



ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง
ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
**The Effect of Self-guided Cognitive Behavioral Modification Program
on Self-esteem and Depression of Elders with Major Depressive Disorder**

ศิรinya รอดเจริญ

Siranya Rodcharoen

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**

2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง
ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
**The Effect of Self-guided Cognitive Behavioral Modification Program
on Self-esteem and Depression of Elders with Major Depressive Disorder**

ศิรินยา รอดเจริญ

Siranya Rodcharoen

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

2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง
ต่อความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
ที่เป็น โรคซึมเศร้า

ผู้เขียน นางศรินยา รอดเจริญ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีกาญจน์ คงสุวรรณ)

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

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีกาญจน์ คงสุวรรณ)

.....
(ดร.วีณา กั่นนื่อง)

.....กรรมการ
(ดร.วีณา กั่นนื่อง)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน เอกวางกูร)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
(การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งแสง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีกาญจน์ กงสุวรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ

(ดร.วิณา คันนื่อง)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ลงชื่อ

(นางศิรินยา รอดเจริญ)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ

(นางศิรินยา รอดเจริญ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า
ผู้เขียน	นางศิรินยา รอดเจริญ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้าและมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คนได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คนได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และ (4) โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของเบค (Beck, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีการดำเนิน 3 กิจกรรม รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาคได้เท่ากับ .85 ส่วนแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยหาค่าความเที่ยง ด้วยสูตรคูเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR - 20) ได้เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ รวมทั้ง เปรียบเทียบผลการศึกษาโดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) และสถิติทีอิสระ (independent t-test) ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าต่อไป

Thesis Title	The Effect of Self-guided Cognitive Behavioral Modification Program on Self - esteem and Depression of Elders with Major Depressive Disorder
Author	Mrs. Siranya Rodcharoen
Major Program	Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)
Academic Year	2018

ABSTRACT

This quasi-experimental research, two-group pretest-posttest design, aimed to examine the effect of a self-guided cognitive behavioral modification program on self-esteem and depression of elders with major depressive disorder. Participants comprised 60 elders with major depressive disorder who were outpatients at the geriatric psychiatry clinic, Suansaranrom Hospital. They were selected using purposive sampling. Thirty participants were assigned to the experimental group receiving the self-guided cognitive behavioral modification program and thirty participants were assigned to the control group receiving usual care. The research instruments consisted of (1) Demographic questionnaire, (2) Self-esteem Scale, (3) Thai Geriatric Depression Scale, and (4) The Self-guided Cognitive Behavioral Modification Program based on the conceptual framework of cognitive behavioral therapy by Beck (2011) and literature reviews. Each participant attended three sessions conducted over a total duration of four weeks. All research instruments were checked for content validity by three experts and tested in subjects with similar characteristics to those of participants. The reliability of the Self-esteem Scale was tested using Cronbach's alpha Coefficient, yielding a value of .85 and the Thai Geriatric Depression Scale was tested using Kuder-Richardson 20, yielding a value of .87. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and chi-square. The mean difference of self-esteem score and depression score were analyzed using paired t-test and independent t-test. The results revealed that:

1. After completing the program, the experimental group had a mean score of self-esteem significantly higher than that before participating in the self-guided cognitive behavioral modification program ($p < .001$) and significantly higher than that of the control group ($p < .001$)

2. After completing the program, the experimental group had a mean score of depression significantly lower than that before participating in the self-guided cognitive behavioral modification program ($p < .001$) and significantly lower than that of the control group ($p = .005$)

The finding shows that the self-guided cognitive behavioral modification program could increase self-esteem and decrease depression of elders with major depressive disorder. Therefore, nurses could utilize the program to enhance self-esteem and decrease depression symptoms of elders with major depressive disorder.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีจากความกรุณาและความช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิภาญจน์ คงสุวรรณ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ดร.วิณา คันน็อง ที่กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องในกระบวนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้จนสำเร็จด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้คำชี้แนะและเสนอข้อคิดเห็นต่างๆที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา คอยให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล บุคลากรประจำคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ และผู้ช่วยวิจัย ตลอดจนเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่เสียสละรับภาระงานและให้กำลังใจเสมอมาตลอดเวลาที่ศึกษา ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยทุกท่านที่ให้โอกาสในการศึกษาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้อง สามี บุตร และเพื่อนสนิทที่เป็นแรงใจอันยิ่งใหญ่และให้การสนับสนุนช่วยเหลือในทุกๆด้านเสมอมา รวมทั้งเพื่อนๆนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ตลอดจนบุคลากรสายสนับสนุนของคณะพยาบาลทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน และเป็นกำลังใจให้กันจนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และผู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่าน

ศิรินยา รอดเจริญ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
คำถามการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	11
นิยามศัพท์.....	11
ขอบเขตของการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	15
โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	26
แนวคิดเกี่ยวกับการปรับความคิดและพฤติกรรม.....	48
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง.....	53
โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคซึมเศร้า.....	62
สรุปการทบทวน วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	69
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	71
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	71

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	74
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	77
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	79
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	83
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	85
ผลการวิจัย.....	86
อภิปรายผลการวิจัย.....	92
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	103
สรุปผลการวิจัย.....	103
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	105
ข้อเสนอแนะ.....	105
เอกสารอ้างอิง.....	106
ภาคผนวก.....	120
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	121
ข การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	123
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	125
ง ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	166
จ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	168
ฉ เอกสารรับรองการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย.....	171
ช เอกสารรับรองการอบรมด้านการปฏิบัติการพยาบาล.....	173
ซ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	174
ประวัติผู้เขียน.....	175

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	86
2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test).....	89
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test).....	90
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test).....	91
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test).....	92

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
2	แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก.....	47
3	รูปแบบกระบวนการความคิด.....	51
4	ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	73
5	ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	82

