ้นหวัง

กระบวนการเสริมสร้างความหวัง

ความหวังเกิดจากการรับรู้ การแปลความ การตอบสนองต่อประสบการณ์หรือสถานการณ์ชีวิต ของบุคคล ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างความหวัง ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้ (Herth, 2001)

1. กระบวนการประสบการณ์ (experiential process) เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งส่งเสริมให้เกิดความหวังขึ้นได้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการระบายความรู้สึกของตนเอง นำความทรงจำประสบการณ์ที่ดีในอดีต มาสร้างเป็นกำลังใจในการจัดการปัญหาต่อไป

2. กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล (rational thought process) เป็นกระบวนการที่เกิดจากการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งการที่บุคคลจะกระทำเป้าหมายให้บรรลุผลสำเร็จนั้นบุคคลจะต้องมีกระบวนการคิด และกระทำตามที่วางแผนไว้ การคำนึงถึงผลของการกระทำตามความเป็นไปได้จริงของเหตุและผล เพื่อการเผชิญปัญหา สามารถควบคุมปัญหา สถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ความหวังเป็นกระบวนการที่สื่อระหว่างเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ประสบการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จ จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจ ในเหตุการณ์ปัจจุบัน และสามารถจัดการกับเหตุการณ์ในอนาคตได้

3. กระบวนการทางจิตวิญญาณ (spiritual process) เป็นการคงไว้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อและจิตวิญญาณ จะมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา พิธีกรรมตามความเชื่อของบุคคล ความต้องการทางจิตวิญญาณ ความเชื่อในสิ่งที่ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ บุคคลเชื่อว่าเป็นพลังที่ยิ่งใหญ่ที่จะทำให้อันหาความหมาย และจุดมุ่งหมายในชีวิตได้

4. กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (relational process) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อสนับสนุนด้านอารมณ์ การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการแก้ไขปัญหาในรูปแบบของเพื่อนช่วยเพื่อน มีพื้นฐานที่เกิดจากความรัก ความไว้วางใจ การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การยอมรับในฐานะบุคคลที่มีคุณค่า เกิดมีส่วนร่วม สนับสนุน ส่งเสริม ยอมรับ ซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดกำลังใจและก่อให้เกิดความหวัง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการสร้างเสริมความหวังของเฮิร์ท (Herth, 2001) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีกระบวนการสร้างความหวังที่ครอบคลุมด้านประสบการณ์ จิตวิญญาณ การคิดอย่างมีเหตุผล และการสร้างความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่หมดหวัง ได้เพิ่มความหวัง โดยในด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต ด้านความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น เพื่อให้บุคคลสามารถสร้างความหวังให้เกิดขึ้นได้ ซึ่งเมื่อบุคคลมีความหวังจะส่งผลให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขต่อไป

ปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง

เฮิร์ท (Herth, 1990) มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำให้ความหวังลดลง โดยแบ่งเป็น 3 ปัจจัย คือ

1. การถูกแบ่งแยกหรือถูกทอดทิ้ง (abandonment and isolation) ซึ่งอาจจะเป็นการถูกทอดทิ้งทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ เช่น การถูกทอดทิ้งจากเพื่อน สมาชิกในครอบครัว และจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ การถูกทอดทิ้งจะทำให้บุคคลรู้สึกหมดหวัง รู้สึกไม่ได้รับการ

ยอมรับ การถูกทิ้งทางอารมณ์จะทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังมากกว่าการถูกทอดทิ้งทางด้านร่างกาย และจากการศึกษาของ นิยาและรังสิมันต์ (2555) พบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านอารมณ์และความช่วยเหลือต่าง ๆ ทำให้ความรู้สึกสิ้นหวัง ลดน้อยลง

2. การไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบาย (uncontrollable pain and discomfort) การเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายไม่ใช่อุปสรรคของความหวัง แต่ความเจ็บปวดหรือไม่สุขสบายที่ยาวนานและต่อเนื่อง ความทุกข์ที่ท่วมท้น ความอ่อนล้าและภาวะหมดพลัง จะครอบงำกระบวนการความหวังและทำให้ความหวังลดลง และจากการศึกษาของ นิยาและรังสิมันต์ (2555) ที่พบว่าประสบการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสิ้นหวัง และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสิ้นหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

3. การลดคุณค่าความเป็นบุคคล (devaluation of personhood) คือการได้รับการดูแลแบบที่ไม่ใช่บุคคล ได้รับการดูแลแบบวัตถุสิ่งของ ทำให้รู้สึกที่ไม่มี ความหวังและขาดกำลังใจ การศึกษาของนิยาและรังสิมันต์ (2555) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยจะมีความสิ้นหวังมาก

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้ความหวังลดลง ประกอบด้วย การถูกแบ่งแยกหรือถูกทอดทิ้ง การไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบาย การลดคุณค่าความเป็นบุคคล ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามสถานการณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกไร้ค่า ไม่มีกำลังใจ เกิดความรู้สึกสิ้นหวังได้

การประเมินความหวัง

จากการศึกษาพบว่าประเทศไทยมีการนำแบบประเมินความหวัง มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยต่าง ๆ ได้แก่

แบบวัดความหวังของมิลเลอร์และเพาเวอร์ (Miller & Power, 1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยรัศมี วิบูลย์กุล (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย 3 ปัจจัยของความหวัง ได้แก่ความพึงพอใจต่อตนเอง ต่อบุคคลอื่นและต่อชีวิต 22 ข้อ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่คุกคามความหวัง 12 ข้อ และความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคต 6 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวก 28 ข้อ และข้อความด้านลบ 12 ข้อ ในแต่ละข้อแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (likert scale) มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยง นำไปทดสอบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's

alpha coefficient) เท่ากับ .93 (พรนิภา, สมใจ, และประกอบ, 2552) ซึ่งมีค่าความเที่ยงสูง แต่มีจำนวนข้อคำถามมาก

แบบประเมินเฮิร์ท โฮป อินเดกซ์ (Herth Hope Index, 1992) นำมาใช้ในการเปรียบเทียบคะแนนความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาและหอผู้ป่วยนิเวศ ดึกลิรินทร โรงพยาบาลราชวิถี โดยการแปลแบบวัดโดยใช้วิธีแปลย้อนกลับ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แบ่งข้อคำถามเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราว และอนาคต จำนวน 4 ข้อ ด้านความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง จำนวน 4 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น จำนวน 4 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ สามารถเลือกตอบได้ 4 ระดับ และแบ่งคะแนนความหวังออกเป็น 3 ระดับตามวิธีหาอันตรายภาคขึ้นโดยใช้ค่าพิสัย มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการคำนวณหาความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ (interrater agreement) และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้เท่ากับ .79 และ .81 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .80 (สุนทร, 2543) มีความเหมาะสมในการนำไปใช้เนื่องจากจำนวนข้อคำถามน้อย และแบ่งเป็น 3 ด้านชัดเจน

แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท (Herth Hope Index, 1992) มีการแปลและดัดแปลงใหม่เพื่อนำมาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราวถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จำนวน 4 ข้อ กลุ่มความรู้สึกพร้อมและคาดหวังในทางบวก จำนวน 4 ข้อ และกลุ่มความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น จำนวน 4 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ สามารถเลือกตอบได้ 4 ระดับ และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .76 (เรณูการ์, 2541) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากมีการปรับแบบสอบถามให้มีความเฉพาะในการใช้

แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท (Herth Hope Index, 1992) ซึ่งแปลโดยสุนทร (2543) ได้นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกต (Likert scale) 4 ระดับ มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90 (กฤษณา, กิตติกร, และลัทพณา, 2556) เหมาะสมในการใช้เนื่องจากมีค่าความเที่ยงสูง และข้อคำถามจำนวนน้อย

แบบสอบถามความหวัง ซึ่งพัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิดของ เฮิร์ท (Herth, 1992) นำมาใช้กับครอบครัวของผู้ป่วยติดยาเสพติด ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงด้านต่าง ๆ ของความหวังแบ่งเป็น 3 ด้าน แต่ละด้านมีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ คือ

ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ด้านความพร้อมภายในทางบวก และการคาดหวัง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น ลักษณะแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ทดสอบหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82 (เดือนฤๅติ, 2557) เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการใช้กับครอบครัวของผู้ป่วยติดยาเสพติด เนื่องจากการพัฒนาแบบสอบถามขึ้นเพื่อให้มีความเฉพาะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความหวังของเฮิร์ท (Herth Hope Index, 1992) ซึ่งแปลโดยสุนทรี (2543) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีการนำไปใช้ในหลากหลายกลุ่ม มีความชัดเจน และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในระดับ .8 ขึ้นไป มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ที่ครอบคลุมตามแนวคิดความหวังของเฮิร์ท

โครงสร้างของการทำกลุ่ม

การทำกลุ่มเป็นการปฏิสัมพันธ์ของบุคคล มากกว่า 2 คน ในรูปแบบของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยมีโครงสร้างดังต่อไปนี้

1. ขนาดของกลุ่ม

มาแรม (Marram, 1978) กล่าวว่าจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมที่สุดที่ทำให้กลุ่มมีประสิทธิภาพคือ 3-5 คน เพื่อให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กัลญาณี (2551) ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่ออัตราและ ระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ของสตรีที่ทำงานนอกร้านในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีการใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่มของมาแรม จำนวนสมาชิก 3 - 6 ราย พบว่ามารดาที่กลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม และมารดาที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ฮามิลตัน (Hamilton, 1992) กล่าวว่าการบำบัดแบบกลุ่มควรมีสมาชิก 4 - 10 คน

2. ระยะเวลาของการทำกลุ่ม

มาแรม (Marram, 1978) กล่าวว่าเวลาที่ใช้ในการทำกลุ่ม ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ซึ่งจากการทบทวนพบว่า กัลญาณี (2551) ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่ออัตราและ ระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ของสตรีที่ทำงานนอกร้านในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีการใช้แนวคิด

กระบวนการกลุ่มของมาแรม ใช้เวลา 60 นาที พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม และมารดาในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนั้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของเอกพงษ์ (2552) ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้ระยะเวลาในการทำกลุ่มครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานดีขึ้น และจากการศึกษาของเฮทซีและหวาง (Hsieh & Wang, 2003) ซึ่งศึกษาผลการรักษาด้วยการระลึกความหลังในผู้ใหญ่โรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นการศึกษาอย่างเป็นระบบพบว่าการรักษาด้วยการระลึกความหลัง ใช้เวลา 30 – 90 นาที ในขณะที่จิตมารวรรณ (2552) ซึ่งศึกษาโปรแกรมระลึกความหลังแบบทบทวนชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 นาที ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมระลึกความหลังแบบทบทวนชีวิตมีแนวโน้มว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้การศึกษาของวาสนา, สุปราณี, ธรฉินทร์, และสมพร (2558) ที่ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคซึมเศร้า ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 90 นาที ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข มีผลลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้มากกว่า กลุ่มบำบัดประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเพิ่มคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพไม่ได้แตกต่างกัน

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โครงสร้างกลุ่มตามแนวคิดของมาแรม (Marram, 1978) ในการทำโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้ขนาดกลุ่ม 5 คน เนื่องจากเป็นกลุ่มเล็ก สมาชิกสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันได้ และใช้กิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที

การพัฒนาโปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการระลึกความหลัง โดยใช้แนวคิดของฮามิลตัน (Hamilton, 1985) ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างความหวังของเฮิร์ท (Herth, 2001) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อช่วยในการเพิ่มความหวังให้แก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่ง โปรแกรมการระลึกความหลังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 3 กระบวนการหลักในการระลึกความหลังแต่ละครั้งของการดำเนินกิจกรรม ร่วมกับแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างความหวังของเฮิร์ท ทั้ง 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเสริมสร้างความหวังผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยกระบวนการประสบการณ์ (experiential process)) เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ โดยการจัดกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ เข้าใจโรคซึมเศร้า และเล่าภาพวันวาน เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่ม เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และเพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยระบายความรู้สึก เกี่ยวกับปัญหาโรคซึมเศร้า และเล่าเกี่ยวกับวันวานที่ยังอยู่ในความทรงจำ โดยการดูภาพของตนเองในวัยเด็ก การละเล่นและของเล่นในวัยเด็ก การเดินทางสมัยก่อน และแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งจากการศึกษาของปิยะรัตน์ (2550) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า มีการใช้รูปภาพที่เกี่ยวกับความทรงจำในวัยเด็ก เช่น รูปภาพทุ่งนา ภาพการละเล่น ภาพการเดินทางสมัยก่อน ภาพควายไถนา ม้วนเทปและเครื่องเล่นเทป ซึ่งช่วยในการส่งเสริมการเรียนรู้ และกระตุ้นความทรงจำได้เป็นอย่างดี และจากการศึกษาของประณีต (2552) มีการใช้กิจกรรมการระลึกความหลังในวัยเด็ก โดยการดูรูปวาดรูปโรงเรียน ภาพการเดินทางในสมัยก่อน ภาพการละเล่นของเด็ก ภาพครอบครัวที่มีพ่อ แม่ ลูก เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน นอกจากนี้การศึกษาของสุมาลา (2553) ให้ผู้สูงอายุโรคเมะเร็งระลึกความหลัง โดยการดูภาพ ได้แก่ ภาพทุ่งนา ภาพการละเล่นพื้นบ้าน และการเดินทางในสมัยก่อน เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุโรคเมะเร็ง นอกจากนี้ฮามินตัน (Hamilton, 1985, 1992) กล่าวว่าวัตถุที่ช่วยกระตุ้นการระลึกความหลัง ได้แก่ อัลบั้มรูปถ่าย บันทึก แผนที่ และของเก่า ๆ

2. การเสริมสร้างความหวังผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล (rational thought process) การที่บุคคลจะกระทำเป้าหมายให้บรรลุผลสำเร็จนั้นบุคคลจะต้องมีกระบวนการคิด และกระทำตามที่วางแผนไว้ โดยจัดเป็นกิจกรรม สิ่งดี ๆ ที่ไม่เคยลืม เพื่อให้สมาชิกคิดทบทวน และค้นหาความหมายของเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีตที่ผ่านมา เช่น ด้านการทำงาน ด้านครอบครัว รางวัลต่าง ๆ ที่เคยได้รับ โดยการดูรูปภาพ เลือกเหตุการณ์มา 1 เหตุการณ์ โดยเลือกเหตุการณ์ที่ไม่อยากลืมและรู้สึกนั้นยังอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องมาตลอด เพื่อให้ผู้สูงอายุคิดทบทวนประเมินความคิดและความรู้สึกของตนที่มีต่อเหตุการณ์นั้นว่ามีความหมายหรือคุณค่าอย่างไรต่อตนเองจนทำให้เก็บความทรงจำนั้นตลอดเวลาให้ผู้สูงอายุ แบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่

เคยประสบความสำเร็จ ซึ่งจากการศึกษาของปียะรัตน์ (2550) มีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้มีการย้อนคิด และระลึกถึงความหลังในวัยผู้ใหญ่ โดยครูรูปภาพที่ตนนำมาเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในความสามารถและความภาคภูมิใจเกี่ยวกับเรื่องราวความเป็นมาของชีวิตตนเองที่ได้เกิดขึ้น และการศึกษาของจิตติมาวรรณ (2552) ที่ศึกษาการระลึกถึงความหลังในวัยผู้ใหญ่ ในประเด็นการสมรส/ การมีบุตร พบว่ากิจกรรมเหล่านี้ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้

3. การเสริมสร้างความหวังผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยกระบวนการทางจิตวิญญาณ (spiritual process) เป็นการคงไว้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อ จิตวิญญาณ และจุดมุ่งหมายในชีวิต โดยจัดกิจกรรมคุณค่าทางจิตใจ ให้เพื่อสมาชิกคิดทบทวน และค้นหาความหมายคุณค่าความดี คุณค่าทางจิตวิญญาณภายในตนเองโดยการให้ผู้สูงอายุดู ภาพเกี่ยวกับพิธีกรรมและวันสำคัญทางศาสนา หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุเลือกเหตุการณ์ที่ตนเองรู้สึกดี คุณค่าความดี หรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของตนเอง มา 1 เรื่อง โดยเลือกเหตุการณ์ที่ไม่อยากลืมและความรู้สึกนั้นยังอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องมาตลอด ให้ผู้สูงอายุคิดทบทวนประเมินความคิดและความรู้สึกของตนที่มีต่อเหตุการณ์นั้นว่ามีความหมายหรือคุณค่าอย่างไรต่อตนเองจนทำให้เก็บความทรงจำนั้นตลอดเวลา และแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งเสริมให้เกิดความหวังขึ้นได้ จากการศึกษาของปียะรัตน์ (2550) พบว่าการให้ผู้สูงอายุได้มีการนึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา เพื่อที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ มีความเบิกบานใจกับบุญที่ตนได้กระทำ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพัชร (2553) ที่กล่าวว่า การระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจมีความเบิกบานใจ กับบุญที่ตนได้กระทำ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

4. การเสริมสร้างความหวังผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (relational process) เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อสนับสนุนด้านอารมณ์ การแลกเปลี่ยนข้อมูล เกิดมีส่วนร่วม สนับสนุน ส่งเสริม ยอมรับ ซึ่งกันและกัน โดยจัดกิจกรรมทางเดินชีวิต เพื่อสมาชิกคิดทบทวน และค้นหาความหมายของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ โดยพูดคุยเกี่ยวกับช่วงชีวิตที่ผ่านมาตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยสูงอายุ และคุณภาพช่วงวัยต่าง ๆ ของชีวิต และเลือกเหตุการณ์ที่ผ่านมาในอดีต 1 เหตุการณ์ โดยเลือกเหตุการณ์ที่เป็นความภาคภูมิใจในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ที่ไม่อยากลืมและความรู้สึกนั้นยังอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องมาตลอด เพื่อให้สมาชิกคิดทบทวนประเมินความคิดและความรู้สึกของตนที่มีต่อเหตุการณ์นั้นว่ามีความหมายหรือคุณค่าอย่างไรต่อตนเองจนทำให้เก็บความทรงจำนั้นตลอดเวลา แบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่