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรเป็นสถานการณ์ที่ประเทศต่างๆทั่วโลกกำลังเผชิญ โดยในปีพ.ศ. 2559 ประชากรโลกมีทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมดสำหรับประเทศไทยในปีพ.ศ. 2559 นั้น มีประชากรทั้งหมดประมาณ 65.9 ล้านคน โดยมีประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.5 และในปี 2564 กำลังจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงด้านสาธารณสุขอีกด้วย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) เมื่อคนเราเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้ประสิทธิภาพของร่างกายเสื่อมถอยลง เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ความสามารถในการทำงานและการดูแลตนเองลดลง (ขนิษฐาและหทัยรัตน์, 2559) มีการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางแรงงาน และทางสังคม รวมถึงการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก รายได้ลดลง จากที่เคยเป็นผู้ดูแลทุกคนในครอบครัวกลับกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้กับลูกหลาน (เทพฤทธิ์, จักรกฤษณ์, และอุมาพร, 2554; อรสาและพิรพนธ์, 2554) นอกจากนี้ สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปจากครอบครัวแบบขยายมาเป็นครอบครัวแบบเดี่ยว ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่กันตามลำพัง ขาดความอบอุ่น ขาดที่พึ่ง (ลิวรรณ, 2553) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล น้อยใจ ไม่มีความสุข ไม่ภาคภูมิใจในตนเอง จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, 2560)

โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุใหญ่ที่จะทำให้เกิดความบกพร่องทางด้านสุขภาพในประชากรทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปีค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากร (Disability Adjusted Life Years [DALYs]) เป็นอันดับ 1 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มโรคทางจิตเวช (World Health Organization [WHO], 2018) นอกจากนี้ยังได้รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในระดับชุมชนของกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลกว่ามีความชุกของโรคซึมเศร้าในเพศชายร้อยละ 1.9 และเพศหญิง

ร้อยละ 3.2 และมีอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย (WHO, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 ว่าโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นลำดับที่ 6 ในเพศหญิง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2558) และเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชเพียงโรคเดียวที่ทำให้มีการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ นอกจากนี้กรมสุขภาพจิตได้รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าผู้สูงอายุไทยมีอัตราป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 – 2559 โดยในปี 2559 คิดเป็นร้อยละ 33.84 จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มวัยอื่น (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า, 2560) และจากสถิติผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 – 2560 ก็พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปีเช่นกัน โดยมีสถิติของผู้รับบริการย้อนหลัง 5 ปี เป็นจำนวน 2,078; 2,023; 1,614; 2,257 และ 2,591 รายต่อปีตามลำดับ (งานสถิติและเวชระเบียนโรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2560)

การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุด้วยโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ และยังพ่วงในด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นไม่ดูแลตนเอง สุขภาพเสื่อมลง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ คุณภาพชีวิตลดลง เกิดความรู้สึกเศร้าหมอง หงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย ท้อแท้ขาดกำลังใจ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด รู้สึกตัวเองไร้ค่า คิดว่าทุกอย่างไม่มีทางเยียวยาได้ จนทำให้มีความคิดที่จะทำร้ายตัวเอง คิดถึงแต่เรื่องความตายและอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด (ลิวรรณ, 2553; สาวิตรี, 2559) สอดคล้องกับรายงานของศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า (2560) ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 1.17 และจากรายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 18.61 (กรมสุขภาพจิต, 2560) โดยส่วนใหญ่ผู้ที่ฆ่าตัวตายมักจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีปัญหาสุขภาพและเกิดความเบื่อหน่ายในการดำเนินชีวิตหลังเข้าสู่วัยชรา และรู้สึกไม่มีค่า ไม่อยากเป็นภาระของครอบครัว รวมถึงการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (ศูนย์ป้องกันและบรรเทาภัยแห่งชาติ, 2559) ในขณะที่เดียวกันภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร่ายังส่งผลกระทบต่อให้เกิดการเสื่อมถอยลงทางด้านร่างกาย ความคิด ความจำและความสามารถทางสังคม คุณภาพชีวิตลดลง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ความคิดบิดเบือนไป ประกอบกับขาดความรู้ในการดูแลโรคที่ตนเองเป็นอยู่ทำให้ไม่สามารถปรับตัวและจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยพื้นฐานหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตในสังคม

(อุดมลักษณ์, 2554) และยังเป็นปัจจัยปกป้อง (protection factors) ที่จะช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้าได้อีกด้วย (มูจรินทร์และรังสิมันต์, 2559)

โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ อาทิเช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง (จารุวรรณ, 2559; นภา, 2555) เหตุการณ์สำคัญต่างๆ ในชีวิต โดยเฉพาะการสูญเสียบทบาททางสังคม สูญเสียบุคคลใกล้ชิดและคู่อุปการะ การแยกจากของบุตรหลาน (เทพฤทธิ์, จักรกฤษณ์, และอุมาพร, 2554; รสพรและพิรพนธ์, 2558) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรงทางด้านร่างกาย ทำให้นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง (วิไลวรรณ, 2558) ทางด้านอารมณ์พบว่ามีอาการเศร้า เบื่อหน่าย หงุดหงิด ไม่อยากทำอะไร (พิชัยและศิริไชย, 2558) ด้านพฤติกรรม มักจะแยกตัว มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมน้อยลง เชื่องช้าลง แต่บางรายอาจพบว่ากระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง และทางด้านความคิดผู้สูงอายุมักจะคิดช้าลง ไม่มีสมาธิ เหม่อลอย ลังเลใจ ไม่สามารถคิดตัดสินใจได้ รู้สึกไร้ค่า บางครั้งรู้สึกผิด ต่ำหน้าตนเองว่าเป็นภาระต่อลูกหลานและสังคม (พิรพนธ์, 2553) ซึ่งอาการทั้ง 4 ด้านมักจะมีเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน (สายฝน, 2554) โดยผู้สูงอายุจะครุ่นคิดแต่เรื่องของตนเองและมักเป็นไปในทางลบ ลักษณะของการคิดวนเวียนซ้ำๆ และนำไปสู่ความซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง สอดคล้องกับแนวคิดของเบค (Beck, 1979) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า เกิดจากการสะสมความคิด การรับรู้และความรู้สึกทางลบไว้กับตนเอง ซึ่งเป็นความคิดที่บิดเบือนจากความจริง 3 ประการ (cognitive triad of depression) ต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าหมอง หงุดหงิด เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดกำลังใจ ล้มเหลว มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด รู้สึกไม่มีค่า ไม่มีใครต้องการ มีแต่ความทุกข์ไม่สามารถเยียวยาได้ ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเป็นอาการแสดงที่เด่นชัดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า เพราะผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีความคิดด้านลบต่อตนเองอยู่เสมอ มักจะประเมินตนเองในทุกๆ ด้านเป็นเชิงลบ ทั้งด้านความมั่นใจ ด้านความสามารถ และด้านความพึงพอใจ การประเมินตนเองไปในทางลบจะส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง ไปด้วย (Rosenberg, 1979) สอดคล้องกับการศึกษาของมูจรินทร์และรังสิมันต์ (2559) ที่อธิบายว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.318, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าหากผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง และหากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามลดลงจะส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางในการบำบัดรักษาและการดูแลโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่ามียุทธศาสตร์รูปแบบ เช่น การบำบัดรักษาด้วยยา จิตบำบัดสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญญา การบำบัดพลวัตทางจิตแบบย่อ และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยมีเป้าหมายในการบำบัดรักษาเพื่อการประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ดูแลความปลอดภัย ลดความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ป้องกันความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ดี (ฉันทย์, 2558; ดาราวรรณ, 2556; พิชัยและศิริไชย, 2558; พีรพนธ์, 2553; Chiu, Ames, Draper, & Snowdon, 2009; Steffens, Blazer, & Beyer, 2014) การปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral modification) เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้างการบำบัดที่ชัดเจน โดยมุ่งเน้นการแก้ไขกระบวนการคิดที่บิดเบือน ไปจากความเป็นจริงและก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองความคิดแบบอื่นที่เป็นจริงและมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น (Beck, 2011) จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ผลของการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและปานกลาง (วรรณช, ดาราวรรณ, และวิลาวัณย์, 2560) และได้มีการนำวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลายในการบำบัดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้วิธีในการแก้ปัญหา แก้ไขความคิดทางลบต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต ซึ่งเป็นความคิดที่บิดเบือน รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางลบให้ผู้สูงอายุกลับมาแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม (Beck, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (เชาวนีและอุมพร, 2554)พบว่าหลังการใช้โปรแกรมผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีระดับความซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ การวิจัยของวัชรวิและรังสิมันต์ (2557) ที่ศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังการบำบัดต่ำกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้จากการศึกษาวิจัยประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศนั้น (เชาวนีและอุมพร, 2554; บุศรา, ภรภัทร, และชนัดดา, 2560; วัชรวิและรังสิมันต์, 2557; Williams et al., 2013) พบว่ารูปแบบของการบำบัดที่มีประสิทธิผลประกอบด้วยการบำบัด 5 – 10 ครั้ง ส่วนความถี่ในการบำบัดอย่างน้อย 1 สัปดาห์ต่อครั้ง และเป็นการมาพบกับผู้บำบัดที่คลินิกเป็นส่วนใหญ่

ซึ่งรูปแบบดังกล่าวไม่เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเดินทางและภาระค่าใช้จ่ายในการมารับการบำบัดที่คลินิก จากข้อจำกัดดังกล่าวจึงมีการพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบที่ช่วยลดปัญหาค่าใช้จ่ายและการเดินทางมาพบผู้บำบัดโดยตรง ดังเช่นการศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมผ่านทางโปรแกรมอินเทอร์เน็ตในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง พบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอย่างมากต่อการบำบัดรูปแบบนี้ เพราะมีประโยชน์ ช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย และช่วยลดอัตราการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่างได้อีกด้วย (Richards et al., 2014) และในประเทศไทย ดารารวรรณ, สมบัติ, วรรณช, และเชาวณี (2559) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของคู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา พบว่าภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีการลดลงและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในทุกระยะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองและต้นทุนของการบำบัดโดยใช้คู่มือยังต่ำกว่าการดูแลตามมาตรฐานอีกด้วย และจากการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางโปรแกรมอินเทอร์เน็ตและการใช้คู่มือช่วยเหลือตนเองเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่ายังไม่มีการนำรูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าเลย นอกจากนี้ยังไม่พบว่ามีการศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อการเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยตรง มีเพียงการศึกษาในกลุ่มอื่นๆ ดังการศึกษาผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ Beck ช่วยให้ค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (บุบผาทิพย์, 2556) นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุพบว่า การปรับความคิดและพฤติกรรมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความคิดด้านบวกต่อตนเอง การมองชีวิตด้านบวกจะทำให้มีความสุข ไม่เครียด ไม่เหงา และได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น (สุพรรณษา, จินห์จุฑา, ภรภัทร, และเวทิส, 2559)

สำหรับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามารับบริการการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โดยจะได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานแนวทางการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุแบบผู้ป่วยนอก คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าทุกรายจะได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาซึ่งเป็นการบำบัดรักษาหลัก

ร่วมกับการให้ความรู้และคำแนะนำจากพยาบาลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นการให้การพยาบาลตามปกติ ส่วนในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีประเด็นยุ่งยากซับซ้อน จะได้รับการบำบัดรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ การให้การปรึกษาในภาวะวิกฤติ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และจิตบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งวิธีการบำบัดรักษาจะแตกต่างกัน ในผู้ป่วยแต่ละรายตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด (คณะกรรมการพัฒนาวิชาการและระบบบริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ในระดับสูงกว่าคดียมิ, 2557) แต่จากรายงานการติดตามการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ของคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 30 – 40 มีอัตราการขาดนัด หรือมาไม่ตรงนัดเนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น อาการของโรคประจำตัวกำเริบ ความไม่สะดวกในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการแต่ละครั้งจำนวนมาก ความพร้อมของผู้ดูแลในผู้สูงอายุนายที่ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการเดินทางมารับบริการ ส่งผลให้กระบวนการบำบัดรักษาไม่เป็นไปตามแผนที่ไว้วาง (คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ, 2560) นอกจากนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีประเด็นยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งได้รับการบำบัดรักษาทางจิตสังคมก็พบว่าผู้สูงอายุมักจะไม่มาตามนัด และมารับการบำบัดไม่ครบจำนวนครั้งตามขั้นตอนของการบำบัดที่กำหนดไว้เช่นกัน จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการบำบัดรักษาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ยังมีโอกาสในการพัฒนา โดยเฉพาะการบำบัดรักษาทางจิตสังคม เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น (ศิริวรรณ, 2543)

ดังนั้นผู้วิจัยในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตและมีหน้าที่ในการให้การพยาบาลดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จึงสนใจที่จะนำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : [CBT]) ของเบค (Beck, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ (Knowles อ้างตามอาชญญา, 2559) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีการปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง โดยเฉพาะการประเมินว่าตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่า เป็นภาระต่อลูกหลานและผู้อื่น ให้เป็นความคิดความรู้สึกต่อตนเองในรูปแบบอื่น ๆ มองเห็นถึงคุณค่าของตนเองตามสภาพความเป็นจริง เป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น โดยมีคู่มือมาประกอบการเรียนรู้ ผู้สูงอายุเรียนรู้วิธีการปรับความคิดและพฤติกรรมจากคู่มือที่ได้รับ และปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆด้วยตนเอง โดยคู่มือที่นำมาใช้ควรปรับเปลี่ยนรูปแบบให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน มีเนื้อหาที่ครอบคลุมและเพียงพอต่อความเข้าใจของผู้สูงอายุ

มีขั้นตอนในการปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นขั้นเป็นตอน มีการใช้ภาษาและขนาดของตัวอักษรที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และมีการทำความเข้าใจในการใช้คู่มือร่วมกับผู้บำบัดในระยะต้นๆ ร่วมกับการให้ความช่วยเหลือเป็นบางช่วง จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำคู่มือในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ได้จริง มองเห็นศักยภาพของตนเองในด้านการเรียนรู้และด้านการปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง ตลอดจนมีแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยลดการพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่าและใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข รวมถึงช่วยลดปัญหาค่าใช้จ่ายและความไม่สะดวกในการเดินทางมาพบผู้บำบัดที่โรงพยาบาล การมารับการบำบัดไม่ครบตามขั้นตอนของการบำบัด และช่วยเพิ่มการเข้าถึงการบำบัดรักษาทางจิตสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่ อย่างไร
2. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามั่ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่ อย่างไร

3. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรมด้วยตนเองมีคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

4. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรมด้วยตนเองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาเป็น โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ด้วยตนเอง โดยใช้กรอบแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT) ของเบค (Beck, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการปรับ ความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง (คาราวรรณและคณะ, 2559; วัลภาและปาริชาติ, 2558) และการปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ (บุศราและคณะ, 2560; วัชรวิและรังสิมันต์, 2557) และการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ (Knowles อ้างตามอาชญญา, 2559)

แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของเบค (Beck, 2011) เชื่อว่าผู้ป่วย โรคซึมเศร้ามีความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (dysfunctional thinking) ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรม ดังนั้นแนวทางในการบำบัด คือ ให้ผู้ป่วยประเมิน (evaluate) ความคิด ให้ถูกต้องตามความเป็นจริงหรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ (realistic) อารมณ์และพฤติกรรม ของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น โดยมีหลักในการบำบัด 3 ประการ ดังนี้

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ คือ การให้ผู้ป่วยให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระร่างกาย โดยใช้รูปแบบความคิด (cognitive model) และรูปแบบความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ (interaction model) มาช่วยในการ ค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มักทำให้เกิดปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมและรู้สึกเป็นทุกข์

2. การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ คือ การพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติ ด้านลบในแง่ของความถูกต้องตามความเป็นจริง (validity) และประโยชน์ของความคิดนั้น (utility)

โดยหาหลักฐานเพื่อมาสนับสนุน หรือ โต้แย้งความคิดที่ค้นพบว่า เป็นความคิดที่บิดเบือน หรือความคิดที่เป็นจริง

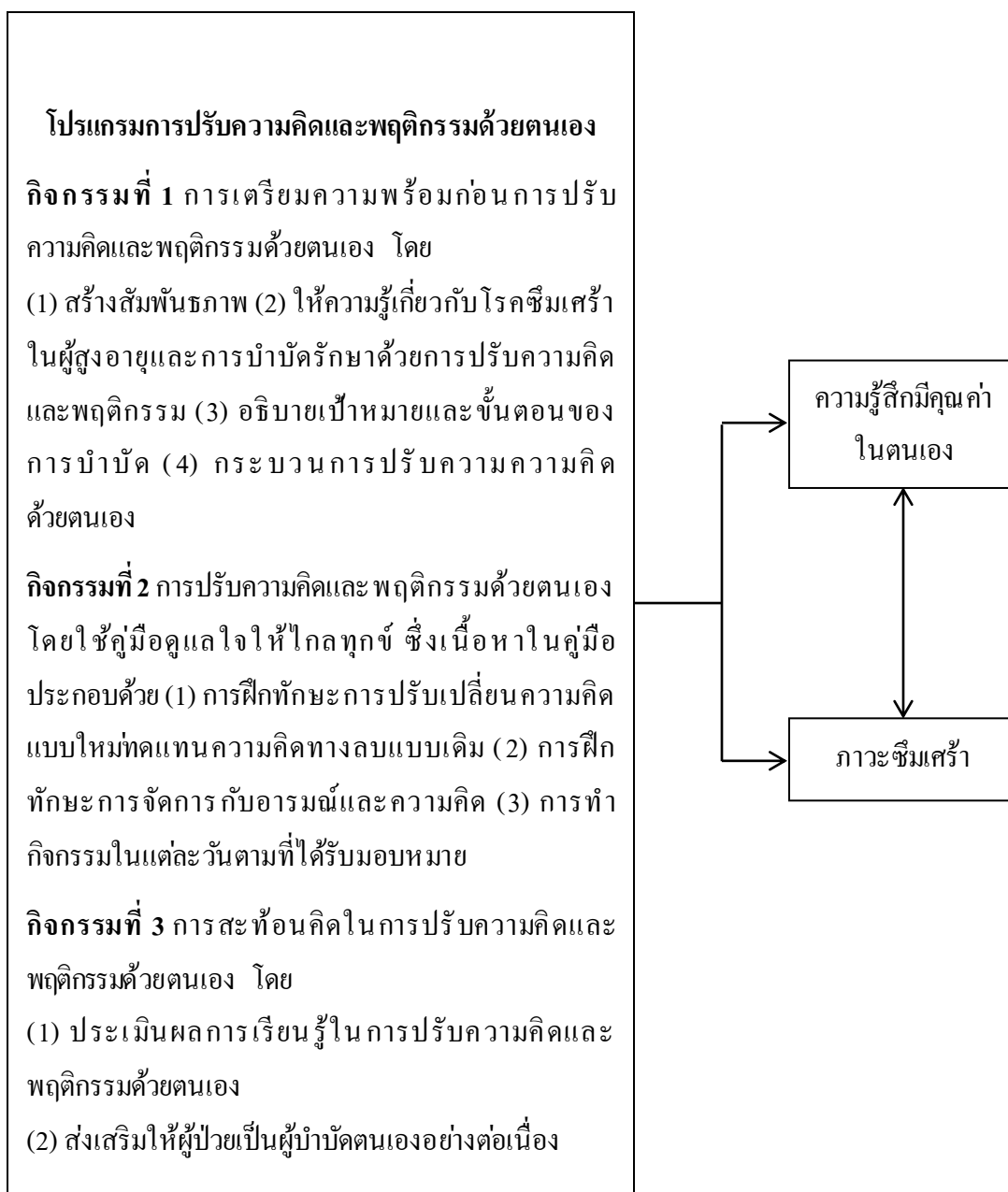
3. การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าอาจเป็นจริงบางส่วนแต่ไม่มีประโยชน์ เป็นการสร้างความทุกข์ ให้กับตัวผู้ป่วย ไปสู่ความคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริงและมีประโยชน์ โดยการใช้นวัตกรรม การปรับความคิดและการปรับพฤติกรรมเข้ามาช่วยเพื่อให้อารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้นด้วย