เป็นความภาคภูมิใจ และพุดคุยเกี่ยวกับทางเดินชีวิตของตนเองในวันข้างหน้า และสิ้นสุดสัมพันธภาพ ซึ่งจากการศึกษาของ ปิยะรัตน์ (2550) มีการให้ผู้สูงอายุนึกถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่ได้เล่ามาทั้งหมด เพื่อจะได้มีการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดสร้างความมั่นคงและความรู้สึกที่ดีของจิตใจ และการศึกษาของฉวีพร (2553) มีการให้นึกถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่ได้เล่ามาทั้งหมด เพื่อจะได้มีการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดสร้างความมั่นคง และความรู้สึกที่ดีของจิตใจ

การเสริมสร้างความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยการสรุปบทวนและสิ้นสุดสัมพันธภาพเพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนกิจกรรมทั้งหมดที่ทำ มีการแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อกิจกรรมนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้สึก มีการระบายความรู้สึกของตนเอง และนำมาสร้างเป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป และสิ้นสุดสัมพันธภาพ จากการศึกษาของปิยะรัตน์ (2550) กล่าวว่า การนึกถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่ได้เล่ามาทั้งหมด เพื่อจะได้มีการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดสร้างความมั่นคงและความรู้สึกที่ดีของจิตใจ สอดคล้องกับฉวีพร (2553) ที่กล่าวว่า การนึกถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่ได้เล่ามาทั้งหมด เพื่อจะได้มีการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดสร้างความมั่นคง และความรู้สึกที่ดีของจิตใจ

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมระลึกความหลังสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลาครั้งละ 60 – 90 นาที จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง คือ 1) สร้างสัมพันธภาพ เข้าใจโรคซึมเศร้า และเล่าภาพวันวาน 2) สิ่งดี ๆ ที่ไม่เคยลืม 3) คุณความดีในจิตใจ 4) ทางเดินชีวิต 5) สรุปบทวนและสิ้นสุดสัมพันธภาพ

สรุปผลการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากวัยสูงอายุเป็นช่วงวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงมากมาย ทั้งในด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจ และการสูญเสียสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ลบ ท้อแท้ น้อยใจ เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ ขาดที่พึ่ง หวาดหวัง และซึมเศร้า ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นอารมณ์ด้านลบ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ เช่น ภาวะเสียใจจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ท้อแท้ เศร้า เมื่อถูกทอดทิ้งจากลูกหลาน มีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้บุคคลเกิดความหดหู่ภายในจิตใจ เบื่อหน่าย ไม่มีความสนใจในการทำกิจกรรม ไม่มีสมาธิ ท้อแท้ สิ้นหวัง หดหู่กำลังใจ สุขภาพในชีวิต ลดลง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุขาดเป้าหมายและแรงจูงใจในการมีชีวิตต่อเพื่อวัน

ข้างหน้า ขาดความหวังและขาดความมั่นใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป เนื่องจากมองไม่เห็นอนาคต คิดถึงความตาย และพยายามทำร้ายตนเอง และฆ่าตัวตายในที่สุด

บุคคลเมื่อมีความหวังก็ยอมที่จะพยายามกระทำการต่าง ๆ ซึ่งความหวังจะเป็นแรงผลักดันที่ช่วยให้บุคคลก้าวไปข้างหน้าอย่างมีกำลังใจ ผู้สูงอายุที่สิ้นหวังจะมีแบบแผนความคิดที่ขาดหวังด้านลบเกี่ยวกับอนาคต รู้สึกท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ มีความทุกข์ตลอดเวลา คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ไร้ค่า และคิดทำร้ายตนเอง ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีความหวัง จะมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นในการดูแลตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถเผชิญหน้าและต่อสู้กับปัญหา ได้ดีกว่าคนไข้ชีวิตอยู่ไปวัน ๆ อย่างไม่อนาคต และส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ดังนั้นการเสริมสร้างความหวังให้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จึงมีความสำคัญ ซึ่งในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยการรักษาด้วยยา และจิตบำบัด โดยการทำจิตบำบัด เป็นกระบวนการช่วยเหลือที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการลดภาวะซึมเศร้า ช่วยให้บุคคลมองเห็น รู้จักและเข้าใจตนเอง เข้าใจสาเหตุของปัญหา สามารถแก้ปัญหาผ่านกระบวนการคิด การระลึกความหลัง เป็นการรักษาด้วยจิตบำบัดรูปแบบหนึ่ง เป็นกระบวนการระลึกถึงเหตุการณ์หรือประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการคิด วิเคราะห์เหตุการณ์ของชีวิตที่ผ่านมาในทุกด้านทั้งบวกและลบ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การระลึกความหลังช่วยในการเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง เกิดความพอใจในชีวิต ลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งการระลึกความหลังเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจอัตมโนทัศน์ การแก้ปัญหาชีวิต และมีความรู้สึกปลอดภัย (รังสิมันต์, 2554) ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการระลึกความหลัง โดยการประยุกต์กระบวนการในการเสริมสร้างความหวังเข้าด้วยกัน เพื่อเพิ่มความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผ่านการระลึกความหลังในแต่ละช่วงวัยของชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาของเฮทซีและหวาง (Hsieh & Wang, 2003) ที่ศึกษาผลการรักษาด้วยการระลึกความหลังในผู้ใหญ่โรคซึมเศร้า อย่างเป็นระบบ พบว่า การรักษาด้วยการระลึกความหลังมีทั้งแบบกลุ่ม และรายบุคคล ดำเนินการ 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 3 – 16 สัปดาห์ ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม โดยวัดผลก่อน และหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3	-	O4

- X หมายถึง โปรแกรมการระลึกความหลัง
- O1 หมายถึง ระดับความหวังก่อนได้รับโปรแกรม
- O2 หมายถึง ระดับความหวังหลังได้รับโปรแกรม
- O3 หมายถึง ระดับความหวังก่อนได้รับการดูแลตามปกติ
- O4 หมายถึง ระดับความหวังหลังได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: [MDD] หรือ Depressive episode: F32) และมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ซึ่งผู้วิจัยทำการคัดเลือกโดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. อายุ 60 – 79 ปี
2. มีภาวะซึมเศร้า (แบบประเมิน TGDS) อยู่ในระดับเล็กน้อย ถึงปานกลาง
3. มีคะแนนความหวังอยู่ในระดับต่ำ ถึงระดับปานกลาง
4. มีคะแนนการประเมินภาวะสมองเสื่อม(Thai Mental State Examination: TMSE)

มากกว่า 23 คะแนน และไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น

5. สามารถอ่านออก เขียนได้ และพูดคุยสื่อสารด้วยภาษาไทยได้รู้เรื่อง
6. มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิต (Polit, 2010) โดยหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) จากการศึกษางานวิจัยของ วาสนาและรังสิมันต์ (2554) ซึ่งเป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า การคำนวณอิทธิพลค่าความแตกต่างใช้สูตรของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.14 แต่เนื่องจากงานวิจัยมีความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้ลดค่าขนาดอิทธิพลเป็น .80 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างที่ใกล้เคียงค่าที่คำนวณได้และทำให้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้ นำมาใช้ในการเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโพลิต (Polit, 2010) โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 20 เปอร์เซ็นต์ ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คนต่อกลุ่ม รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ต้องการ โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้ คือ จับคู่ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ระดับภาวะซึมเศร้า ระดับความหวัง และอายุ ซึ่งแบ่งเป็น กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ จำนวน 30 คน (ภาคผนวก ก)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการระลึกความหลัง ภายใต้แนวคิดของฮามิลตัน (Hamilton, 1985) ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างความหวังของเฮิร์ท (Herth, 2001) และร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อช่วยในการเพิ่มความหวังให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งโปรแกรมการระลึกความหลัง ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลักในการระลึกความหลัง โดยประยุกต์เข้ากับกระบวนการเสริมสร้างความหวังทั้ง 4 ขั้นตอน และจัดกิจกรรมการบำบัดแบบรายกลุ่ม มีการดำเนินกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งมีกิจกรรมตามขั้นตอนหลักของกระบวนการระลึกความหลัง ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เข้าใจโรคซึมเศร้า และเล่าภาพวันวาน (เวลา 90 นาที)

เป็นกิจกรรมที่มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่ม เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และเพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยระบายความรู้สึก เกี่ยวกับปัญหาโรคซึมเศร้า และเล่าเกี่ยวกับวันวานที่ยังอยู่ในความทรงจำ โดยการดูภาพของตนเองในวัยเด็ก การเล่นเกมและของเล่นในวัยเด็ก การเดินทางสมัยก่อน และแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟัง

ครั้งที่ 2 สิ่งดี ๆ ที่ไม่เคยลืม (เวลา 80 นาที)

เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกคิดทบทวน และค้นหาความหมายของเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีตที่ผ่านมา เช่น ด้านการทำงาน ด้านครอบครัว รางวัลต่างๆ ที่เคยได้รับ โดยการดูรูปภาพ เลือกรายการเหตุการณ์มา 1 เหตุการณ์ โดยเลือกรายการที่ไม่อยากลืมและความรู้สึกนั้นยังอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องมาตลอด เพื่อให้ผู้สูงอายุคิดทบทวนประเมินความคิดและความรู้สึกของตนที่มีต่อเหตุการณ์นั้นว่ามีความหมายหรือคุณค่าอย่างไรต่อตนเองจนทำให้เก็บความทรงจำนั้นตลอดเวลาให้ผู้สูงอายุ แบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ

ครั้งที่ 3 คุณค่าทางจิตใจ (เวลา 70 นาที)

เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกคิดทบทวน และค้นหาความหมายคุณค่าทางจิตวิญญาณภายในตนเอง โดยการให้ผู้สูงอายุดู ภาพเกี่ยวกับพิธีกรรมและวันสำคัญทางศาสนา หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุเลือกรายการที่ตนเองรู้สึกดี คุณค่าทางจิต หรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของ

ตนเอง มา 1 เรื่อง โดยเลือกเหตุการณ์ที่ไม่อยากลืมและความรู้สึกนั้นยังอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องมาตลอด ให้ผู้สูงอายุคิดทบทวนประเมินความคิดและความรู้สึกของตนที่มีต่อเหตุการณ์นั้นว่ามีความหมายหรือคุณค่าอย่างไรต่อตนเองจนทำให้เก็บความทรงจำนั้นตลอดเวลา และแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ครั้งที่ 4 ทางเดินชีวิต (เวลา 60 นาที)

เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกพูดคุยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในช่วงวัยต่าง ๆ ที่ผ่านมาตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยสูงอายุ คิดทบทวน และค้นหาความหมายของเหตุการณ์ และแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟัง ให้สมาชิกวางแผนการใช้ชีวิตในอนาคต อย่างมีเป้าหมาย

ครั้งที่ 5 สรุบทบทวน และสิ้นสุดสัมพันธภาพ (เวลา 70 นาที)

เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกได้ทบทวนกิจกรรมทั้งหมดที่ทำ แบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อกิจกรรมนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้สึก มีการระบายความรู้สึกของตนเอง และนำมาสร้างเป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพการทำงานในปัจจุบัน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว สุขภาพ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า การรักษาที่ได้รับ บุคคลที่คอยให้การช่วยเหลือดูแล และความรู้สึกเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

2. แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท (Herth Hope Index; Herth, 1992) ซึ่งแปลเป็นไทย โดยสุนทรีย์ (2543) โดยการแปลแบบย้อนกลับ (back translation) เป็นแบบประเมินค่าความหวัง ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ประกอบด้วย ข้อความจำนวน 12 ข้อ แบ่งข้อคำถามเป็น 3 ด้าน คือ ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต จำนวน 4 ข้อ ความพร้อมในเชิงบวกภายในและความคาดหวัง จำนวน 4 ข้อ ความสัมพันธ์ภายในตนและกับบุคคลอื่นจำนวน 4 ข้อ ในจำนวนข้อคำถามนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11 และข้อ 12 ข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ คือ ข้อ 3 และข้อ 6 ผู้ตอบสามารถเลือกตอบตามความคิด ความรู้สึกของตนเองในประโยชน์นั้น ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ระดับ (Herth, 1992)

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
	คะแนน	คะแนน

เห็นด้วย	3	คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน	4	คะแนน

คะแนนที่เป็นไปได้ในช่วงคะแนน 12 - 48 คะแนน โดยข้อความทางลบ จะถูกกลับค่าคะแนน ก่อนนำไปรวมคะแนน คะแนนที่สูงกว่าบ่งชี้ว่า มีความหวังที่สูงกว่า การแปลผลคะแนน แปลเป็น 3 ระดับ โดยการใช้อันตรภาคชั้น ตามสูตร (2543) ดังนี้

ระดับ	12 - 23	คะแนน หมายถึงมีความหวังระดับต่ำ
ระดับ	24 - 35	คะแนน หมายถึงมีความหวังระดับปานกลาง
ระดับ	36 - 48	คะแนน หมายถึงมีความหวังระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมและแบบสอบถามที่พัฒนาและดัดแปลงไปหาความตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ดังนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยพิจารณาจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญตรงกับประเด็นหรือเนื้อหาที่ผู้วิจัยศึกษา โดยมีขั้นตอนในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ ผู้มีประสบการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการใช้แนวคิดการระลึกความหลัง 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไข ข้อคำถามที่ใช้ในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ชื่อกิจกรรม ลักษณะของกิจกรรมให้สอดคล้องกับเนื้อหา รูปภาพและสื่อที่ใช้ในโปรแกรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง เพื่อให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การทดลองดูความเป็นไปได้ ของโปรแกรมการระลึกความหลัง โดยการนำโปรแกรมไปทดลองทำกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 4 คน เพื่อประเมินความสามารถในการเข้าใจเนื้อหา การใช้ภาษา ระยะเวลาในการดำเนินการ ว่าสอดคล้องตามวัตถุประสงค์การดำเนินโปรแกรมหรือไม่ พบว่าโปรแกรมที่สร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในเนื้อหาและการใช้ภาษา และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์การดำเนินโปรแกรม แต่มีการปรับเวลาในการดำเนินกิจกรรม

3. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความหวังของเฮิร์ท (Herth Hope Index; Herth, 1992) ซึ่งแปลเป็นไทย โดยสุนทรีย์ (2543) มาทดลองใช้กับผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ และคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมด้วยตนเองทั้งหมด และมีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 หลังจากนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

1.3 ภายหลังจากได้รับหนังสืออนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ผู้วิจัยประสานงานกับฝ่ายการพยาบาล คือ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยการอบรมเรื่องการบำบัดด้วยการระลึกความหลังโดยผู้เชี่ยวชาญ และฝึกทักษะในการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มกับผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วย

1.5 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ทำความเข้าใจแบบสอบถาม และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างการทำกิจกรรม เพื่อเป็นการเตรียมตัวผู้ช่วยวิจัย

1.6 ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก ในการร่วมสำรวจรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุ (อายุ 60 -79 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

1.7 ผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านพยาบาลประจำคลินิกที่ได้ประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อนัดหมาย แนะนำตัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพที่ดี

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่คลินิก แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ และเชิญใบยินยอมสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย หรือยินยอมด้วยวาจา และทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE) และแบบประเมินความหวัง

2.2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ก่อนดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.2.1 กลุ่มควบคุม เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า และได้รับการดูแลตามปกติ หลังจากได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม และประเมินความหวัง ในครั้งแรกแล้ว ให้การดูแลตามปกติ และผู้วิจัยนัดเวลาเพื่อการประเมินความหวังอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5

2.2.2 กลุ่มทดลอง เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งจะได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง ร่วมกับการดูแลปกติ ผู้วิจัยขอข้อมูลติดต่อเพื่อนัดหมายวันเวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรม

2.2.2.1 ผู้วิจัยดำเนินการจัดกลุ่มทดลองเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน โดยจัดให้ผู้ที่บ้านอยู่ใกล้เคียงกันอยู่กลุ่มเดียวกัน และประสานพื้นที่ในการจัดกิจกรรม

2.2.2.2 ผู้วิจัยโทรประสานกลุ่มทดลอง เพื่อแจ้งวัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรม โดยกลุ่มที่ 1 ทำกิจกรรมทุกวันศุกร์ช่วงบ่าย กลุ่มที่ 2 ทำกิจกรรมทุกวัน

เสาร์ช่วงเช้า กลุ่มที่ 3 ทำกิจกรรมทุกวันเสาร์ช่วงบ่าย กลุ่มที่ 4 ทำกิจกรรมทุกวันอาทิตย์ช่วงเช้า กลุ่มที่ 5 ทำกิจกรรมทุกวันอาทิตย์ช่วงบ่าย และกลุ่มที่ 6 ทำกิจกรรมทุกวันจันทร์ช่วงบ่าย

2.2.2.3 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการระลึกความหลัง โดยการใช้พื้นที่ในชุมชน จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 – 90 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ และประเมินความหวัง ในสัปดาห์ที่ 5 ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง และมีการบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้นในการทำกิจกรรมทุกครั้ง (ภาคผนวก ง)

3. ชั้นประเมินผลการทดลอง

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความหวัง ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม โดยผู้ช่วยวิจัย

3.2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของเนื้อหา

3.3 ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติตามที่กำหนดไว้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในงานวิจัย โดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ ศธ 0521.1.05/0938 และคณะกรรมการ พิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เลขที่ 11/2559

2. ผู้วิจัยแนะนำชื่อ นามสกุลตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจทุกขั้นตอนของการเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัย ก่อนเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย และอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวนครั้งในการทำกิจกรรม ระยะเวลาในการทำกลุ่ม (โดยมีการดำเนินกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที ซึ่งจะใช้เวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) และมีการทำแบบประเมินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และหากมีข้อสงสัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามได้ และสามารถสอบถามข้อมูลใด ๆ จากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

3. ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ และจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการรับบริการสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