การนำการปรับความคิดและพฤติกรรมมาทำเป็นคู่มือประกอบการเรียนรู้ โดยให้ ผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการเรียนรู้และลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ส่งผลให้ ผู้รับการบำบัดมองเห็นศักยภาพที่มีในตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น มีแนวทางในการแก้ไขปัญหา ด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ไม่แตกต่างจากการบำบัดแบบตัวต่อตัวที่คลินิก (คาราวรรณและคณะ, 2559; วัลภาและปาริชาติ, 2558; Richards et al., 2014) สามารถช่วยแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการและมีประสิทธิผลในการลด ต้นทุนการรักษาได้อีกด้วย (คาราวรรณและคณะ, 2559; Richards et al., 2014)

นอกจากนี้การเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุจะเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการเรียนรู้ อ่านทบทวนความรู้และลงมือปฏิบัติด้วย ตนเองในการดูแลตนเอง โดยใช้คู่มือประกอบการเรียนรู้และการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่มีส่วน เกี่ยวข้องเป็นแหล่งทรัพยากรที่เอื้อสำหรับการเรียนรู้เพียงเล็กน้อย การเรียนรู้ด้วยตนเองทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุด้านพฤติกรรมได้อย่างถาวร (อาชญญา, 2559)

ดังนั้นโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง จะเป็นกระบวนการ ในการช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้ในการค้นหาความคิดที่ทำให้มีผลต่อ ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นเพื่อการปรับเปลี่ยน ความคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริงและมีประโยชน์ และปรับพฤติกรรมให้มีความเหมาะสม นำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติดูแลตนเอง มีการปรับตัวและมีแนวทางในการจัดการแก้ไข ปัญหา มีแหล่งช่วยเหลือหรือสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้ดียิ่งขึ้น ก่อให้เกิดความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและช่วยลดภาวะซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัยที่นำมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้ แสดงดังภาพ 1



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นิยามศัพท์

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง หมายถึง รูปแบบการดำเนินกิจกรรมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้แนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: [CBT]) ของเบค (Beck, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง (ดารารวรรณและคณะ, 2559; วัลภาและปาริชาติ, 2558) และการปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ (บุศราและคณะ, 2560; วัชรีย์และรังสิมันต์, 2557) การเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ (Knowles อ้างตามอาชญญา, 2559) และการพัฒนาความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในผู้สูงอายุ (กรมสุขภาพจิต, 2552; กรมสุขภาพจิต, 2558ก; ชูติเดช, 2554; สิรินทร, 2552) โดยเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยให้เรียนรู้และฝึกทักษะในการค้นหาและตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ร่วมกับการแก้ไขความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น โดยมีคู่มือในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองเพื่อเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้า โดยรูปแบบของโปรแกรมเป็นการดำเนินกิจกรรมรายบุคคล จำนวน 3 กิจกรรม คือ (1) การเตรียมความพร้อมก่อนการปรับความคิดและพฤติกรรม (2) การปรับ

ความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์ และ (3) การประเมินผลการปรับความคิดและพฤติกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองทั้งในทางบวกและทางลบด้านความมั่นใจ ความพึงพอใจ และการเคารพตนเอง วัดโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยเยาวลักษณ์ (2529)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากสภาวะจิตใจที่หม่นหมอง เศร้าสร้อย หดหู่ มองโลกในแง่ร้าย แสดงออกได้ทั้งทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และร่างกาย วัดโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537)

ผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้า รหัส F32 และ F33 ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (WHO, 2016)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยพยาบาลประจำคลินิกจิตเวชสูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ประกอบด้วยทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและคำแนะนำในการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยใช้การพูดคุยและหรือแจกเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest - posttest design) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า อายุ 60 – 69 ปี มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และมารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2561 เท่านั้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับแบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย

ผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้ามีแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2. ด้านการดูแล

มีแนวทางในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้าโดยการนำโปรแกรม การปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองมาใช้ในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดภาวะซึมเศร้า

3. ด้านหน่วยงาน

มีนวัตกรรมทางการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้าและมีข้อจำกัด ในการมารับการบำบัดในสถานบริการ สามารถเข้าถึงการบริการได้มากขึ้น