4. ระหว่างวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดการทดลองและการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การทดลองจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ

5. ผู้วิจัยปกปิดข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ และขออนุญาตก่อนการบันทึกเสียง บันทึกภาพ หรือจดบันทึกทุกครั้ง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

6. ในการเก็บข้อมูล ในกรณีที่ผู้ร่วมวิจัยมีความไม่สบายใจ สะเทือนใจ หรือคับข้องใจในระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้วางแผนหยุดการสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางอารมณ์ มีอาการซึมเศร้า โดยให้การบำบัดเบื้องต้นโดยการใช้พลังกลุ่ม หรือหากมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจะทำการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ไม่เกิดเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง

7. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมมีความสนใจหรือต้องการเข้าร่วม โปรแกรมการระลึกความหลัง ผู้วิจัยยินดีจัดให้มีการทำกิจกรรมตาม โปรแกรมภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติประกอบการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยวิธีแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความหวัง ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองโดยใช้ สถิติทีคู่ (paired *t*-test)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความหวังก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งเข้าร่วม โปรแกรมการระลึกความหลัง และกลุ่มควบคุมซึ่งไม่เข้าร่วม โปรแกรม โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent *t*-test)

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล คือการทดสอบการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (test of normality) โดยคำนวณจากสูตรค่าความเบ้ (skewness/ SE) และค่าความโด่ง (kurtosis/ SE) พบว่าข้อมูลคะแนนความหวัง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าที่ได้จากการคำนวณไม่เกิน ± 3 จึงสรุปได้ว่าการแจกแจงแบบโค้งปกติ และทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) โดยใช้สถิติ Leven's test พบว่าความแปรปรวนภายในของข้อมูลคะแนนความหวัง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ภาคผนวก ฉ)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป ($N = 60$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	p
	(n= 30)	(n= 30)		
	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
เพศ			0.34 ^a	.559
ชาย	7 (23.3)	9 (30.0)		
หญิง	23 (76.7)	21 (70.0)		

a = Pearson Chi-square

b = Likelihood Ratio

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 30)	(<i>n</i> = 30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี) (Mean = 69.65 , <i>SD</i> = 5.40 , Min = 60 , Max = 79)			0.00	1.000
60 – 69 ปี	15 (50.0)	15 (50.0)		
70 – 79 ปี	15 (50.0)	15 (50.0)		
ระดับการศึกษา			1.59 ^a	.451
ประถมศึกษา	18 (60.0)	16 (53.3)		
มัธยมศึกษา	7 (23.3)	5 (16.7)		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	5 (16.7)	9 (30.0)		
สถานภาพสมรส			3.43 ^b	.179
โสด	3 (10.0)	2 (6.7)		
สมรส	14 (46.7)	21 (70.0)		
หม้าย	13 (43.3)	7 (23.3)		
ศาสนา			1.40 ^b	.236
พุทธ	30 (100.0)	29 (96.7)		
อิสลาม	0	1 (3.3)		
อาชีพการทำงานในปัจจุบัน			0.07 ^a	.781
ไม่ได้ทำงาน	20 (66.7)	21 (70.0)		
ทำงาน	10 (33.3)	9 (30.0)		
รายได้ต่อเดือน (บาท) (MD= 3,000, <i>SD</i> = 2396.59, Min= 1,000, Max= 10,000)			2.52 ^b	.470
ต่ำกว่า 1,500	1 (3.3)	1 (3.3)		
1,500 – 3,000	17 (56.7)	11 (36.7)		
3,001 – 5,000	7 (23.3)	11 (36.7)		
5,001 – 10,000	5 (16.7)	7 (23.3)		

a = Pearson Chi-square

b = Likelihood Ratio

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 30)	(<i>n</i> = 30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ความเพียงพอรายได้กับค่าใช้จ่าย			1.84 ^b	.397
เพียงพอ	14 (46.7)	18 (60.0)		
ไม่เพียงพอ	15 (50.0)	10 (33.3)		
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	1 (3.3)	2 (6.7)		
โรคประจำตัว			0.80 ^a	.371
ไม่มีโรคประจำตัว	6 (20.0)	9 (30.0)		
มีโรคประจำตัว	24 (80.0)	21 (70.0)		
สุขภาพในอดีตเมื่อเทียบกับปัจจุบัน			1.36 ^a	.243
แข็งแรงเหมือนเดิม	6 (20.0)	10 (33.3)		
อ่อนแอกว่าเดิม	24 (80.0)	20 (66.7)		
ระยะเวลาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (ปี) (Mean = 2.38 , SD = 1.26, Min = 1 , Max = 5)			1.53 ^b	.820
1	7 (23.3)	10 (33.3)		
2	12 (40.0)	8 (26.7)		
3	6 (20.0)	6 (20.0)		
4	2 (6.7)	3 (10.0)		
5	3 (10.0)	3 (10.0)		
บุคคลที่คอยให้การช่วยเหลือดูแล			5.73 ^b	.125
บุตร	19 (63.3)	14 (46.7)		
คู่สมรส	6 (20.0)	7 (23.3)		
คู่สมรสและบุตร	2 (6.7)	8 (26.7)		
ไม่มีผู้ดูแล	3 (10.0)	1 (3.3)		

a = Pearson Chi-square

b = Likelihood Ratio

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 30)	(<i>n</i> = 30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ความรู้สึกเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า			4.10 ^b	.392
รักษาก็ไม่ดีขึ้น	3 (10.0)	2 (6.7)		
อับอายที่ป่วยเป็นโรคนี้	0	1 (3.3)		
รู้สึกเป็นภาระของคนอื่น	5 (16.7)	2 (6.7)		
ต้องมีโอกาสดีขึ้น	17 (56.7)	16 (53.3)		
รักษาก็ไม่ดีขึ้นและรู้สึก เป็นภาระของคนอื่น	5 (16.7)	9 (30.0)		

a = Pearson Chi-square

b = Likelihood Ratio

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม มีทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 เพศชาย ร้อยละ 30 มีอายุเฉลี่ย 69.47 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70 รองลงมา คือหม้าย ร้อยละ 23.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.7 ส่วนใหญ่ปัจจุบันไม่ทำงาน ร้อยละ 70 รายได้เฉลี่ย 4,580 บาท มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 60 รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 คิดว่าสุขภาพร่างกายอ่อนแอกว่าเดิมเมื่อเทียบกับอดีต ร้อยละ 66.7 ระยะเวลาป่วยเป็น โรคซึมเศร้าเฉลี่ย 2.37 ปี ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้านาน 1 ปี ร้อยละ 33.3 ผู้ที่คอยให้การช่วยเหลือดูแล ส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 46.7 และส่วนใหญ่วัดว่าโรคซึมเศร้าต้องมีโอกาสดีขึ้น ร้อยละ 53.3

สำหรับกลุ่มทดลอง ซึ่งมีจำนวน 30 คนเช่นกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 เพศชาย ร้อยละ 23.3 มีอายุเฉลี่ย 69.83 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.7 รองลงมา คือหม้าย ร้อยละ 43.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ปัจจุบันไม่ทำงาน ร้อยละ 66.7 รายได้เฉลี่ย 3,750 บาท มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 46.7 รายได้

ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80 คิดว่าสุขภาพร่างกายอ่อนแอกว่าเดิมเมื่อเทียบกับอดีต ร้อยละ 80 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เฉลี่ย 2.4 ปี ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้านาน 2 ปี ร้อยละ 40 ผู้ที่คอยให้การช่วยเหลือดูแล ส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 63.3 และคิดว่าโรคซึมเศร้าต้องมีโอกาสดีขึ้น ร้อยละ 56.7

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง

ตาราง 2

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง ($N = 30$)

	<i>n</i>	คะแนนความหวัง		<i>t</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	30.73	1.57	-22.44	.000
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	37.33	1.15		

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง ($M = 37.33$, $SD = 1.15$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 30.73$, $SD = 1.57$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ($N = 30$)

	<i>n</i>	คะแนนความหวัง		<i>t</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	30.90	1.56	-0.76	.448
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	31.00	1.43		

จากตาราง 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ($M=30.90, SD = 1.56; M = 31.00, SD = 1.43$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.76, p > .05$)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังทดลอง

ตาราง 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความหวังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง ($N = 60$)

	<i>n</i>	คะแนนความหวัง		<i>t</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม				-0.41	.682
กลุ่มทดลอง	30	30.73	1.57		
กลุ่มควบคุม	30	30.90	1.56		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม				18.80	.000
กลุ่มทดลอง	30	37.33	1.15		
กลุ่มควบคุม	30	31.00	1.43		

จากตาราง 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุม ($M = 30.90, SD = 1.56$) และกลุ่มทดลอง ($M = 30.79, SD = 1.57$) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -0.41, p = .682$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยความหวังภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ($t = 18.80, p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวัง ($M = 37.33, SD = 1.15$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 31.00, SD = 1.43$)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง และกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับโปรแกรม ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรม ระบายความหลังสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังการเข้าร่วม โปรแกรมการระบายความหลัง ($M= 37.33, SD= 1.15$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระบายความหลัง ($M= 30.73, SD= 1.57$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าโปรแกรมการระบายความหลังช่วยเพิ่มความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้สูงขึ้นได้สามารถอภิปรายได้ดังนี้

โปรแกรมการระบายความหลัง เป็นการให้ผู้สูงอายุได้คิดย้อนถึงเรื่องราวประสบการณ์ ที่ผ่านมากในอดีที่ประสบความสำเร็จ สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในช่วงวัยต่าง ๆ ที่ผ่านมาก โดยให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนเหตุการณ์ต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ที่จะนำประสบการณ์ใน อดีต ค้นหาความหมายของช่วงชีวิตที่ผ่านมาก และแบ่งปันประสบการณ์ความรู้สึกให้กันภายในกลุ่ม ซึ่ง มาแรม (Marram, 1978) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกัน โปรแกรมการระบายความหลัง ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 5 สัปดาห์ ครั้งละ 60 - 90 นาที ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ระลึกถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่ผ่านมากในอดีต คิดทบทวน ความหมายของเหตุการณ์ และนำประสบการณ์มาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม ส่งเสริมให้สมาชิก กลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็นและความรู้สึก ผ่านกระบวนการเสริมสร้างความหวัง ทั้ง 4 กระบวนการ คือ กระบวนการประสบการณ์ (experiential process) กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล (rational thought process) กระบวนการทางจิตวิญญาณ (spiritual process) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (relational process) ส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ มีการระบายความรู้สึกของตนเอง นำความทรงจำ ประสบการณ์ที่ดีในอดีตมาสร้างเป็นกำลังใจในการจัดการปัญหา เกิดการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล สามารถ เผชิญปัญหาได้เหมาะสม มีความเข้าใจ ในเหตุการณ์ปัจจุบัน และสามารถจัดการกับเหตุการณ์ในอนาคต ได้ พบสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจที่ทำให้เข้าใจถึงเป้าหมาย และความหมายในชีวิตมากขึ้น ได้รับการยอมรับ ในฐานะบุคคลที่มีคุณค่า เกิดการมีส่วนร่วม สนับสนุน ส่งเสริม ยอมรับ ซึ่งกันและกันก่อให้เกิดกำลังใจ และความหวัง (Herth, 2001)

จากผลการศึกษาสามารถกล่าวได้ว่า โปรแกรมการระบายความหลัง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ภายใต้นโยบายการระบายความหลัง ของฮามิลตัน (Hamilton, 1985) และการเสริมสร้างความหวังของ เฮิร์ท (Herth, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ทศพร, 2553;

เทพฤทธิ์และคณะ, 2554; ธรณินทร์และคณะ, 2551; ธรรมนาถและคณะ, 2553; นริศราและสายสมร, 2557; สุวรรณ, 2543) สามารถเพิ่มความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ โดยผ่านกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เข้าใจโรคซึมเศร้า และเล่าภาพวันวาน โดยให้สมาชิกพูดคุยแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาโรคซึมเศร้า ทำความเข้าใจโรคซึมเศร้า ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับและเข้าใจอาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองจากกิจกรรมเข้าใจโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างบอกว่า “โรคซึมเศร้า ทำให้อ่อนเพลีย รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สดชื่น ไม่มีความสุข คิดมาก ไม่อยากคุยกับใคร จิตใจหดหู่ ทำให้เบื่อหน่ายต่อชีวิต” ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “เกิดจากการคิดมาก ปัญหาหลาย ๆ อย่างที่เข้ามา ไม่มีญาติพี่น้อง อยู่ตัวคนเดียว” โดยกลุ่มตัวอย่างมองว่าโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อตนเอง คือ “ทำให้เหนื่อยง่าย เบื่อหน่ายทุกอย่าง นอนไม่หลับ ทำให้โรคอื่น ๆ ที่เป็นอยู่แล้วไม่ดีขึ้น จิตใจห่อเหี่ยว ใจแพบ ๆ รู้สึกเหมือนอยู่ตัวคนเดียว ไม่มีคนดูแล ไม่อยากมีชีวิตอยู่” สิ่งสำคัญของกิจกรรมนี้คือ การให้บุคคลได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวันวานที่ยังอยู่ในความทรงจำ ซึ่งเป็นการนำแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างความหวัง คือกระบวนการประสบการณ์ (experiential process) ความหวังเกิดจากการเรียนรู้ มีการระบายความรู้สึกของตนเอง นำความทรงจำประสบการณ์ที่ดีในอดีตมาสร้างเป็นกำลังใจในการจัดการปัญหา (Herth, 2001) การระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต ที่ยังอยู่ในความทรงจำ ค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น และแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่น นำความทรงจำประสบการณ์ที่ดีในอดีตมาสร้างเป็นกำลังใจในการจัดการปัญหาต่อไป ซึ่งส่งเสริมให้เกิดความหวังขึ้นได้ (Hamilton, 1985) เมื่อพิจารณาจากลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะเห็นว่ามิลักษณะที่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60 – 79 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น และตอนกลาง ตามทฤษฎีขั้นตอนของชีวิตของอีริกสัน วัยสูงอายุเป็นวัยที่บุคคลจะทบทวนประสบการณ์ในอดีต ถ้าพบว่าตนเองทำหน้าที่ได้อย่างดีที่สุดแล้ว ก็จะเกิดความพึงพอใจ มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอารมณ์ที่มั่นคง (พรหมทิพย์, 2549) นอกจากนี้วาสนาและรังสิมันต์ (2554) กล่าวว่า การดูภาพถ่ายเก่า ๆ รูปสมัยก่อน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ความสบายใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ได้ดำเนินชีวิตจากอดีตมาถึงปัจจุบัน ซึ่งฮามิลตัน (Hamilton, 1992) กล่าวว่าวัตถุที่ช่วยกระตุ้นการระลึกความหลัง ได้แก่ อัลบั้มรูปถ่าย บันทึกรายชื่อ และของเก่า ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปภาพสมัยก่อนซึ่งสอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ การเดินทาง การละเล่นวัยเด็ก มากกระตุ้นที่เกี่ยวกับความทรงจำที่ผ่านมาในอดีต พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถระลึกถึงความหลังที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับภาพถ่ายที่

ผู้วิจัยเตรียมมาได้ “แก่นึกถึงก็เห็นรอยยิ้มแล้ว” รูปการเล่นหมากขุมคิดถึงตอนเป็นเด็ก มีความสุขมาก เป็นเด็กไม่ต้องคิดอะไรมาก อยากทำอะไรก็ได้ทำ” สอดคล้องกับปิยะรัตน์ (2550) ที่กล่าวว่า การใช้รูปภาพที่เกี่ยวกับความทรงจำในวัยเด็ก เช่น รูปภาพทุ่งนา ภาพการละเล่น ภาพการเดินทางสมัยก่อน ช่วยในการส่งเสริมการเรียนรู้ และกระตุ้นความทรงจำได้เป็นอย่างดี มีผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถเล่าย้อนไปถึงเรื่องราวในอดีตของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟังได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เมื่อได้แบ่งปันประสบการณ์แก่สมาชิกในกลุ่ม “คิดถึงตอนเด็ก ๆ อยู่พร้อมหน้าพร้อมตากันทั้งครอบครัว พ่อ แม่ พี่น้อง คิดถึงแล้วมีความสุข ไม่เหมือนตอนนี้ ไม่มีใคร อยู่ตัวคนเดียว” ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริกสัน ที่กล่าวว่า วัยเด็กเป็นช่วงวัยที่มี พ่อ แม่ ช่วยตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ต้องการการยอมรับจากผู้อื่น (พรหมทิพย์, 2549) สอดคล้องกับจิตติมาวรรณ (2552) พบว่าโปรแกรมระลึกความหลังแบบทบทวนชีวิต ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับแนวคิดการมองชีวิตได้ดีขึ้น เข้าใจชีวิตมากขึ้น สามารถนำกระบวนการปรับมุมมองไปลดความรู้สึกขัดแย้งที่มีต่อประสบการณ์ชีวิตในอดีตที่เป็นด้านลบ ให้เป็นความรู้สึกด้านบวก เป็นบุคคลที่ประสบความสำเร็จในชีวิต