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง และสรุปสาระสำคัญเป็นประเด็น ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายและการแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
 - 1.3 ความต้องการของผู้สูงอายุ
 - 1.4 การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ
2. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า
 - 2.2 การวินิจฉัยและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 2.3 ปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 2.4 แนวทางการบำบัดรักษาและการดูแลโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 2.5 เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 2.6 การบำบัดรักษาและการดูแลโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
3. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับความคิดและพฤติกรรม
 - 3.1 ความหมายของการปรับความคิดและพฤติกรรม
 - 3.2 แนวคิดและทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม
 - 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับความคิดและพฤติกรรม
4. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
 - 4.1 ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
 - 4.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
 - 4.3 การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
 - 4.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
 - 4.5 การพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

5. โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
6. สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายและการแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มประชากรที่มีอายุตามปีปฏิทินตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (WHO, 2009) และมีสุขภาพดีไทย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจไปในทางที่เสื่อมลง มีบทบาททางสังคมและกิจกรรมในการทำงานหรือการประกอบอาชีพลดลง (รศรินทร์, อุมารณ, เฉลิมพล, และเรวดี, 2556)

การแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุมีหลายรูปแบบด้วยกันขึ้นอยู่กับความแตกต่างกันในแต่ละสังคม โดยองค์การอนามัยโลกมีการแบ่งช่วงเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุที่เพิ่มขึ้นในลักษณะของการแบ่งเป็นช่วงอายุ (WHO, 2009) คือ

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี
2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 – 90 ปี
3. คนชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

สำหรับสังคมไทยจากพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 - 69 ปี) เป็นช่วงที่ยังมีพลังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดูแลตนเองได้ พึ่งพาตนเองได้
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) เริ่มขึ้นสู่วัยเสื่อม เป็นช่วงที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เข้าสู่วัยเสื่อม เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ

ส่วนนักชราวิทยาได้แบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์ตามลักษณะจิตสังคม (ศรีเรือน, 2545) แบ่งช่วงวัยออกเป็น 4 ช่วง คือ

1. ช่วงไม่ค้อยแก่ (the young-old) อายุ 60 - 69 ปี เป็นช่วงที่มีความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การสูญเสียบทบาททางสังคม การเกษียณอายุ การจากไปของบุคคลใกล้ชิด รายได้ลดลง โดยทั่วไปยังมีความแข็งแรง มีสมรรถภาพด้านต่างๆใกล้เคียงกับวัยกลางคน อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้างในบางราย สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆร่วมกับบุคคลในครอบครัวและในสังคมได้

2. ช่วงแก่ปานกลาง (the middle - aged old) อายุ 70 - 79 ปี เป็นช่วงที่เริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวจากไปมากขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง

3. ช่วงแก่จริง (the old - old) อายุ 80 - 90 ปี ความสามารถในการปรับตัวที่เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมเริ่มยากขึ้น ต้องการความช่วยเหลือจากกลุ่มวัยอื่นมากขึ้น ย้อนนึกถึงอดีตเพิ่มขึ้น

4. ช่วงแก่จริงๆ (the very old - old) อายุ 90 - 99 ปี ผู้ที่มีอายุยืนถึงขั้นนี้มีจำนวนค่อนข้างน้อย เป็นระยะที่มักมีปัญหาทางสุขภาพ ผู้สูงอายุในวัยนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการแข่งขัน ไม่มีการบังคับเรื่องเวลา ควรทำกิจกรรมตามความสนใจ และเป็นช่วงระยะแห่งความสุขสงบของชีวิต

นอกจากนี้มีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการทำหน้าที่ โดยอาศัยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเป็นเกณฑ์ในการประเมินและแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [สปสช.], 2559) คือ

1. กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย/ไม่มีภาวะพึ่งพาหรือติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/ชุมชนได้ อาจมีโรคเรื้อรังแต่ควบคุมได้ มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Modified Barthel Activities of Daily Living Index, BAI) อยู่ระหว่าง 12 - 20 คะแนน

2. กลุ่มที่พึ่งพาบางส่วน/ส่วนใหญ่หรือติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบางส่วน อยู่ในบ้านทำกิจวัตรประจำวันได้ อาจมีโรคเรื้อรังและโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว ไม่สามารถไปมาได้โดยอิสระ ออกนอกบ้านต้องพึ่งพา มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BAI) อยู่ระหว่าง 5 - 11 คะแนน

3. กลุ่มที่พึ่งพาทั้งหมดหรือติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีโรคประจำตัวหลายโรค มีภาวะแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยระยะสุดท้าย พิกัดหรือทุพพลภาพ มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BAI) อยู่ระหว่าง 0 - 4 คะแนน

สรุปได้ว่าการแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุโดยการแบ่งเป็นแต่ละช่วงวัย ค่อนข้างใกล้เคียงกัน ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามช่วงวัยของสังคมไทย และตามความสามารถในการทำหน้าที่ มาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

คือ ผู้สูงอายุวัยต้นช่วงอายุตั้งแต่ 60 – 69 ปี และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย/ไม่มีภาวะพึ่งพา โดยพิจารณาจากค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BAI) อยู่ระหว่าง 12 – 20 คะแนน

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ สามารถสรุปการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุได้ 3 ด้านดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2558ก; ทศพร, 2560; ทีปภา, 2558; พรรณธร,คารุณี, และอรพิน, 2555; เพลินพิศ, 2559; วิไลวรรณ, 2558ก)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังจะบางลง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ผิวหนังเหี่ยว ไขมันใต้ผิวหนังลดลงทำให้ทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ผิวหนังแห้งและแตกง่าย (ทีปภา, 2558)

1.2 ระบบประสาทและระบบสัมผัส เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง ปฏิกริยาการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ (เพลินพิศ, 2559) ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ ความกระตือรือร้นน้อยลง แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง การมองเห็นไม่ดี สายตายาวขึ้น การมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดี การผลิตน้ำตาลดลงทำให้ตาแห้งและระคายเคืองต่อเชื้อบุตาได้ง่าย (วิไลวรรณ, 2558ก) การได้ยินลดลง หูตึงมากขึ้น เนื่องจากมีการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นใน หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว มีผลทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะและการเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว การดมกลิ่นไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูกต่อมรับรสทำหน้าที่ลดลง การรับรสของลิ้นเสียไปส่งผลให้รับประทานอาหารไม่อร่อย รู้สึกเบื่ออาหาร (ทีปภา, 2558)