กิจกรรมที่ 2 สิ่งดี ๆ ที่ไม่เคยลืม ซึ่งเป็นการนำแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างความหวัง คือกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล (rational thought process) เกิดจากการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งการที่บุคคลจะกระทำเป้าหมายให้บรรลุผลสำเร็จนั้นบุคคลจะต้องมีกระบวนการคิด และกระทำตามที่วางแผนไว้ ประสบการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จ จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจ ในเหตุการณ์ปัจจุบัน และสามารถจัดการกับเหตุการณ์ในอนาคตได้ (Herth, 2001) การที่สมาชิกระลึกถึงเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีตที่ผ่านมาที่รู้สึกภาคภูมิใจ เช่น ด้านการทำงาน ด้านครอบครัว ตามขั้นตอนของกระบวนการระลึกความหลัง ซึ่งการคิดถึงเหตุการณ์ที่ยังคงอยู่ในความทรงจำ และค้นหาความหมายของเหตุการณ์ และนำมาแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่สามารถฝ่าฟันอุปสรรคและดำเนินชีวิต มาถึงปัจจุบันได้ ซึ่งจากการศึกษา ของจิตติมาวรรณ (2552) มีการระลึกถึงความหลังในวัยผู้ใหญ่ ประเด็นการสมรส การมีบุตร พบว่ากิจกรรมเหล่านี้ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งทำให้เกิดความคิดในเชิงบวกต่อเหตุการณ์ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไปในวันข้างหน้า “แม้จะทำงานหนักมาตลอด แต่ก็เชื่อว่าตนเองจะสามารถส่งลูกเรียนจบปริญญาได้” สอดคล้องกับมิตติความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต ของเฮิร์ท (Herth, 1992) ซึ่งบุคคลจะมีการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและเกิดขึ้นในอนาคต เป็นการรับรู้ทางบวก เชื่อว่าสิ่งที่ต้องการสามารถเป็นไปได้ในระยะสั้น “เชื่อว่าแม้มีปัญหาต่าง ๆ เข้ามาในชีวิต ก็จะสามารถ

ผ่านพ้นไปได้” ซึ่งการระลึกความหลัง เป็นกระบวนการคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมาในหลาย ๆ ด้านและทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสุข (นริสา, 2556) สอดคล้องกับวาสนาและ รังสิมันต์ (2554) ที่กล่าวว่า การระลึกถึงอดีตที่มีความสุข และประสบความสำเร็จ จะเกิดการมองเห็นความมีคุณค่าของตนเองในชีวิตที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังทำให้มีการรับรู้ในความสามารถและความภาคภูมิใจเกี่ยวกับเรื่องราวความเป็นมาของชีวิตตนเองที่ได้เกิดขึ้น (ปิยะรัตน์, 2550)

กิจกรรมที่ 3 คุณค่าทางจิตใจ ซึ่งเป็นการนำแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างความหวัง คือกระบวนการทางจิตวิญญาณ (spiritual process) ซึ่งเป็นการคงไว้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อ และจิตวิญญาณ ที่จะทำให้อันหาความหมาย และจุดมุ่งหมายในชีวิตได้ (Herth, 2001) โดยให้สมาชิกระลึกถึงเหตุการณ์ที่ตนเองรู้สึกดี คุณความดี การทำบุญ คุณค่าทางจิตวิญญาณของตนเอง โดยให้สมาชิกคิดทบทวนเหตุการณ์และอันหาความหมาย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผ่านขั้นตอนการระลึกความหลัง ส่งผลทำให้สมาชิกมีความสุขเมื่อคิดถึงเหตุการณ์เหล่านั้น เกิดการอันหาความหมาย และจุดมุ่งหมายในชีวิต สมาชิกกลุ่มกล่าวว่า “ไหว้พระสวดมนต์ จิตใจจะได้สงบ ไม่คิดมาก ผลบุญจะได้นำให้เกิดสิ่งที่ดี วันข้างหน้าตายไปจะได้อยู่ในภพภูมิที่ดี” สอดคล้องกับการศึกษาของประณีต (2552) ซึ่งศึกษาการใช้โปรแกรมการระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมั่นและศรัทธาในเรื่องการทำความดีและความเสียสละ มีความสุขจากการทำบุญและมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ “หวังว่าคุณความดีที่ทำมาตลอดชีวิต จะช่วยให้มีความสุขสงบในบั้นปลายชีวิต” นอกจากนี้การศึกษาของปิยะรัตน์ (2550) พบว่าการให้ผู้สูงอายุได้มีการนึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา ผู้สูงอายุจะรู้สึกสบายใจ มีความเบิกบานใจ กับบุญที่ตนได้กระทำ สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีพัชร (2553) ที่กล่าวว่า การระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา ผู้สูงอายุได้มีการนึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ มีความเบิกบานใจ กับบุญที่ตนได้กระทำ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีของเฮิร์ท (Herth, 1992) ที่กล่าวว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตนกับสิ่งอื่น ๆ ความศรัทธา ความเชื่อต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าสามารถผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี ก่อให้เกิดความหวังขึ้นได้

กิจกรรมที่ 4 ทางเดินชีวิต ซึ่งเป็นการนำแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างความหวัง คือกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (relational process) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อสนับสนุนด้านอารมณ์ การยอมรับในฐานะบุคคลที่มีคุณค่า เกิดมีส่วนร่วม ยอมรับ ซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดกำลังใจและก่อให้เกิดความหวัง (Herth, 2001) โดยการให้สมาชิกระลึกถึงสัมพันธ์ภาพความสัมพันธ์ในช่วงวัยต่าง ๆ ที่ผ่านมา คิดทบทวนเหตุการณ์และอันหาความหมาย และแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ ผ่านขั้นตอนการระลึกความหลัง ทำให้สมาชิกได้คิดถึงการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การยอมรับในฐานะบุคคลที่มีคุณค่า เกิดมีส่วนร่วม สนับสนุน ส่งเสริม ยอมรับ ซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดกำลังใจและก่อให้เกิดความหวังซึ่งบุคคลจะเห็นถึงความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันภายในตนระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับจิตวิญญาณ (Herth, 1992) สำหรับกิจกรรม “ทางเดินชีวิต” เป็นการระลึกความหลังเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในช่วงวัยต่าง ๆ ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ “คิดถึงเพื่อนสมัยเด็ก ๆ พ่อแม่ ให้เป็นเกลอกันตั้งแต่ตอนเด็ก ไปไหนมาไหนด้วยกัน วิ่งเล่นด้วยกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันและเป็นเพื่อนที่ไว้ใจมาก ๆ เพราะเขาเป็นคนดี มีน้ำใจ ปัจจุบันก็ยังติดต่อกัน” หรือ “เพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้กัน รุ่น ๆ เดียวกัน ชวนกันไปวัด ดึกว่าอยู่บ้านคนเดียว มีคนพูดคุยด้วย” จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอย่างต่อเนื่อง และมีความไว้วางใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดกำลังใจและความหวังขึ้นได้ สอดคล้องกับคูฟอลท์และมาร์ทอคซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) กล่าวว่า ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น หรือการมีส่วนร่วมของตนเองเป็นบ่อเกิดของความหวัง ดังคำพูดที่ว่า “รอให้ลูก ๆ หลาน ๆ กลับมาบ้าน เมื่อลูกหลานมาจะสบายใจ” ซึ่งเป็นมิติด้านความสัมพันธ์ภายในตนและกับบุคคลอื่น (Interconnectedness with self and other) ของเฮิร์ท (Herth, 1992) ซึ่งกล่าวว่า บุคคลจะเห็นถึงความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันภายในตนระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับจิตวิญญาณ เมื่อให้กลุ่มตัวอย่างบอกเกี่ยวกับความหวังในชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความหวังทั้งต่อตนเองและครอบครัว ดังเช่น “หวังอยากให้ลูกๆ สบาย ไม่ลำบาก ถ้าลูกสบายตัวเองก็สบายใจ หวังให้หลานมีอนาคตที่ดี ส่วนตัวเองก็อยากใช้ชีวิตให้มีความสุข ไม่เจ็บไม่ป่วย” หรือ “หวังว่าจะมีร่างกายที่แข็งแรงขึ้น ไม่เจ็บไม่ป่วย ไม่อยากเจ็บป่วยแล้วต้องนอนอยู่กับที่ อย่างน้อยก็ให้ได้ไปวัดได้” แสดงให้เห็นว่าความหวังเป็นความคิด ความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ในการที่จะหลุดพ้นจากความทุกข์ยากลำบากต่าง ๆ เป็นการคาดหมายถึงสิ่งที่ดีที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้ที่มีความหวังจะมีความสามารถ และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา มีความผาสุกในจิตใจ มีจุดมุ่งหมาย และ รับรู้ถึงความหมายของการมีชีวิต (Miller, 1985) ผู้สูงอายุที่มีความหวังเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี มีเป้าหมายในชีวิตและมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี (นริสา, สมเสาวนุช, และบังอร, 2556)

กิจกรรมที่ 5 สรุปบททวน และสิ้นสุดสัมพันธภาพ ผู้วิจัยให้ความสำคัญในการให้สมาชิกกลุ่มทุกคน ได้มีการพูดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด และความรู้สึก ทั้งนี้เพื่อเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการคิดทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต แต่ละช่วงชีวิตให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้เรียนรู้ที่จะนำประสบการณ์ในอดีต ค้นหาความหมายของช่วงชีวิตที่ผ่านมา

และแบ่งปันประสบการณ์แก่เพื่อสมาชิก ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความสุข และก่อให้เกิดความหวังจากประสบการณ์เดิมที่ผ่านมาในอดีต ซึ่งเห็นได้ว่า การทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก เปิดเผยตนเองออกมาอย่างแท้จริง ให้สมาชิกกลุ่มรับฟังถึงความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในแง่มุมต่าง ๆ (รังสิมันต์, 2554) กิจกรรมครั้งสุดท้ายผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ชอบกิจกรรมครั้งที่ 1 คือ เล่าภาพวันวาน กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “ชอบตอนให้ดูภาพสมัยก่อน ๆ การเล่นเกมสมัยก่อน คิดถึงตอนเด็ก ๆ มีความสุข” หรือ “ชอบกิจกรรมที่ทำให้คิดถึงความสำเร็จ ทำให้รู้สึกว่าชีวิตยังมีความหวัง” นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยัง กล่าวว่า “ดีนะได้มาทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม ได้มาพูดคุย กับคนที่เข้าใจว่าโรคที่เป็นเป็น เป็นยังไง คุยกับคนอื่น ๆ เขาไม่เข้าใจ” และ “สบายใจ ได้มาพูดคุยกับคนอื่น ๆ คิดถึงเรื่องสมัยก่อน ๆ กับคนรุ่นเดียวกัน ไม่เครียด” ทำให้ความทุกข์ในใจลดลง และมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิต เกิดการนำประสบการณ์ของผู้อื่นมาปรับใช้กับตนเองในการดำเนินชีวิตได้ (นพิศ, 2550)

สมมติฐานที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความหวังภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.80, p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความหวัง ($M = 37.33, SD = 1.15$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 31.00, SD = 1.43$) และสามารถอภิปรายได้ดังนี้

กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการระลึกความหลัง 5 กิจกรรม ซึ่งจากทฤษฎีการระลึกความหลัง ของฮามิลตัน (Hamilton, 1985) ที่อธิบายว่า การระลึกความหลัง เป็นการย้อนคิดถึงความหลัง โดยใช้กลยุทธ์ที่มุ่งให้บุคคลเรียกคืนประสบการณ์ที่ผ่านมา ทั้งความคิดและความรู้สึก ช่วยให้กลุ่มทดลองได้เพิ่มความหวัง จากการเรียนรู้ การระบายความรู้สึกของตนเอง นำความทรงจำประสบการณ์ที่ดีในอดีตมาสร้างเป็นกำลังใจในการจัดการปัญหา เกิดการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล และสามารถจัดการกับเหตุการณ์ในอนาคตได้ พบสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจที่ทำให้เข้าใจถึงเป้าหมาย และความหมายในชีวิตมากขึ้น ก่อให้เกิดกำลังใจและความหวัง (Herth, 2001) โดยกลุ่มควบคุมที่ได้รับยาตามปกติ และไม่ได้เข้า

ร่วมโปรแกรม พบว่ามีความหวังก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสนับสนุนว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีความหวังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม มีความหวังเพิ่มสูงขึ้นได้จากกิจกรรมทั้ง 5 ครั้ง ซึ่งกิจกรรมสิ่งดี ๆ ที่ไม่เคย และคุณความดีในจิตใจ เป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดความหวังจากเหตุการณ์ที่ผ่านมาในอดีต สอดคล้องกับงานวิจัยของจิติมาวรรณ (2552) ที่พบว่าโปรแกรมระลึกความหลังแบบทบทวนชีวิตมีแนวโน้มว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับแนวความคิดมองชีวิตได้ดีขึ้น เข้าใจชีวิตมากขึ้น สามารถนำกระบวนการปรับมุมมองไปลดความรู้สึกขัดแย้งที่มีต่อประสบการณ์ชีวิตในอดีตที่เป็นด้านลบ ให้เป็นความรู้สึกด้านบวก ซึ่งความหวังเป็นความรู้สึกมั่นใจและเป็นการคาดหวังทางบวกที่มีต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้บุคคลมีความพร้อมที่จะทำตามแผนเพื่อให้บรรลุสิ่งที่ต้องการหรือเป้าหมาย (Herth, 1992) การที่กลุ่มทดลองได้ระลึกถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ประสบความสำเร็จในอดีต ช่วยส่งเสริมทำให้กลุ่มทดลองมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาในอนาคตจากประสบการณ์ที่ผ่านมา สอดคล้องกับการศึกษาของปวีณาและรังสิมันต์ (2558) ที่พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ บุคคลที่มีความหวัง จะสามารถเผชิญหน้าและต่อสู้กับปัญหาได้ดีกว่าคนใช้ชีวิตอยู่ไปวันๆ อย่างไรอนาคต และส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง นอกจากนี้การศึกษาของสุมาลา (2553) ยังพบว่าการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง และเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งความศรัทธา ความเชื่อต่อสิ่งต่างๆ เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าจะสามารถผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี (Herth, 1992) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ เมื่อได้ระลึกถึงคุณความดี การทำบุญ สร้างกุศล ก่อให้เกิดความหวังขึ้น

ผลของโปรแกรมการระลึกความหลัง สามารถเสริมสร้างความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 4) อภิปรายโดยสรุปว่า กระบวนการเสริมสร้างความหวัง โดยเฉพาะกระบวนการที่ 2 – 3 เป็นกระบวนการที่สามารถช่วยในการเพิ่มความหวังได้ เพราะการระลึกถึงเรื่องราวประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต เหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จ และสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้คิดทบทวนเหตุการณ์ต่าง ๆ มองชีวิตและเข้าใจชีวิตมากขึ้น เกิดความหวังจากการเรียนรู้ การระบายความรู้สึกของตนเอง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มโดยวัดผลก่อน และหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 60-79 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ต้องการ โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดคือ 1) อายุ 60 – 79 ปี 2) มีภาวะซึมเศร้า (แบบประเมิน TGDS) อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 3) มีคะแนนความหวังอยู่ในระดับต่ำ ถึงระดับกลาง 4) มีคะแนนการประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE) > 23 คะแนน และไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น 5) สามารถอ่านออก เขียนได้ และพูดคุยสื่อสารด้วยภาษาไทยได้รู้เรื่อง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์อำนาจการทำนาย (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดค่าอำนาจการทำนาย (power) .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการระลึกความหลัง ภายใต้แนวคิด ของฮามิลตัน (Hamilton, 1985) และแนวคิดการเสริมสร้างความหวังของเฮิร์ท (Herth, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) สร้างสัมพันธ์ภาพเข้าใจโรคซึมเศร้าและเล่าภาพวันวาน 2) สิ่งดี ๆ ที่ไม่เคยลืม 3) คุณความดี ในจิตใจ 4) ทางเดินชีวิต 5) สรุปทบทวนและสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพการทำงานในปัจจุบัน โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เป็นต้น

2. แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท (Herth Hope Index; Herth, 1992) ซึ่งแปลเป็นไทย โดยสุนทรีย์ (2543) โดยการแปลแบบย้อนกลับ (back translation) เป็นแบบประเมินค่าความหวัง ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ประกอบด้วย ข้อความจำนวน 12 ข้อ แบ่งข้อคำถามเป็น 3 ด้าน คือ ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต ความพร้อมในเชิงบวกภายในและความคาดหวัง ความสัมพันธ์ภายในตนและกับบุคคลอื่น ข้อคำถาม ประกอบด้วย คำถามด้านบวก 10 ข้อ คำถามด้านลบ 2 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ของโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความหวัง ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 69.4 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 70 รองลงมาคือหม้าย ร้อยละ 23.7 ปัจจุบันไม่ทำงาน ร้อยละ 70 ผู้ที่คอยให้การช่วยเหลือดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 46.7 สำหรับกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 มีอายุเฉลี่ย 69.8 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.7 รองลงมา คือหม้าย ร้อยละ 43.3 ปัจจุบันไม่ทำงาน ร้อยละ 66.7 ผู้ที่คอยให้การช่วยเหลือดูแล ส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 63.3

2. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง ($M = 37.33, SD = 1.15$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 30.73, SD = 1.57$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความหวัง ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุม ($M = 30.90, SD = 1.56$) และกลุ่มทดลอง ($M = 30.79, SD = 1.57$) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -0.41, p = .682$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยความหวังภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามี

ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.80, p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความหวัง ($M = 37.33, SD = 1.15$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 31.00, SD = 1.43$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการระลึกความหลัง ไปจัดทำเป็นคู่มือ สำหรับพยาบาลเพื่อขยายผลต่อในคลินิกโรคซึมเศร้า โดยพยาบาลสามารถฝึกทักษะการระลึกความหลัง ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้
2. การนำโปรแกรมการระลึกความหลังไปใช้ สามารถปรับกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับบริบท และสามารถรวมกิจกรรมไว้ด้วยกันได้ เพื่อลดเวลาในการดำเนินกิจกรรม
3. รูปภาพที่ใช้ใน โปรแกรม ควรมองเห็นได้ชัดเจน และมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลในระยะยาวและติดตามผลเป็นช่วง ๆ เพื่อทดสอบความคงทนของโปรแกรมว่าสามารถเพิ่มความหวังได้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ทีฆะ. (2544). *ผลของกลุ่มเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยหญิงซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือความรู้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจประชาชนในภาวะวิกฤต (ฉบับปรับปรุง 2556)*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลญาณี มูลแก้ว. (2551). *ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่ออัตราและระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ของสตรีที่ทำงานนอกร้านในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- กฤษณา สังขมณีจินดา, กิตติกร นิลมานัต, และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2556). ผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาล*, 28(1), 32-42.
- คณะทำงานจัดทำแนวทางการจัดการ โรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ กรมสุขภาพจิต. (2553). *แนวทางการจัดการ โรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จงกรม ทองจันทร์. (2544). *ผลของการระลึกความหลังอย่างมีรูปแบบ ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความหวังในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- จิตติมาวรรณ บำรุงรส. (2552). *โปรแกรมการระลึกความหลังแบบทบทวนชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน*. รายงานกรณีศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ฉวีวรรณ ตัฒยธรรม, แพ จันทรสุข, และศุภกรใจ เจริญสุข. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1*. นนทบุรี: ธนาเพรส.