1.3 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง การเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆไม่คล่องตัว กระดูกมีน้ำหนักรลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย น้ำไขข้อลดลง การเคลื่อนไหวข้อต่างๆไม่สะดวก เกิดการตึงแข็งอักเสบและติดเชื้อง่าย โดยเฉพาะข้อเข่า ข้อสะโพกและข้อกระดูกสันหลัง (พรรณธรและคณะ, 2555)

1.4 ระบบการไหลเวียนโลหิต หลอดเลือดเกิดภาวะเสื่อม ผังหลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น มีแคลเซียมและไขมันเกาะมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวและความดันโลหิตสูงขึ้น เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลงทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ได้ (ทีปภา, 2558)

1.5 ระบบทางเดินหายใจ ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจลดลง การขยายและการหดตัวของปอดลดลง ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้ง่าย (ทีปภา, 2558)

1.6 ระบบทางเดินอาหาร พลังของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวก การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและกระเพาะอาหารลดลง อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น ทำให้รู้สึกหิวน้อยลง น้ำย่อยและเอนไซม์ในกระเพาะอาหารลดลง ถ้าใส่เคลื่อนไหวน้อยลง ท้องผูกได้ง่าย (เพลินพิศ, 2559)

1.7 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุมีขนาดของไตลดลง การไหลเวียนโลหิตในไตลดลง ขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้มีปริมาณปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น ต้องถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น ในเพศชายต่อมลูกหมากโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบาก ส่วนในเพศหญิง รังไข่จะฝ่อเล็กลง สารหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลงทำให้เกิดอาการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อน ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (วิไลวรรณ, 2558ก)

1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และทำงานลดลง ผลิตฮอร์โมนต่างๆ ลดลง ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง เกิดโรคของต่อมไร้ท่อเช่นเบาหวานมากขึ้น (พรพรรณและคณะ, 2555)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและด้านสังคม เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว การสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายและรูปร่างหน้าตาที่เปลี่ยนแปลงไป หากผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวหรือยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จะทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา ได้แก่ ความรู้สึกโดดเดี่ยว เหงา เบื่อหน่าย ไร้ค่า หวั่นไหว วิตกกังวล และซึมเศร้า เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2558ก; ทศพร, 2560)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ผู้สูงอายุต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมากมาย เช่น การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ในอดีตผู้สูงอายุเคยเป็นผู้นำครอบครัว มีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ มีรายได้ แต่เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุมีการเกษียณอายุการทำงานหรือถูกลดบทบาทหน้าที่ลง รายได้ลดลง แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป มีข้อจำกัดทางร่างกาย

ทำให้ความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว สภาพสังคมที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยายและวัฒนธรรมทางตะวันตก เข้ามามีบทบาทในสังคมไทยมากขึ้น ส่งผลให้เกิดช่องว่างระหว่างความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ กับผู้อ่อนวัยกว่ามีมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่ง (กรมสุขภาพจิต, 2558ก; ทศพร, 2560; เพลินพิศ, 2559)

สรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมของผู้สูงอายุ เช่น ความเจ็บป่วยทางกายเกิดโรคเรื้อรัง การไม่สามารถทำงานได้เช่นเดิม รายได้ลดน้อยลง ความสูญเสียด้านต่างๆ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก บทบาททางสังคมลดลง ช่วยเหลือตนเอง ได้น้อยลง ต้องพึ่งพิงมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองลดลงและส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าได้

ความต้องการของผู้สูงอายุ

บุคคลเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยท้ายของชีวิตที่สภาพร่างกาย จิตใจ และ สถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ เป็นช่วงที่ควรได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ ประคับประคอง และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุจากคนในครอบครัว คนในชุมชน และจากภาครัฐตามความต้องการโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ 4 ด้าน ดังนี้ (ชลลดา, 2541; ศิริพันธุ์, 2551; ศิริวรรณ, 2543; ศิรินทร, 2552)

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานด้านปัจจัย 4 ได้แก่ ความต้องการอาหาร การขับถ่าย การนอนหลับพักผ่อน การมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย การมีเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสมตามฤดูกาล และต้องการการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นควรตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย โดยดูแลเอาใจใส่เรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน นอนหลับ จัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้เหมาะสมตามฤดูกาล แบ่งเบาภาระเรื่องงานในบ้าน พาผู้สูงอายุไปปรับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จัดหาอุปกรณ์และ สิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ เช่น แวนตา ไม้เท้า เครื่องช่วยฟัง เป็นต้น (ศิริพันธุ์, 2551)

2. ความต้องการทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุต้องการความรักความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ การเคารพยกย่อง การยอมรับนับถือ การแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ การเห็นอกเห็นใจ

และการให้เกียรติ ส่วนการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ ทำได้โดยเอาใจใส่พูดคุยอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรักความเคารพ ยกย่อง ขอมรับนับถือ แสดงออกให้ผู้สูงอายุรู้ว่าตนเองยังมีคุณค่า ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เช่น การพาผู้สูงอายุไปท่องเที่ยวตามโอกาสและสถานที่ที่เหมาะสม จัดกิจกรรมที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมวันผู้สูงอายุแห่งชาติ (สิรินทร, 2552)

3. ความต้องการทางด้านสังคม ผู้สูงอายุยังต้องการมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การพบปะกับบุคคลอื่น การร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น การตอบสนองความต้องการทางด้านสังคมด้วยการแสดงความยินดีที่จะพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางสังคมตามที่ผู้สูงอายุต้องการ และสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณี และกิจกรรมทางศาสนา การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น (ศิริวรรณ, 2543)

4. ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใช้เงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับตนเอง รวมทั้งเป็นค่ารักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย การช่วยเหลือในกิจกรรมทางสังคม และการทำบุญ ผู้สูงอายุต้องการช่วยเหลือด้านสวัสดิการจากภาครัฐมากกว่าคนในครอบครัว สำหรับการตอบสนองความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ทำได้โดยรับภาระค่าใช้จ่าย การช่วยเหลือด้านการเงินอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ ไม่ควรให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในด้านค่าใช้จ่ายเพื่อการเลี้ยงชีพตนเอง และการรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย (ชลลดา, 2541)