- ชลธิชา ลิ้มวงษ์. (2545). *การใช้จิตบำบัดกลุ่มในการส่งเสริมความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เชาวณี ล่องชูผล. (2549). *ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ณัฐพัชร์ สุนทโรวิทช์. (2553). *โปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 18(1), 56-64.
- ทศพร บริบูรณ์. (2553). *ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลโพนทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล. (2554). *ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 103-116.
- ธรณินทร์ กองสุข, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, จินตนา ถิ่นเพิ่มพูน, พุระหง ไชยพันธ์, และศิริธร บุตรวงศ์. (2549). *การประเมินโรคซึมเศร้า: การทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. อุบลราชธานี: สิริธรรมออฟเซ็ท.
- ธรณินทร์ กองสุข. (2550). *โรคซึมเศร้า: องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. อุบลราชธานี: สิริธรรมออฟเซ็ท.
- ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, วชิระ เฟื่องจันทร์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์, รุ่งมณี ยิ่งยืน, ...ศิริจันทร์ สุขใจ. (2551). *ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย ผลจากการสำรวจระดับชาติทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติ ปี 2551*. ค้นจาก <http://www.dmh.go.th/downloadportal/morbidity/depress2551.pdf>
- ธรรมนาถ เจริญบุญ, มุทิตา พนาสถิตย์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์, และพวงสร้อย วรกุล. (2553). *ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 15 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร*. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 10(4), 428-36.
- นพิศ ตริรัตน์. (2550). *กลุ่มระลึกความหลังในผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า: ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ*. รายงานการศึกษาระดับปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

นริศรา วงศ์พนารักษ์, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24 – 31.

นริศรา วงศ์พนารักษ์, สมเสาวนุช จมูศรี, และบังอร กุมพล. (2556). ภาวะสุขภาพจิต ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(1), 141 – 150.

นริศรา วงศ์พนารักษ์. (2556). การสร้างเสริมสุขภาพทางจิตในสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(2), 160-164.

นิพนธ์ พวงวรินทร์, และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.

นิยา สมานทรัพย์, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

ประณีต ทวีลาภ. (2552). *การใช้โปรแกรมการระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ปิยะรัตน์ แวงวรรณ. (2550). *การใช้โปรแกรมระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า*. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท). ค้นจากโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).

พจนา เปลี่ยนเกิด. (2557). โรคซึมเศร้า : บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา Depressive disorder: Nurse's role in nursing care. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 19-21.

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2553). *ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรรณธร เจริญกุล. (2555). *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (Care of Elderly)*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: รุ่งแสงการพิมพ์.

พิเชษฐ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสาร จำกัด

- มาโนช หล่อตระกูล. (2549). *คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี กรุงเทพฯ
- มาโนช หล่อตระกูล. (2553). *การฆ่าตัวตาย : การรักษาและการป้องกัน*. กรุงเทพมหานคร: บีบี ยอน เอ็นเทอร์ไพรซ์
- มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). *บทความวิชาการ การบำบัดด้วยการระลึกความหลัง : การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 25(2), 1 – 11.*
- ติวรรณ อุณาภิรักษ์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- วชิระ เฟ็งจันทร์. (27 พฤษภาคม 2552). *เผยคนไทยเป็นโรคซึมเศร้า 1.9 ล.คน-มากสุดในวัยทำงาน. มติ ชนออนไลน์. ค้นจาก http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1243413850*
- วลัยพร นันท์สุกวัฒน์, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, และ พร้อมจิต ห่อนบุญheim. (2552). *สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 27(1), 27-32.*
- วลัยพร นันท์สุกวัฒน์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วาทีณี สุขมาก. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตสังคม 1*. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วารินทร์ รอดจำ. (2556). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังต่อความหวัง พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*
- วาสนา วรรณเกษม, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 25(3), 82-96.*
- วาสนา เหล่าคงธรรม, สุปราณี พิมพ์ตรา, ธรณินทร์ กองสุข, และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2558). *ผลของกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(2), 12-27.*

- ศรีพิมล ดิษยบุตร. (2555). สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ศรีสะเกษ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์ ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V*. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, โสภิต แสงอ่อน, และทัศน ทวีคุณ. (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 17(3), 412-429.
- สายฝน เอกวารงกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ส.เอเชียเพรส.
- สุนทรี วัฒนเบญจโสภา. (2543). ผลของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุมาลา ถนอมพันธ์. (2553). *ผลของการระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุรวิทย์ คนสมบูรณ์. (10 ตุลาคม 2555). ระวัง “โรคซึมเศร้า” ก่ยเจียบคุกคามทุกวัย จ่อป่วยอันดับ 1 ของโลก. ผู้จัดการออนไลน์. ค้นจาก <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9550000124235>.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). อารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 15(1), 23-27.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร : บริษัทวี.พรินท์.

- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, และ พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. (2553). *การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า (Psychosocial Treatment for Depressive Disorder)*. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส จำกัด.
- อรรณณ แพนคง. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- อังคณา หมอนทอง. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- เอกพงษ์ ณ เชียงใหม่. (2552). *ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ณ หน่วยบริการปฐมภูมิห้วยแหวน จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- Blazer, D., II, & Hybel, C. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35(9), 1241 – 1253.
- Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1088–1094.
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11, 291-300.
- Boyd, M. A. (2015). *Psychiatric nursing : Contemporary practice*. (5 th ed.). Enhanced update. (pp.142). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Burnside, I. M. (1988). *Reminiscence and other therapeutic modalities*. In. I. M. Burnside, Ed. *Nursing and the age: A self-care approach*. (3 rd ed.). (pp. 645-686).
- Butler, R. (1963) The life review : An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26(1), 65-76.
- Cappeliez, P., Rourke, N.O., & Chaudhury, H.. (2005). Functions of reminiscence and mental health in later life. *Aging & Mental Health*, 9(4), 295–301.

- Cappeliez, P., Rivard, V., & Guindon, S. (2007). Functions of reminiscence in later life: Proposition of a model and applications. *Revue europeenne de psychologie appliquee*, 57, 151-156.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power analysis for the behavioral sciences*. (2 nd ed.). Erlbaum, NI: Hillisdale.
- Dufault, K., & Martocchio, B. C. (1985). Hope: Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379-391.
- Hamilton, D. (1985). Reminiscence therapy. In G. Bulechek & J. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Treatments for nursing diagnoses*. (pp. 139- 151). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hamilton, D. (1992). Reminiscence therapy. In G. Bulechek & J. Mc-Closkey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (pp. 292-303). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Herth, K.A. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15(1), 1250-1259.
- Herth, K.A. (1992). Abbreviated instrument measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advancing Nursing*, 17(1), 1251-1259.
- Herth, K. A. (2001). Development and implementation of a hope intervention program. *Oncology Nursing Forum*, 28(6), 1009-1017.
- Hsieha, H. F., & Wang, J. J. (2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 335–345.
- Marram, G.K. (1978). *The group approach in nursing practice*. (2 nd ed). Saint Louis, MO: The C.V.
- Miller, J. F. (1985). Hope. *American Journal of Nursing*, 85, 23-25.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research*. (2 nd ed). NJ: Upper Saddle River.
- Stinson, C.K., & Kirk, E. (2005). Structured reminiscence : an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older woman. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 208-218.
- Webster, J.D., & McCall, M. E. (1999). Reminiscence functions across adulthood: A replication and extension. *Journal of Adult Development*, 6, 73–85.
- Webster, J. D., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2010). Mapping the future of reminiscence: A conceptual guide for research and practice. *Research on Aging*, 32, 527-564.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือในการวิจัย

คู่มือดำเนินการ โปรแกรมการระลึกความหลัง



คู่มือดำเนินการ
โปรแกรมการระลึกความหลัง

นางสาวเกษศิริรินทร์ ภู่เพชร

คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2559

ที่มาของโปรแกรม

โปรแกรมการระลึกความหลัง เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดการระลึกความหลัง (Reminiscence) ของฮามิลตัน (Hamilton, 1985) การเสริมสร้างความหวังของเฮิร์ท (Herth, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ทศพร, 2553; เทพฤทธิ์และคณะ, 2554; ธรณินทร์และคณะ, 2551; ธรรมนาถและคณะ, 2553; นริศราและสายสมร, 2557; สุวรรณา, 2543) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความหวังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งเฮิร์ท ได้อธิบายว่าความหวังเป็น ความคิดความรู้สึกที่มีอยู่ในตัวบุคคล ที่เชื่อว่าจะเจอสิ่งที่ดีในอนาคต เป็นแรงขับที่ทำให้บุคคลสามารถ กระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยอยู่บนพื้นฐานของการมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น และการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจสามารถแสดงออกได้ทางอารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่ง ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ

1. กระบวนการประสบการณ์ (experiential process) เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ ส่งเสริมให้เกิดความหวัง ขึ้นได้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการระบายความรู้สึกของตนเอง นำความทรงจำประสบการณ์ที่ดีในอดีตมา สร้างเป็นกำลังใจในการจัดการปัญหาต่อไป

2. กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล (rational thought process) เป็นกระบวนการที่เกิดจากการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งการที่บุคคลจะกระทำเป้าหมายให้บรรลุผลสำเร็จนั้นบุคคลจะต้องมีกระบวนการคิด และการกระทำตามที่วางแผนไว้ การคำนึงถึงผลของการกระทำตามความเป็นไปได้จริงของเหตุและผล เพื่อการเผชิญปัญหา สามารถควบคุมปัญหา และสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ความหวังเป็นกระบวนการที่สื่อ ระหว่างเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ประสบการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จ จะช่วยให้ บุคคลมีความเข้าใจ ในเหตุการณ์ปัจจุบัน และสามารถจัดการกับเหตุการณ์ในอนาคตได้

3. กระบวนการทางจิตวิญญาณ (spiritual process) เป็นการคงไว้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อและจิตวิญญาณ จะมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา พิธีกรรมตามความเชื่อของบุคคล ความต้องการ

ทางจิตวิญญาณ ความเชื่อในสิ่งที่ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ บุคคลเชื่อว่าเป็นพลังที่ยิ่งใหญ่ ที่จะทำให้ค้นหาความหมาย และจุดมุ่งหมายในชีวิตได้

4. กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (relational process) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อสนับสนุนด้านอารมณ์ การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการแก้ไขปัญหาในรูปแบบของเพื่อนช่วยเพื่อน มีพื้นฐานที่เกิดจากความรักความไว้วางใจ การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การยอมรับในฐานะบุคคลที่มีคุณค่า เกิดมีส่วนร่วม สนับสนุน ส่งเสริม ยอมรับ ซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดกำลังใจและก่อให้เกิดความหวัง

กระบวนการทั้ง 4 กระบวนการดังกล่าว จะทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นตนเองในด้านต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น ก่อให้เกิดความหวังขึ้นได้ การเพิ่มความหวัง โดยใช้การระลึกความหลังตามแนวคิดของฮามิลตัน (Hamilton, 1985) ซึ่งเป็นการย้อนคิดถึงความหลัง มุ่งให้บุคคลเรียกคืนประสบการณ์ที่ผ่านมา จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสุข มีความหวังที่จะมีชีวิตต่อไป เพื่อวันข้างหน้า ซึ่งฮามิลตัน (Hamilton, 1985) กล่าวว่ากระบวนการระลึกความหลัง ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

1. ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (memory) คือการเลือกเหตุการณ์ จากความคิด ความรู้สึกพึงพอใจของตนเองในอดีต และช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงจากอดีตมาถึงปัจจุบัน โดยเลือกจากเหตุการณ์ที่ไม่อยากลืมและความรู้สึกนั้นยังอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องมาตลอด

2. ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น (experiencing) คือระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ โดยมุ่งเน้นไปที่การหาความหมายจากความรู้สึกและความรู้สึกโดยธรรมชาติ ประสาทสัมผัส ซึ่งมีอยู่ในกระบวนการเรียกความทรงจำ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสติรู้ในวิถีการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน เป็นการให้ผู้สูงอายุประเมินความคิดและความรู้สึกของตนที่มีต่อเหตุการณ์นั้นว่ามีความหมายหรือคุณค่าอย่างไรต่อตนเองจนทำให้เก็บความทรงจำนั้นตลอดเวลาและเลือกที่จะนำมาแบ่งปัน

3. ระยะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น (social interaction) เป็นระยะของการแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่ผู้สูงอายุมีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟัง และยังเป็น การช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและสนับสนุนให้มีการเปิดเผยตนเอง (self expression) ช่วยให้เกิดความรู้สึกของการเชื่อมโยงของมนุษย์เป็น โอกาสได้แสดงความรู้สึกเปิดเผยตนเองออกมาอย่างแท้จริง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดความหดหู่ภายในจิตใจ เบื่อหน่าย ไม่มีความสนใจในการทำกิจกรรม ไม่มีสมาธิ ท้อแท้ สิ้นหวัง หมกมุ่นใจ

ความสุขในชีวิตลดลง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุขาดเป้าหมายและแรงจูงใจในการมีชีวิตต่อเพื่อวันข้างหน้า ขาดความหวังและขาดความมั่นใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป เนื่องจากมองไม่เห็นอนาคต คิดถึงความตาย และพยายามทำร้ายตนเองได้

จากแนวคิดดังกล่าว ทั้ง 3 แนวคิดผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการเสริมสร้างความหวังของเฮิร์ท (Herth, 2001) ทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นโครงสร้างกระบวนการในสร้างความหวังให้แก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ร่วมกับแนวคิดการระลึกความหลัง ของฮามิลตัน (Hamilton, 1985) ให้แก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยนำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เข้ามารูณาการในโปรแกรมด้วย โดยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนหลักของกระบวนการระลึกความหลัง สรุปได้ดังนี้ คือดำเนินกิจกรรม 5 ครั้ง คือ 1) สร้างสัมพันธภาพ เข้าใจโรคซึมเศร้า และเล่าภาพวันวาน 2) สิ่งดี ๆ ที่ไม่เคยลืม 3) คุณค่าทางจิตใจ 4) ทางเดินชีวิต 5) สรุปทบทวน และสิ้นสุดสัมพันธภาพ โดยแต่ละครั้งดำเนินกิจกรรม 3 ระยะ คือ ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น และระยะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต แต่ละช่วงชีวิต ให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้เรียนรู้ที่จะนำประสบการณ์ในอดีต ค้นหาความหมายของช่วงชีวิตที่ผ่านมา ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความสุข และก่อให้เกิดความหวังจากประสบการณ์เดิมที่ผ่านมาในอดีต

คำชี้แจงการดำเนินกิจกรรม

คู่มือการดำเนินการ โปรแกรมการระลึกความหลัง ประกอบด้วยกิจกรรมในโปรแกรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 60 – 90 นาที เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยโปรแกรมการระลึกความหลัง ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลักในการระลึกความหลัง โดยประยุกต์เข้ากับกระบวนการเสริมสร้างความหวังทั้ง 4 ขั้นตอน ดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ซึ่งมีกิจกรรมตามขั้นตอนหลักของกระบวนการระลึกความหลัง ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพ เข้าใจโรคซึมเศร้า และเล่าภาพวันวาน

เป็นกิจกรรมที่มีการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่ม เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และเพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยระบายความรู้สึก เกี่ยวกับปัญหาโรคซึมเศร้า ทำความเข้าใจโรคซึมเศร้า และเล่าเกี่ยวกับวันวานที่ยังอยู่ในความทรงจำ และแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ครั้งที่ 2 สิ่งดีๆ ที่ไม่เคยลืม

เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกคิดทบทวน และค้นหาความหมายของเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีตที่ผ่านมา เช่น ด้านการทำงาน ด้านครอบครัว รางวัลต่างๆ ที่เคยได้รับ และแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งเสริมให้เกิดความหวัง จากการนำความทรงจำประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีตมาสร้างเป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

ครั้งที่ 3 คุณค่าทางจิตใจ

เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกคิดทบทวน เหตุการณ์ที่ตนเองรู้สึกดี และค้นหาความหมาย คุณค่า คุณค่าทางจิตวิญญาณภายในตนเอง คิดทบทวนประเมินความคิดและความรู้สึกของคนที่มีความหมายหรือคุณค่าอย่างไรต่อตนเองจนทำให้เก็บความทรงจำนั้นตลอดเวลา และแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ครั้งที่ 4 ทางเดินชีวิต

เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สมาชิกพูดคุยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในช่วงวัยต่าง ๆ ที่ผ่านมาตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยสูงอายุ กิิตบทบทวน และค้นหาความหมายของเหตุการณ์ และแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟัง ให้สมาชิกวางแผนการใช้ชีวิตในอนาคต อย่างมีเป้าหมาย

ครั้งที่ 5 สรุปบทบทวน และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สมาชิกได้ทบทวนกิจกรรมทั้งหมดที่ทำ แบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อกิจกรรมนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้สึก มีการระบายความรู้สึกของตนเอง และนำมาสร้างเป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

ครั้งที่ 1

สร้างสัมพันธภาพ เข้าใจโรคซึมเศร้า และเล่าภาพวันวาน



สร้างสัมพันธภาพ เข้าใจโรคซึมเศร้า และเล่าภาพวันวาน

สาระสำคัญ

เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่ม เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และเพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุย เกี่ยวกับปัญหาโรคซึมเศร้า ทำความเข้าใจโรคซึมเศร้า และเล่าเกี่ยวกับวันวานที่ยังอยู่ในความทรงจำ ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการระบายความรู้สึกของตนเอง นำความทรงจำประสบการณ์ที่ดีในอดีตมาสร้างเป็นกำลังใจในการจัดการปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่ม เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. เพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
3. เพื่อให้สมาชิกได้พูดคุยระบายความรู้สึก เกี่ยวกับปัญหา และความรู้สึกที่เป็นโรคซึมเศร้า
4. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความหวัง จากการนำความทรงจำ ประสบการณ์ที่ดีในอดีตมาสร้างเป็นกำลังใจในการจัดการปัญหาต่อไป

ระยะเวลา 90 นาที

กิจกรรม

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	เวลา	สื่อ/อุปกรณ์	หมายเหตุ
1. ผู้นำกลุ่ม ทักทาย แนะนำตัวแก่สมาชิก ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร และเปิดโอกาสให้สมาชิกแนะนำตัว พูดคุย สร้างสัมพันธ์ภาพ	15 นาที		
2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และระยะเวลาให้สมาชิกกลุ่มทราบ			
3. การเตรียมความพร้อมของสมาชิก ก่อนเริ่มกิจกรรม โดยการทำสมาธิผ่านบทเพลงดั่งดอกไม้บาน	3 นาที	เพลงดั่งดอกไม้บาน	
4. พูดคุยกับสมาชิกเกี่ยวกับปัญหาภาวะซึมเศร้า และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของสมาชิกแต่ละคน โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 1 เข้าใจโรคซึมเศร้า	25 นาที	-ใบกิจกรรมที่ 1 เข้าใจโรคซึมเศร้า -แผ่นพับรู้จักโรคซึมเศร้ากันเถอะ	
5. พูดคุยเกี่ยวกับช่วงชีวิตในวัยเด็ก โดยให้สมาชิกดูภาพวัยเด็ก การเล่นและของเล่นในวัยเด็ก การเดินทางสมัยก่อน	10 นาที	ภาพการละเล่นและของเล่นในวัยเด็ก การเดินทางสมัยก่อน	
6. ให้ความสมาชิกในการเลือกเหตุการณ์ในวัยเด็กมา 1 เหตุการณ์ โดยเลือกเหตุการณ์ที่ไม่อยากลืมและความรู้สึกนั้นยังอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องมาตลอด	10 นาที		
7. ให้สมาชิกคิดทบทวนประเมินความคิดและความรู้สึกของตนที่มีต่อเหตุการณ์นั้นว่ามีความหมายหรือคุณค่าอย่างไรต่อตนเองจนทำให้เก็บความทรงจำนั้นตลอดเวลา			
8. ให้สมาชิก แบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้น ให้กับผู้อื่น ฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการระบายความรู้สึกของตนเอง นำความทรงจำ	20 นาที		

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	เวลา	สื่อ/ อุปกรณ์	หมายเหตุ
ประสบการณ์ที่ดีในอดีตมาสร้างเป็นกำลังใจในการจัดการปัญหาต่อไป			
9. สรุปกิจกรรมทั้งหมดและสรุปเนื้อหาจากการสนทนา	5 นาที		
10. นัดหมายครั้งต่อไป แจ้งสมาชิกให้นำภาพถ่ายครอบครัว ภาพการทำงาน รางวัล หรือผลงานต่างๆ ที่เคยได้รับ มาเพื่อใช้ในการทำกิจกรรมครั้งถัดไป	2 นาที		

การประเมินผล

1. จากการสังเกตสีหน้าท่าทางของสมาชิกในระหว่างการดำเนินโปรแกรม
2. จากการสังเกตความสนใจ ความร่วมมือ และการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกระหว่างดำเนินการโปรแกรม
3. จากใบกิจกรรม ประเมินการเขียนบรรยายความทรงจำ ประสบการณ์ของสมาชิก

สื่อประกอบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่กิจกรรม ครั้งที่ 1

เพลงดั่งดอกไม้บาน

จากเสถียรธรรมสถาน
คำร้อง / ทำนอง ทวีศักดิ์ อุซुकตานนท์
เรียบเรียง กัมพล มณี

ลมหายใจเข้า.... ลมหายใจออก ดั่งดอกไม้บาน
ภูเขาใหญ่กว้าง ดั่งสายน้ำท่าเย็น ดั่งนภาอากาศ อันบางเบา
มาพวกเรามาชมสวน สวน.. ชวนให้ใจชื่นบาน
เราสุขสำราญ ชมสวนงาม พาเย็นใจ
* ดอกตูมกำลังผลิบาน รับอรุณอันสดใส
มา มารคน้ำด้วยใจ ของเรา ทุกคน
มาพวกเรามาทำสวน สวนเสถียรธรรมสถาน
เราสุขสำราญ ดอกไม้บานตระการตา
ด้วยเพราะพระธรรมเมตตา งามธรรมชาติพึ่งพา
เด็กเหมือนดอกไม้บานา งามตา งามใจ
(คนตรี) ซ้ำ*

ใบกิจกรรมที่ 1

เข้าใจโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง : ให้อ่านเขียนเล่าเกี่ยวกับปัญหาโรคซึมเศร้าในตัวท่าน ดังนี้

1. ท่านคิดว่า โรคซึมเศร้า เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ในตัวท่าน คืออะไร

.....

.....

.....

.....

3. โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดปัญหา หรือส่งผลกระทบต่อท่านอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

รู้ได้อย่างไรว่าเป็นโรคซึมเศร้า

สามารถสังเกต ว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้จาก
อาการต่างๆอย่างน้อย 5 อาการเป็นเวลานาน
ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งอาการต่างๆ
ได้แก่

1. นิ่งซึมไม่พูด
2. สีหน้าอมทุกข์ เหงื่อลอย หน้ามืดวิงเวียน บ่น
อยากตาย
3. ไม่สนุกสนานไม่ร่าเริง เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น
4. ไม่สนใจใคร ไม่สนใจทำกิจกรรมต่างๆ
5. นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร
6. พยายามฆ่าตัวตาย



การรักษา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่รักษาได้ผลดี
มาก การรักษาโรคซึมเศร้ามีหลายวิธี ได้แก่



- ✚ การรักษาด้วยยา
- ✚ การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยการปล่อยกระแสไฟฟ้า
เข้าไปกระตุ้นสมองผ่านทาง อิเล็กโทรด
(electrode) เพื่อปรับสมดุลของระบบสารสื่อ
ประสาทให้เป็นปกติ
- ✚ การรักษาทางจิตสังคม เพื่อให้บุคคลมองเห็น
รู้จัก เข้าใจปัญหา สามารถแก้ปัญหาด้วย
กระบวนการคิด มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม
ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล
- ✚ การให้คำแนะนำแก่ญาติ ให้มีความรู้ความเข้าใจ
เกี่ยวกับโรค และแนวทางการรักษา เพื่อให้มี
ความเข้าใจผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้
อย่างมีประสิทธิภาพ

โรคซึมเศร้า



โดย เกษศิริรินทร์ ภูเพชร

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โรคซึมเศร้า คืออะไร ????

โรคซึมเศร้า เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ อาการสำคัญได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้าและความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหว เชื่องช้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ในที่สุด



ทำไมจึงเป็นโรคซึมเศร้า

สาเหตุของโรคซึมเศร้า เกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน

1. ปัจจัยทางชีววิทยา ได้แก่ พันธุกรรม พบในญาติสายตรงพี่น้องหรือแฝดที่มาจากไข่ใบเดียวกัน ความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง และระบบต่อมไร้ท่อ ส่งผลให้ฮอร์โมนเปลี่ยนแปลง
2. ปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีปัญญานิยม และทฤษฎีการเรียนรู้ ที่เรียนรู้ถึงวิธีใช้ความนิ่งเฉยต่อปัญหา
3. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิต ความตึงเครียดในชีวิต การสูญเสีย หรือการพลัดพราก การเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาสัมพันธภาพ เครียดเรื้อรัง บุคลิกภาพเป็นคนมองตนเองหรือโลกในแง่ลบ

อาการของโรคซึมเศร้า

1. **อาการด้านร่างกาย** ได้แก่ ความอยากอาหารแปรปรวน การนอนแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง มีอาการท้องผูก ไม่มีพลัง
2. **อาการด้านอารมณ์** จะมีอารมณ์เศร้ารุนแรง ที่ไม่สมเหตุสมผล เบื่อหน่าย ไม่สนใจทำกิจกรรม รู้สึกเศร้าหรือไม่สบายใจ เสียใจ ร้องไห้ง่าย รู้สึกหงุดหงิดง่าย หรือโกรธง่าย รู้สึกว่าเหวารู้สึกหมดหวัง หรือสิ้นหวัง
3. **อาการด้านความคิด** ได้แก่ คิดซ้ำๆ คิดอะไรไม่ค่อยออก ไม่มีสมาธิ ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง คิดว่าตนเองไร้ค่า คิดว่าไม่มีอะไรที่จะดีขึ้นได้เลย มีความคิดซ้ำๆเกี่ยวกับความตาย รวมทั้งอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย
4. **อาการด้านพฤติกรรม** จะมีพฤติกรรมเชื่องช้า เดินช้า คิดช้า ไม่พูด ไม่โต้ตอบ ไม่อยากทำอะไร อยู่เฉย ๆ ได้นาน ไม่สนใจในกิจกรรมที่ทำทุกวัน ไม่อยากเข้าสังคม ไม่มีชีวิตชีวา

ภาพประกอบ



ภาพประกอบ



ภาพประกอบ



ครั้งที่ 2

สิ่งดีๆ ที่ไม่เคยลืม



สิ่งดีๆ ที่ไม่เคยลืม

สาระสำคัญ

เพื่อให้สมาชิกคิดทบทวน และค้นหาความหมายของเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีตที่ผ่านมา เช่น ด้านการทำงาน ด้านครอบครัว รางวัลต่างๆ ที่เคยได้รับ เป็นกระบวนการที่เกิดจากการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งการที่บุคคลจะกระทำเป้าหมายให้บรรลุผลสำเร็จนั้นบุคคลจะต้องมีกระบวนการคิด และกระทำตามที่วางแผนไว้ การคำนึงถึงผลของการกระทำตามความเป็นไปได้จริงของเหตุและผล เพื่อการเผชิญปัญหา สามารถควบคุมปัญหา สถานการณ์ต่างๆ ได้ ความหวังเป็นกระบวนการที่สื่อระหว่างเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ประสบการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จ จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจ ในเหตุการณ์ปัจจุบัน และสามารถจัดการกับเหตุการณ์ในอนาคตได้

วัตถุประสงค์

1. ให้เพื่อสมาชิกคิดทบทวน และค้นหาความหมายของเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีต
2. ส่งเสริมให้เกิดความหวัง จากการนำความทรงจำประสบการณ์ที่ดีในอดีตมาสร้างเป็นกำลังใจในการจัดการปัญหาต่อไป
3. เพื่อให้สมาชิกเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันภายในกลุ่ม

ระยะเวลา 80 นาที

กิจกรรม

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	เวลา	สื่อ/ อุปกรณ์	หมายเหตุ
1. ผู้นำกลุ่มพูดคุยทักทาย เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง	75 นาที		
2. การเตรียมความพร้อมของสมาชิก ก่อนเริ่มกิจกรรม โดยการให้สมาชิกดูวิดีโอ สิ่งดี ๆ ในวันวาน	3 นาที	วิดีโอสิ่งดี ๆ ในวันวาน	
3. พูดคุยเกี่ยวกับการประสบความสำเร็จในอดีต ที่ผ่านมา เช่น ด้านการทำงาน ด้านครอบครัว รางวัลต่างๆ ที่เคยได้รับ พร้อมทั้งให้ดูรูปประกอบ	10 นาที	- ภาพ ถ่า ยครอบครัว -ภาพอาชีพ -ภาพเกียรติบัตร หรือรางวัลต่างๆ	
4. ให้เวลาสมาชิกในการเลือกเหตุการณ์มา 1 เหตุการณ์ โดยเลือกเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการประสบความสำเร็จที่ผ่าน เป็นเหตุการณ์ที่ไม่อยากลืมและความรู้สึกนั้นยังอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องมาตลอด	15 นาที		
5. ให้สมาชิกคิดทบทวนประเมินความคิดและความรู้สึกของตนที่มีต่อเหตุการณ์นั้นว่ามีความหมายหรือคุณค่าอย่างไรต่อตนเองจนทำให้เก็บความทรงจำนั้นตลอดเวลา			
6. ให้สมาชิก แบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ ส่งเสริมให้เกิดความหวังขึ้นได้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการระบายความรู้สึกของตนเอง นำความทรงจำประสบการณ์ที่ดีในอดีตมาสร้างเป็นกำลังใจและแก้ปัญหาในปัจจุบัน สามารถจัดการกับปัญหาต่อไปได้	35 นาที		
7. สรุปกิจกรรมทั้งหมดและสรุปเนื้อหาจากการสนทนา	10 นาที		
8. นัดหมายครั้งต่อไป			

การประเมินผล

1. จากการสังเกตสีหน้าท่าทางของสมาชิกในระหว่างการดำเนินโปรแกรม
2. จากการสังเกตความสนใจ ความร่วมมือ และการแสดงความคิดเห็นของสมาชิก ระหว่างดำเนินการโปรแกรม

สื่อประกอบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่กิจกรรม ครั้งที่ 2

สกริปวิดีโอ สิ่งดี ๆ ในวันวาน

เวลา 3 นาที

หากมองย้อนไปในวันวาน
 คุณจะคิดถึงสิ่งใดบ้าง
 คุณจำตอนเด็ก ๆ ที่วิ่งเข้าเส้นชัยได้ไหม
 หรือการได้รับมาลัยรางวัล
 แขนงนำของโรงเรียน
 หรือวัยรุ่นที่ได้รับเกียรติบัตร
 วันที่คุณประสบความสำเร็จ
 เรื่องการเรียน หรือเรื่องครอบครัว
 วันที่ทำงานหาเงินได้เอง
 ไม่ว่าจะงานเหล่านั้นจะเป็นงานอะไร
 แต่เชื่อไหมว่า งานเหล่านั้นก็มีคุณค่า
 ที่นำเรามาสู่ทุกวันนี้ได้
 เมื่อคิดถึงแล้วคุณรู้สึกอย่างไร
 ความสำเร็จที่มาจากมือสองข้างนี้ของเรา
 หรือความภูมิใจ เมื่อทำสิ่งที่ทำทนาย
 เจริญรางวัลจากการวิ่งมาราธอน
 กิจกรรมที่ทำร่วมกัน
 เมื่อคิดถึงแล้วคุณรู้สึกอย่างไร
 กว่าที่จะเดินก้าวผ่านมาถึงวันนี้
 ล้วนพบเจอกับประสบการณ์ที่ทำทนาย
 สุขบ้าง ทุกข์บ้าง
 แต่ก็ไม่เคยมีครั้งไหน ที่เราหยุดเดิน
 คุณว่าจริงไหม

ภาพประกอบ



ภาพประกอบ



ครั้งที่ 3

คุณค่าทางจิตใจ





สาระสำคัญ

เพื่อให้สมาชิกคิดทบทวน เหตุการณ์ ประสบการณ์ ที่ตนเองรู้สึกดี มีคุณค่าทางจิตใจ และมีคุณค่าทางจิตวิญญาณภายในตนเอง เป็นการคงไว้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อและจิตวิญญาณ จะมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา พิธีกรรมตามความเชื่อของบุคคล ความต้องการทางจิตวิญญาณ ความเชื่อในสิ่งที่ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ บุคคลเชื่อว่าเป็นพลังที่ยิ่งใหญ่ ที่จะทำให้ค้นหาความหมาย และ จุดมุ่งหมายในชีวิตได้

วัตถุประสงค์

1. ให้สมาชิกคิดทบทวน และค้นหาประสบการณ์ เหตุการณ์ที่มีคุณค่าทางจิตใจ และ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ
2. ส่งเสริมให้เกิดความหวัง จากการนำความทรงจำประสบการณ์ และคุณความดีที่เคยทำในอดีต มาสร้างเป็นกำลังใจ สร้างความหวัง
3. เพื่อให้สมาชิกเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันภายในกลุ่ม

ระยะเวลา 70 นาที

กิจกรรม

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	เวลา	สื่อ/ อุปกรณ์	หมายเหตุ
1. ผู้นำกลุ่ม พุดคุยทักทาย สมาชิกกลุ่ม เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพอย่างต่อเนื่อง	5 นาที		
2. การเตรียมความพร้อมของสมาชิก ก่อนเริ่มกิจกรรม โดยการให้สมาชิกหลับตา พร้อมกับเปิดเพลงระฆังใจ	5 นาที	เพลงระฆังใจ	
3. พุดคุยเกี่ยวกับคุณความดี สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจต่างๆ โดยการให้สมาชิกดู ภาพเกี่ยวกับพิธีกรรมและวันสำคัญทางศาสนาทางศาสนาต่างๆ ได้แก่ ศาสนาพุทธ ได้แก่ การไหว้พระสวดมนต์ การตักบาตร และทอดกฐิน ศาสนาอิสลาม ได้แก่ การละหมาด การอ่านอัลกุรอาน มัสยิด ศาสนาคริสต์ ได้แก่ โบสถ์ และวันคริสต์มาส	15 นาที	-ภาพพิธีกรรม วันสำคัญทางศาสนา และสถานที่สำคัญของศาสนาพุทธ อิสลาม และคริสต์	
4. ให้ความสมาชิกในการเลือกเหตุการณ์ที่ตนเองรู้สึกดี คุณความดี หรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของตนเอง มา 1 เรื่อง โดยเลือกเหตุการณ์ที่ไม่อยากลืมและความรู้สึกนั้นยังอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องมาตลอด	10 นาที		
5. ให้สมาชิกคิดทบทวนประเมินความคิดและความรู้สึกของตอนที่เมื่อเหตุการณ์ที่เลือกกว่ามีความหมายหรือคุณค่าอย่างไรต่อตนเองจนทำให้เก็บความทรงจำนั้นตลอดเวลา			
6. ให้สมาชิก แบ่งปันประสบการณ์ของคุณรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งเสริมให้เกิดความหวังขึ้นได้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการระบายความรู้สึกของตนเอง นำความทรงจำประสบการณ์ คุณความดีในตนเอง มาสร้างเป็นกำลังใจในการจัดการปัญหาต่อไป	30 นาที		
7. สรุปกิจกรรมทั้งหมดและสรุปเนื้อหาจากการสนทนา	5 นาที		
8. นัดหมายครั้งต่อไป			

การประเมินผล

1. จากการสังเกตสีหน้าท่าทางของสมาชิกในระหว่างการดำเนินโปรแกรม
2. จากการสังเกตความสนใจ ความร่วมมือ และการแสดงความคิดเห็นของสมาชิก ระหว่างดำเนินการโปรแกรม

สื่อประกอบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่กิจกรรม ครั้งที่ 3

เพลงระนังใจ

ขับร้อง : จีวัน Band

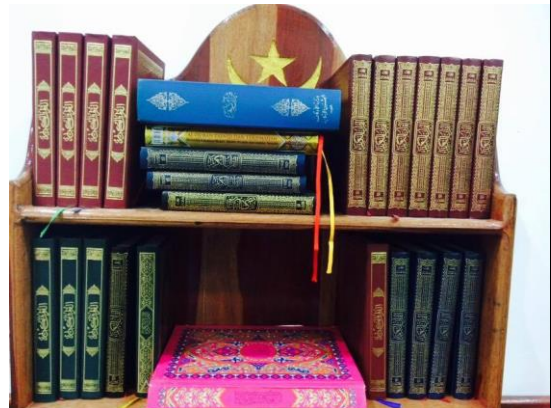
เพราะห้องนี้ว่างเปล่า เราจึงเข้ามาอยู่
 ข้างในระนังว่างเปล่า จึงกังวลหวนหวน
 ลองสังเกตใจดู ว่างอยู่หรือวุ่นวาย
 โยนทิ้งไปบ้างก็ดี
 บางสิ่งทิ้งไปเลยก็ได้
 หากมันทำร้ายทำลาย
 จะเก็บเอาไว้ทำไม
 ลองปล่อยใจให้ว่างดู
 คือไม่มีคู่ตรงข้าม
 ว่างเปล่าไม่มีรูปนาม
 ใจมันกว้างแผ่ไป
 แต่เดิมมันก็ว่างอยู่
 ลองคิดดูจริงไหม
 เราชนสิ่งต่าง ๆ จิปาถะเข้าไป
 อะไรคืออะไรไม่รู้เลย
 ใจว่างเลยเป็นใจวุ่น
 มีแต่เรื่องก่อกวน
 เดียวสิ่งนี้ สิ่งนั้น
 ใจเลยทึบเหมือนตึกทึบใจ

<https://www.youtube.com/watch?v=fkr-FW5SIic>

ภาพประกอบ (ศาสนาพุทธ)



ภาพประกอบ (ศาสนาอิสลาม)



ภาพประกอบ (ศาสนาคริสต์)



ครั้งที่ 4

ทางเดินชีวิต





สาระสำคัญ

เพื่อให้สมาชิกพูดคุยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในช่วงวัยต่าง ๆ ที่ผ่านมาตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยสูงอายุ คิดทบทวน และค้นหาความหมายของเหตุการณ์ และแบ่งปันประสบการณ์ของ ความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟัง ให้สมาชิกวางแผนการใช้ชีวิตในอนาคต อย่างมีเป้าหมาย เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อ สนับสนุนด้านอารมณ์ การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการแก้ไขปัญหาในรูปแบบของเพื่อนช่วยเพื่อน มีพื้นฐานที่ เกิดจากความรัก ความไว้วางใจ การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การยอมรับในฐานะบุคคลที่มีคุณค่า เกิดมีส่วนร่วม ร่วม สนับสนุน ส่งเสริม ยอมรับ ซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดกำลังใจและก่อให้เกิดความหวัง

วัตถุประสงค์

1. ให้เพื่อสมาชิกคิดทบทวน และค้นหาความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
2. ส่งเสริมให้เกิดความหวัง จากการนำความทรงจำประสบการณ์ด้านความสัมพันธ์ ที่ดีในอดีตมาสร้างเป็นกำลังใจในการจัดการปัญหาต่อไป
3. เพื่อให้สมาชิกวางแผนแนวทางในการดำเนินชีวิต อย่างมีเป้าหมาย
4. เพื่อยุติสัมพันธภาพ

ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรม

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	เวลา	สื่อ/ อุปกรณ์	หมายเหตุ
1. ผู้นำกลุ่ม พุดคุยทักทาย สมาชิกกลุ่ม เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพอย่างต่อเนือง	3 นาที		
2. การเตรียมความพร้อมของสมาชิก ก่อนเริ่มกิจกรรม โดยให้สมาชิก ร้องรำ และรำ เพลงรำวง	5 นาที	-เพลงรำวง มาตรฐาน	
3. พุดคุยเกี่ยวกับช่วงชีวิตที่ผ่านมาตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยสูงอายุ โดยการให้สมาชิกดูภาพช่วงวัยต่างๆ ของชีวิต	10 นาที	-ภาพช่วงวัย เด็ก วัยรุ่น วัย ผู้ใหญ่ วัย สูงอายุ	
4. ใ้เวลาสมาชิกในการเลือกเหตุการณ์ที่ผ่านมานในอดีต 1 เหตุการณ์ โดยเลือกเหตุการณ์ที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในช่วงวัยต่าง ๆ ที่ผ่านมา ที่ไม่ยากลืมและความรู้สึกนั้นยังอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องมาตลอด เพื่อให้สมาชิกคิดทบทวนประเมินความคิดและความรู้สึกของตนที่มีต่อเหตุการณ์นั้นว่ามีความหมายหรือคุณค่าอย่างไรต่อตนเองจนทำให้เก็บความทรงจำนั้นตลอดเวลา	5 นาที		
5. ให้สมาชิก แบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สนับสนุนด้านอารมณ์ การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการแก้ไขปัญหาในรูปแบบของเพื่อนช่วยเพื่อน มีพื้นฐานที่เกิดจากความรักรักความไว้วางใจ การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การยอมรับในฐานะบุคคลที่มีคุณค่า เกิดมีส่วนร่วม สนับสนุน ส่งเสริม ขอมรับ ซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดกำลังใจและก่อให้เกิดความหวัง	15 นาที		
6. แจกใบกิจกรรมที่ 2 ทางเดินชีวิต ให้แก่สมาชิกทำและนำเสนอในกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนเป้าหมายทางเดินชีวิตของแต่ละบุคคล	15 นาที	-ใบกิจกรรมที่ 2 ทางเดินชีวิต	
7. สรุปกิจกรรมทั้งหมดและสรุปเนื้อหาจากการสนทนา	7 นาที		
8. นัดหมายครั้งต่อไป			

การประเมินผล

1. จากการสังเกตสีหน้าท่าทางของสมาชิกในระหว่างการดำเนินโปรแกรม
2. จากการสังเกตความสนใจ ความร่วมมือ และการแสดงความคิดเห็นของสมาชิก ระหว่างดำเนินการโปรแกรม
3. สมาชิกสามารถบอกแนวทางการปรับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้

สื่อประกอบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่กิจกรรม ครั้งที่ 4

วิดีโอร่างมาตรฐาน

1. เพลงงามแสงเดือน

งามแสงเดือนมาเยือนส่องหล้า งามโบหน้าเมื่ออยู่วงรำ (ซ้า)
 เราเล่นเพื่อสนุก เปลื้องทุกข์ให้วายระกำ
 ขอให้เล่นฟ้อนรำ เพื่อสามัคคีเอย.

2. เพลงชาวไทย

ชาวไทยเจ้าเอ๋ย ขออย่าละเลยในการทำหน้าที่
 การที่เราได้เล่นสนุก เปลื้องทุกข์สบายอย่างนี้
 เพราะชาติเราได้เสรี มีเอกราชสมบูรณ์
 เราจึงควรช่วยชูชาติ ให้แก่กวางเจดจำรุง
 เพื่อความสุขเพิ่มพูน ของชาวไทยเราเอย.

3. เพลงรำมาชิมารำ

รำชิมารำ เริงระบำกันให้สนุก
 ยามงานเราทำงานจริงจัง ไม่ละไม่ทิ้งจะเกิดเหตุทุกข์
 ถึงยามว่างเราจึงรำเล่น ตามเชิงเข่นเพื่อให้สร้างทุกข์
 ตามเยี่ยงอย่างตามยุค เล่นสนุกอย่างวัฒนธรรม
 เล่นอะไรให้มีระเบียบ ให้งามให้เรียบจึงจะคมขำ
 มาชิมาเจ้าเอ๋ยมาฟ้อนรำ มาเล่นระบำของไทยเราเอย.

<https://www.youtube.com/watch?v=5WH9Gk1VWzM>

ภาพประกอบ



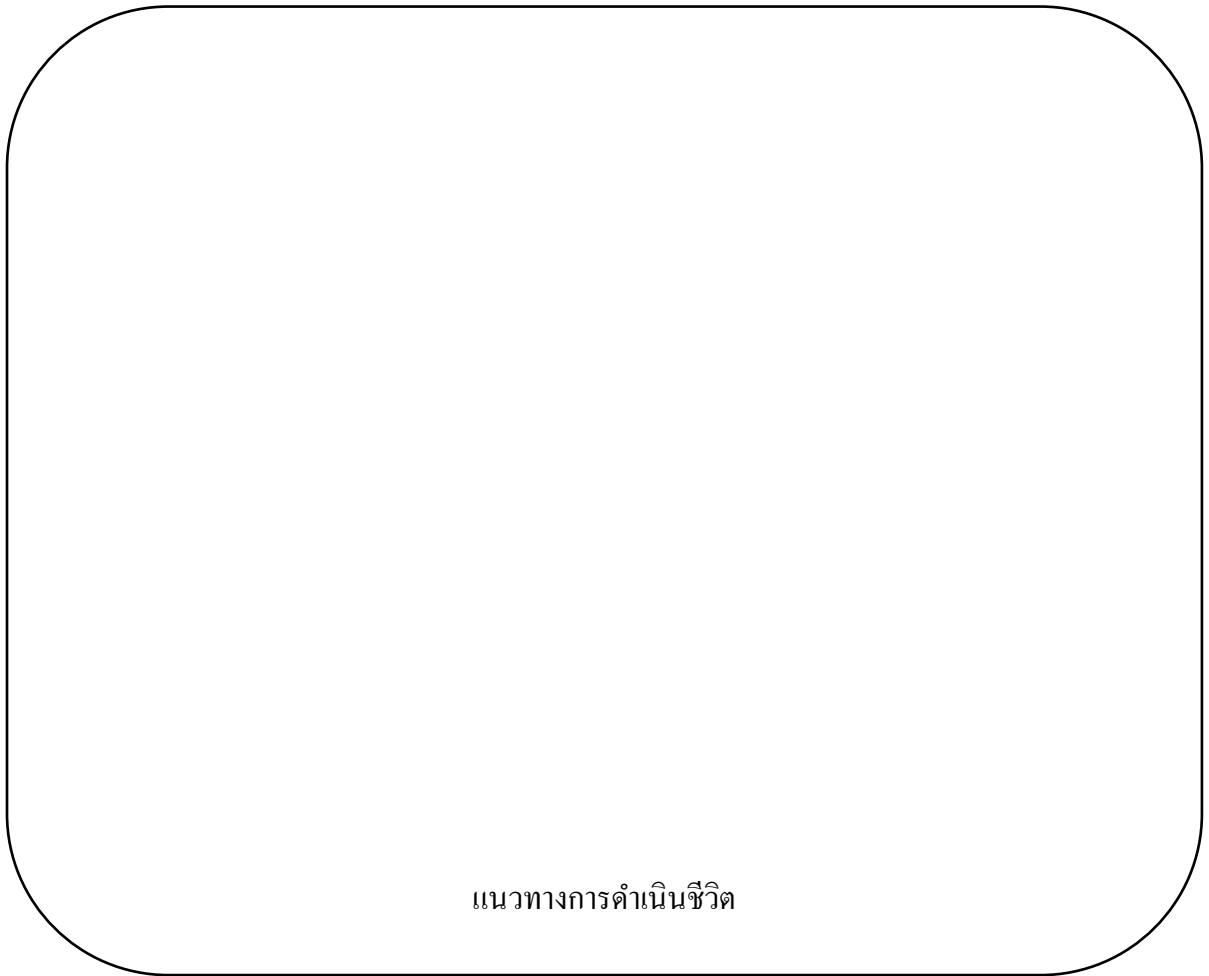
ภาพประกอบ



ใบกิจกรรมที่ 2

ทางเดินชีวิต

คำชี้แจง : ท่านวางเป้าหมายในชีวิตในวันข้างหน้าที่จะเดินไปอย่างไรบ้าง ให้ท่านเขียนแนวทางการดำเนินชีวิต ของท่านในวันข้างหน้า ลงในกรอบด้านล่าง



แนวทางการดำเนินชีวิต

ความหวังในชีวิตของท่าน คือ

.....

.....

.....

.....

.....

ครั้งที่ 5

สรุปบททวน และสิ้นสุดสัมพันธภาพ



สรุปบททวน และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

สาระสำคัญ

เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนกิจกรรมทั้งหมดที่ทำ แบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อกิจกรรมนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้สึก มีการระบายความรู้สึกของตนเอง และนำมาสร้างเป็นกำลังใจ มีความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์

1. ให้เพื่อสมาชิกคิดทบทวนกิจกรรมที่ทำตั้งแต่ครั้งที่ 1 – 4 ค้นหาเป้าหมายและความหวังจากกิจกรรมที่ผ่านมา
2. ส่งเสริมให้เกิดความหวัง จากการนำความทรงจำประสบการณ์ที่ดีในอดีตมาสร้างเป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป
3. เพื่อยุติสัมพันธภาพ

ระยะเวลา 70 นาที

กิจกรรม

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	เวลา	สื่อ/ อุปกรณ์	หมายเหตุ
1. ผู้นำกลุ่ม พุดคุยทักทาย สมาชิกกลุ่ม เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพอย่างต่อเนื่อง	5 นาที		
2. พุดคุยเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผ่านมาทั้ง 4 สัปดาห์	10 นาที		
3. แจกใบกิจกรรมที่ 1 – 2 ให้แก่สมาชิกแต่ละคน ให้เวลาสมาชิกในการเลือกกิจกรรมที่ทำใน 4 สัปดาห์ ที่ผ่านมา 1 กิจกรรม โดยเลือกจากกิจกรรมที่สนใจและรู้สึกมีความสุขจากกิจกรรมนั้น เพื่อให้สมาชิกคิดทบทวนประเมินความคิดและความรู้สึกของตนที่มีต่อกิจกรรมนั้นว่ามีความหมายหรือคุณค่าอย่างไร	5 นาที	-ใบกิจกรรมที่ 1-2	
4. ให้สมาชิก แบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่มีต่อกิจกรรมนั้นให้กับผู้อื่นฟังเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้สึก มีการระบายความรู้สึกของตนเอง นำมาสร้างเป็นกำลังใจและความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป	15 นาที		
5. ผู้นำกลุ่มสรุปเกี่ยวกับกิจกรรมทั้ง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา	10 นาที		
6. ให้สมาชิกฟังเพลงกำลังใจ พร้อมแจกดอกกุหลาบให้แก่สมาชิก เพื่อเป็นกำลังใจ	5 นาที	-เพลงกำลังใจ -ดอกกุหลาบ	
7. ให้เวลาสมาชิกในการทำแบบประเมินความหวัง	15 นาที	-แบบประเมินความหวัง	
8. ยุติสัมพันธ์ภาพ	5 นาที		

การประเมินผล

1. จากการสังเกตสีหน้าท่าทางของสมาชิกในระหว่างการดำเนิน โปรแกรม
2. จากการสังเกตความสนใจ ความร่วมมือ และการแสดงความคิดเห็นของสมาชิก ระหว่างดำเนินการ โปรแกรม
3. จากใบกิจกรรม

สื่อประกอบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่กิจกรรม ครั้งที่ 5

เพลงกำลังใจ

ศิลปิน : โสป

ในยามที่ท้อแท้	ขอเพียงแค่คนหนึ่ง
จะคิดถึง	และคอยห่วงใย
ในยามที่ชีวิต	หม่นหมองร้องไห้
ขอเพียงมีใคร	ปลอบใจ สักคน

ในวันที่โลกร้าง	ความหวังให้ขาด
มันขาดมันหาย	ใคร จะช่วยเติม
เพิ่มพลังใจ	ให้ฉันได้เริ่ม
ต่อสู้อีกครั้ง	บนหนทางไกล

กำลังใจ	จากใครหนอ
ขอเป็นทาน	ให้ฝันให้ไฟ
ให้ชีวิต	ได้มีแรงใจ
ให้ดวงใจ	ลุกโชนความหวัง

กำลังใจ	จากใครหนอ
ขอเป็นทาน	ให้ฉันได้ใหม่
ตั้งหยาตฝน	บนฝากฟ้าไกล
ที่หยาตริน	สู่พื้นดินแห้งผาก

<https://www.youtube.com/watch?v=NqJpBieCyZ0>

เอกสารอ้างอิง

- จิตติมาวรรณ บำรุงรส. (2552). *โปรแกรมการระลึกความหลังแบบทบทวนชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน*. รายงานกรณีศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ณัฐพัชร สุนทรโรวิทช์. (2553). *โปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 18(1), 56-64.
- นริศรา วงศ์พนารักษ์, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). *ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24 – 31.
- ประณีต ทวีลาภ. (2552). *การใช้โปรแกรมการระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ปิยะรัตน์ แวงวรรณ. (2550). *การใช้โปรแกรมระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า*. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). *บทความวิชาการ การบำบัดด้วยการระลึกความหลัง : การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(2), 1 – 11.
- วาสนา วรรณเกษม, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 82-96.
- วาสนา เหล่าคงธรรม, สุปราณี พิมพ์ตรา, ธรฉินทร์ กองสุข, และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2558). *ผลของกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(2), 12-27.
- สายฝน เอกวางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ส.เอเชียเพรส.
- สุมาลา ธนอมพันธ์. (2553). *ผลของการระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า (Psychosocial Treatment for Depressive Disorder)*. กรุงเทพมหานคร: ชนาเพลส จำกัด.

Dufault, K., & Martocchio, B. C.(1985). Hope: Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379-391.

Hamilton, D. (1985). Reminiscence therapy. In G. Bulechek & J. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Treatments for nursing diagnoses* (pp. 139- 151). Philadelphia: Saunders.

Hamilton, D. (1992). Reminiscence therapy. In G. Bulechek & J. Mc-Closkey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (pp. 292-303). Philadelphia: W. B. Saunders.

Herth, K. A. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advancing Nursing*, 15(1), 1250-1259.

Herth, K. A. (1992). Abbreviated instrument measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advancing Nursing*, 17(1), 1251-1259.

Herth, K. A. (2001). Development and implementation of a hope intervention program. *Oncology Nursing Forum*, 28(6), 1009-1017.

Youtube. (2008, August 21). ตั้งคอกไม้บ้าน [Video file]. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=G9wp1-SrFvo>

Youtube. (2013, May 27). ไร่งามมาตรฐาน [Video file]. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=5WH9Gk1VWzM>

Youtube. (2011, February 20). กำลั้งใจ โสภ [Video file]. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=NqJpBieCyZ0>

Youtube. (2010, March 29). ระฆังใจ – ทีวี BAND [Video file]. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=fkr-FW5SIic>

เลขที่แบบสอบถาม.....

- () กลุ่มทดลอง () การประเมินก่อนทดลอง
 () กลุ่มควบคุม () การประเมินหลังทดลอง

คำชี้แจงแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วนดังนี้
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท จำนวน 12 ข้อ
2. แบบสอบถามชุดนี้ไม่มีคำตอบข้อใดถูกหรือผิด โปรดตอบคำถามตามสภาพความเป็นจริงมากที่สุด
3. กรุณาตอบแบบสอบถามทุกส่วนและทุกข้อเพื่อประโยชน์ในการนำข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของท่านไปใช้ในการวิจัยต่อไป ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ()
หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เป็นเส้นประ

1. เพศ

() 1.ชาย

() 2. หญิง

2. อายุ..... ปี

3. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษา

() 4. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ อนุปริญญา

() 5.ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

4. สถานภาพ

() 1. โสด

() 2. สมรส

() 3. หย่า/แยก

() 4. หม้าย

5. ศาสนา

() 1. พุทธ

() 2. คริสต์

() 3. อิสลาม

() 4. อื่น ๆ

6. อาชีพการทำงานในปัจจุบัน

() 1. ไม่ได้ทำงาน

() 2.ทำงาน (ระบุ).....

7. ท่านมีรายได้ต่อเดือนบาท

8. ท่านคิดว่ารายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่

() 1. เพียงพอ

() 2. ไม่เพียงพอ

() 3. เพียงพอและมีเหลือเก็บ

9. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

() 1. ไม่มี

() 2. มี ระบุ.....

10. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านในอดีตเทียบกับปัจจุบันเป็นอย่างไร

- 1. แข็งแรงกว่าเดิม
- 2. แข็งแรงเหมือนเดิม
- 3. อ่อนแอกว่าเดิม

11. ระยะเวลาที่ป่วยเป็น โรคซึมเศร้า นาน.....ปี.....เดือน

12. การรักษาที่ท่านได้รับ (ยา และการรักษาอื่นๆ) (จากแฟ้มประวัติ)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

13. ท่านมีใครที่คอยให้การช่วยเหลือดูแล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. คู่สมรส
- 2. บุตร
- 3. หลาน
- 4. อื่น ๆ (ระบุ)

14. ความรู้สึกเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. รักษาที่ไม่ดีขึ้น
- 2. อับอายที่ป่วยเป็นโรคนี
- 3. รู้สึกเป็นภาระของคนอื่น
- 4. รู้สึกเป็นเวรกรรมที่ต้องชดใช้
- 5. ต้องมีโอกาสดีขึ้น
- 6. อื่น ๆ (ระบุ)

ส่วนที่ 2. แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยในแต่ละข้อความ ที่ตรงกับใจของท่านมากที่สุด ตามความหมายดังต่อไปนี้ โดยคำตอบที่ได้จะไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นพอสมควร
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นพอสมควร
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ข้อ เสนอ แนะ
	(4)	(3)	(2)	(1)	
1. ฉันมีมุมมองชีวิตที่เป็นประโยชน์					
2. ฉันมีเป้าหมายในชีวิตทั้งเป้าหมายระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว					
3. ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนอยู่คนเดียวในโลก					
4. ท่ามกลางความมืดมนในชีวิต ฉันมองเห็นว่ามีแสงสว่างอยู่					
5. ฉันมีสิ่งศรัทธา ที่ทำให้ฉันรู้สึกสบายใจ					
6. ฉันรู้สึกหวาดหวั่นกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต					
7. ฉันสามารถระลึกถึงช่วงเวลาที่มีความสุข					
8. ฉันมีความเข้มแข็งอยู่ภายในลึกๆ					
9. ฉันสามารถให้ และรับความรัก ความเอาใจใส่ดูแล					
10. ฉันมีความรู้สึกว่ามีแนวทางในการดำเนินชีวิต					
11. ฉันเชื่อว่าวันแต่ละวันนั้นมีศักยภาพที่จะทำให้อะไรดีขึ้น					
12. ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันมีคุณค่าและมีราคา					

การแปลผล	คะแนน 12 - 23 คะแนน หมายถึง	มีความหวังอยู่ในระดับต่ำ
	คะแนน 24 - 36 คะแนน หมายถึง	มีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง
	คะแนน 36 - 48 คะแนน หมายถึง	มีความหวังอยู่ในระดับสูง

ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ดิฉัน นางสาวเกษศิริรินทร์ ภู่อเพชร เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า” เพื่อนำผลการศึกษากลับมาใช้ในการเสริมสร้างความหวังให้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า เพื่อที่จะได้มีความสุข และมีความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งท่านเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้การศึกษานี้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการเข้าร่วมกิจกรรม และการให้ข้อมูลของท่าน ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ สำหรับการวิจัยจะเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง จะได้เข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่มในโปรแกรมการระลึกความหลัง โดยมีขั้นตอน การตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความหวัง มีกระบวนการในการทำกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ร่วมกิจกรรมก็จะได้รับแบบสอบถาม ในช่วงแรก และช่วงหลังจากนั้นอีก 5 สัปดาห์ ทั้งนี้หากกลุ่มที่เป็นกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม) ต้องการจะได้รับการวิจัย จะจัดให้ภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย การวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการ การรักษาในสถานบริการสุขภาพและจะไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพของท่าน ชื่อของท่านจะไม่ปรากฏในผลงานวิจัย และข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับทุกประการ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น ท่านมีสิทธิยกเลิก หรือถอนตัวจากงานวิจัยไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล หากท่านมีข้อสงสัยประการใด ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของท่านตลอดเวลา เบอร์โทรศัพท์ 080-0354936, 061-2356511 ดิฉันหวังว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

เกษศิริรินทร์ ภู่อเพชร

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....มีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยนางสาวเกษศิริรินทร์ ภูเพชร นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้อธิบายต่อข้าพเจ้าเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ตามรายละเอียดเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมา

ผู้วิจัยยินดีที่จะตอบข้อสงสัย คำถามใด ๆ ที่ข้าพเจ้าอาจมีตลอดระยะเวลาในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบของการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้ายินยอมด้วยความสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และข้าพเจ้าสามารถที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลตามสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าควรจะได้รับ หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยหรือคำถามใดๆ เกี่ยวกับการศึกษานี้ หรือต้องการคำอธิบายเพิ่มเติมสามารถติดต่อ เบอร์โทรศัพท์ 080-0354936, 061-2356511

ลายมือชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

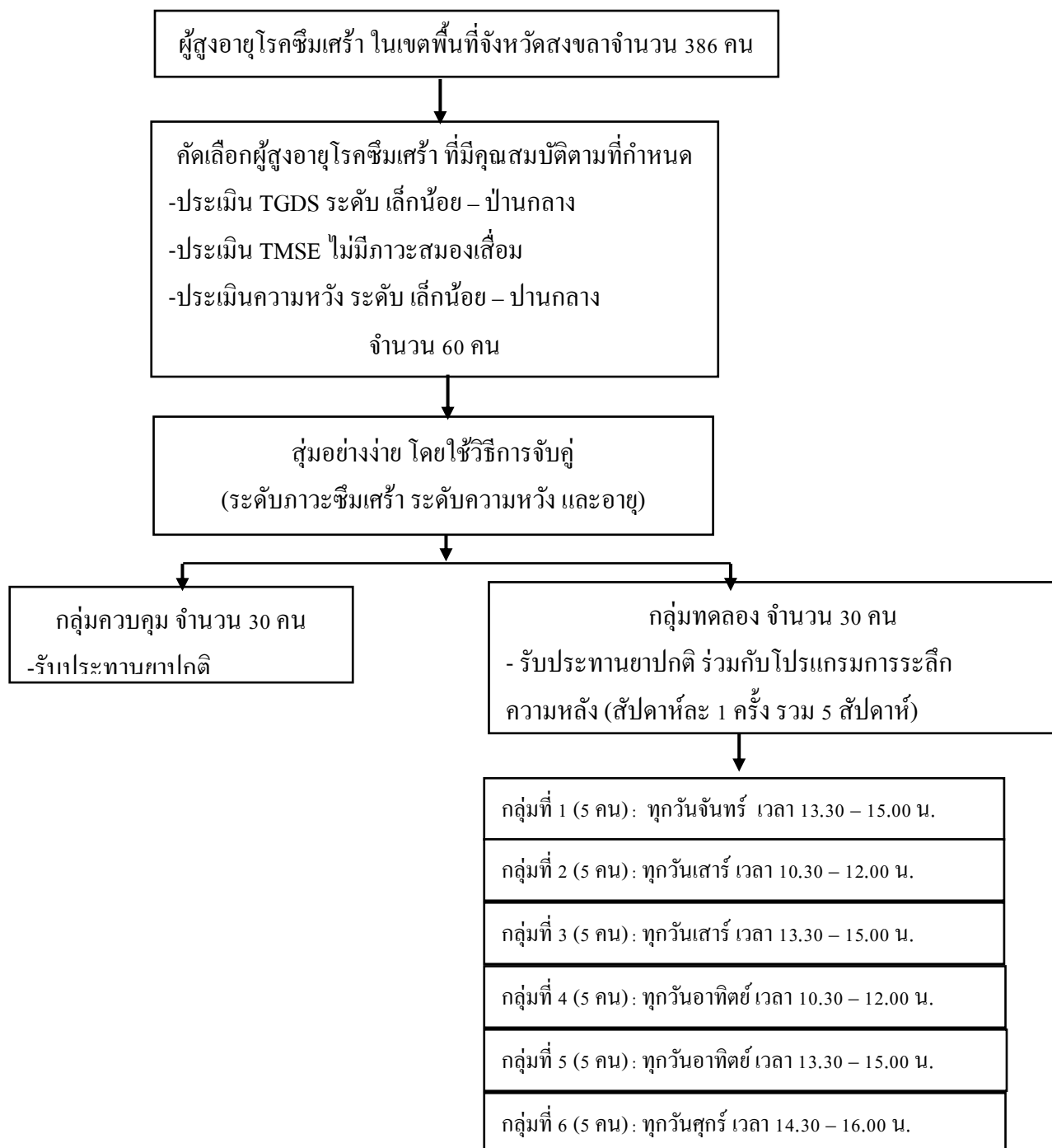
(.....)

ลายมือชื่อ.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ก
ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

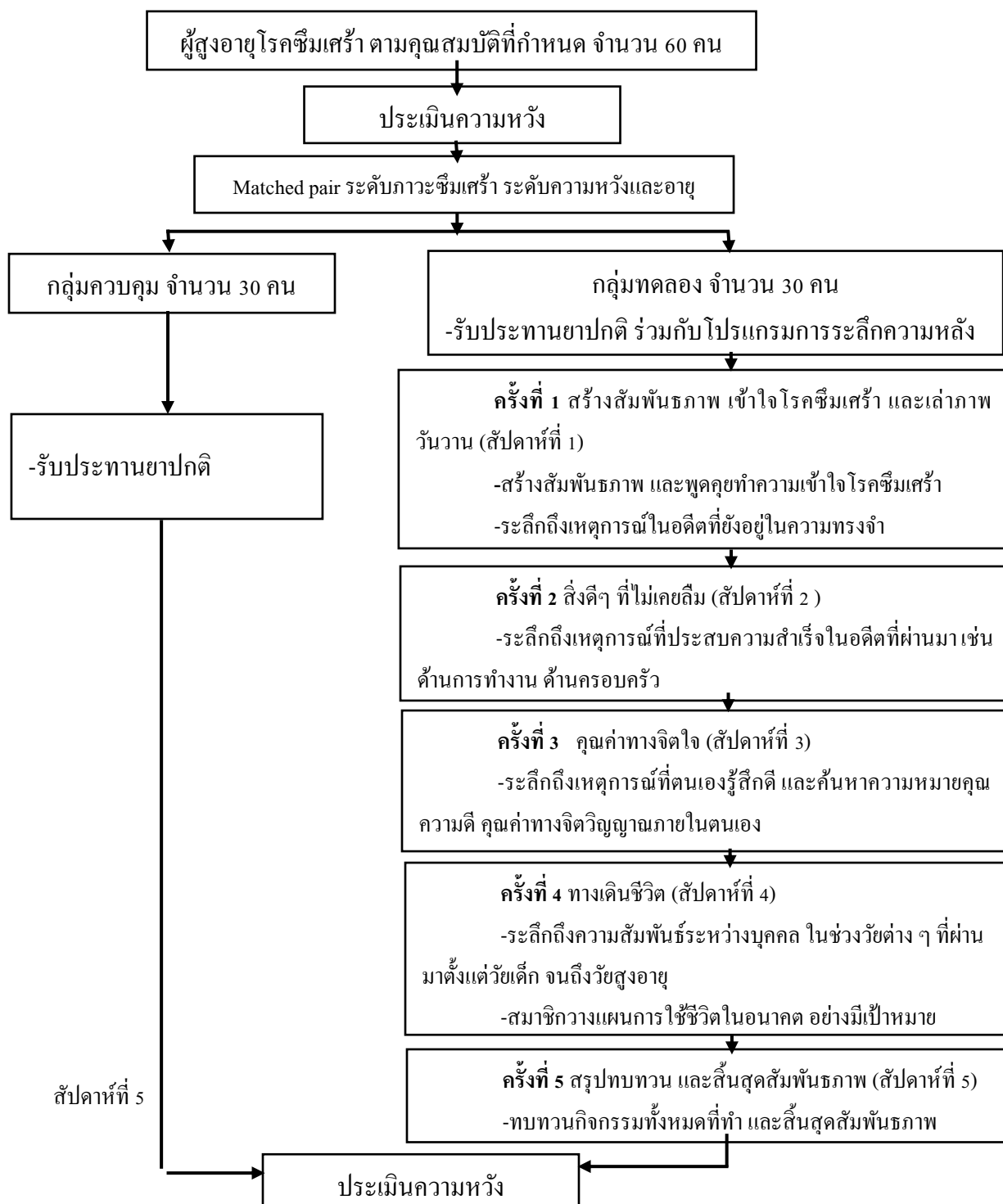
สรุป ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง



ภาพ 3 ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ภาคผนวก ง
ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง



ภาพ 4 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ภาคผนวก จ
การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณขนาดอิทธิพล

กลุ่มตัวอย่างที่เลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติ จำนวน 60 ราย โดยใช้สูตรการคำนวณการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณอิทธิพลค่าความแตกต่างใช้สูตรของโคเฮน (Cohen, 1988) จากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า (วาสนาและรังสิมันต์, 2554)

$$\text{สูตร } ES = \frac{X_C - X_E}{SD_{\text{pool}}}$$

$$SD_{\text{pool}} = \sqrt{SD_C^2 + SD_E^2 / 2}$$

$$= \frac{X_C - X_E}{\sqrt{SD_C^2 + SD_E^2 / 2}}$$

$$= \frac{18.40 - 13.75}{\sqrt{(4.62)^2 + (3.47)^2 / 2}} = \frac{4.65}{\sqrt{21.34 + 12.04 / 2}}$$

$$= \frac{4.65}{\sqrt{16.69}} = 1.14$$

d	คือ ขนาดอิทธิพล
X_E	คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
X_C	คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
SD_E	คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง
SD_C	คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม
SD_{pool}	คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม

จากนั้น นำมาใช้ในการเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ โพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2010) โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการออกจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 20 เปอร์เซนต์ ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คนต่อกลุ่ม รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน

ภาคผนวก ฉ
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

ตาราง 5

การกระจายของข้อมูลคะแนนความหวังของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง (N = 60)

ความหวัง	Skewness			Kurtosis		
	<i>Statistic</i>	<i>SE</i>	<i>z-value</i>	<i>Statistic</i>	<i>SE</i>	<i>z-value</i>
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม						
กลุ่มทดลอง	-0.037	0.427	-0.086	-0.167	0.833	-0.200
กลุ่มควบคุม	-0.172	0.427	-0.402	0.000	0.833	0.000
หลังเข้าร่วมโปรแกรม						
กลุ่มทดลอง	0.293	0.427	0.686	-0.198	0.833	-0.237
กลุ่มควบคุม	0.000	0.427	0.000	0.602	0.833	-0.722

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รศ. ดร.วันดี สุทธรังษี
 อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 วิทยาเขตหาดใหญ่
 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
2. ผศ. ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
 อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
3. นางเสาวภา ปานเพชร
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและ
 สุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
 อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประวัติผู้เขียน**ชื่อ สกุล**

นางสาวเกษศิริินทร์ ภูเพชร

รหัสประจำตัวนักศึกษา

5710421053

วุฒิการศึกษา**วุฒิ****ชื่อสถาบัน****ปีที่สำเร็จการศึกษา**

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

2555

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