โดยสรุปความต้องการของผู้สูงอายุมี 4 ด้าน คือ ความต้องการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุควรมีการสนับสนุนช่วยเหลือและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุทุกด้านตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตน

การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ

การเรียนรู้ คือ กระบวนการที่บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร อันเนื่องมาจากประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติ การลงมือกระทำ (อาชัญญา, 2559) ในขณะที่การเรียนรู้ของผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยหนุ่มสาว ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ แต่การจดจำหรือเข้าใจสิ่งเรียนรู้ใหม่อาจช้ากว่าคนหนุ่มสาว เนื่องจากผลของการเปลี่ยนแปลง

ด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ (ศรีเรือน, 2545; อาชญญา, 2559) ดังนั้นในการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุควรคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การเรียนรู้ควรจะเป็นแบบเฉพาะเจาะจง เหมาะสมกับช่วงวัย เรียนรู้เพื่อพัฒนาหรือตอบสนองความต้องการด้านต่างๆของผู้สูงอายุ เรียนรู้ผ่านประสบการณ์หรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน กิจกรรมการเรียนรู้อาจเป็นเรื่องใหม่ๆที่ไม่ซ้ำกับสิ่งที่ผู้สูงอายุเคยเรียนรู้มาแล้ว เพราะจำทำให้ขาดแรงจูงใจในการเรียนรู้

2. การเรียนรู้ควรเป็นแบบไม่เร่งรัดเป็นไปตามความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล เพราะการเรียนรู้แบบเร่งรัดจะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปเก็บในคลังความจำได้หรือไม่สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ออกจากคลังความจำมาใช้ได้

การเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ

การเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ เป็นการจัดการประสบการณ์การเรียนรู้เฉพาะของบุคคล (Griffin อ้างตามปาลิดา, 2551) ผู้สูงอายุจะเป็นผู้รับผิดชอบการเรียนรู้ของตนเอง โดยการกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ที่ชัดเจน มีแหล่งทรัพยากรที่เอื้อสำหรับการเรียนรู้ เช่น การใช้หนังสือประกอบการเรียนรู้ หรืออาจจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง วางแผนและควบคุมกิจกรรมการเรียนรู้ของตน และประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง (อาชญญา, 2559; Knowles อ้างตามลินี, 2551)

แนวคิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง

แนวคิดการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีกลุ่มมานุษยนิยม ซึ่งมีความเชื่อเรื่องความเป็นอิสระ และความเป็นตัวของตัวเองของมนุษย์ ดังที่มีผู้กล่าวไว้ว่า มนุษย์ทุกคนเกิดมาพร้อมกับความดี มีความเป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเอง สามารถหาทางเลือกของตนเอง มีศักยภาพและพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างไม่มีขีดจำกัด มีความรับผิดชอบต่อตนเอง และผู้อื่น (อาชญญา, 2559)

โนวล์ (Knowles อ้างตามอาชญญา, 2559) อธิบายว่าการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากแรงจูงใจภายในของผู้เรียน ผู้เรียนมีความต้องการเรียนรู้ด้วยความสมัครใจ

และมีความรับผิดชอบ ทั้งนี้ทุกคนจึงมีศักยภาพและความสามารถในการเรียนรู้ การจัดการเรียนรู้ มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการเรียนรู้และลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีองค์ประกอบ ที่สำคัญในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ดังนี้

1. การวิเคราะห์ความต้องการของตนเอง จะเริ่มต้นจากการให้ผู้เรียนแต่ละคนบอก ความต้องการและความจำเป็นของการเรียนรู้ของตนเอง

2. กำหนดจุดมุ่งหมายในการเรียนรู้ โดยเริ่มต้นจากบทบาทของผู้เรียนเป็นสำคัญ ดังนี้

2.1 ผู้เรียนควรศึกษาจุดมุ่งหมายของวิชา แล้วจึงเริ่มเขียนจุดมุ่งหมายในการเรียน

2.2 ผู้เรียนควรเขียนจุดมุ่งหมายให้ชัดเจน ไม่คลุมเครือ ผู้อื่นอ่านแล้วเข้าใจได้

2.3 ผู้เรียนควรเน้นถึงพฤติกรรมที่ตนเองคาดหวัง

2.4 ผู้เรียนควรกำหนดจุดมุ่งหมายที่สามารถวัดได้

2.5 การกำหนดจุดมุ่งหมายของผู้เรียนในแต่ละระดับ ควรมีความแตกต่างกัน อย่งเห็น ได้ชัด

3. การวางแผนการเรียน โดยผู้เรียนกำหนดวัตถุประสงค์ของวิชา ผู้เรียนควรวางแผน การจัดกิจกรรมการเรียนตามลำดับ ดังนี้

3.1 ผู้เรียนจะต้องเป็นผู้กำหนดเกี่ยวกับการวางแผนการเรียนของตนเอง

3.2 การวางแผนการเรียนของผู้เรียน ควรเริ่มต้นจากผู้เรียนกำหนดจุดมุ่งหมายใน การเรียนรู้ด้วยตนเอง

3.3 ผู้เรียนเป็นผู้จัดเนื้อหาให้เหมาะสมกับความต้องการและความสนใจของตนเอง

3.4 ผู้เรียนเป็นผู้ระบุวิธีการเรียน เพื่อให้เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด

4. การแสวงหาแหล่งทรัพยากรเพื่อการเรียนรู้ เป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้าที่มีความสำคัญ ต่อการศึกษาในปัจจุบันเป็นอย่างมาก ดังนี้

4.1 ประสพการณ์การเรียนแต่ละด้านที่จัดให้ผู้เรียนสามารถแสดงให้เห็นถึง ความมุ่งหมาย ความหมาย และความสำเร็จของประสบการณ์นั้น ๆ

4.2 แหล่งวิทยาการ เช่น ห้องสมุด บุคคลที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมาใช้ได้ อย่งเหมาะสม

4.3 เลือกแหล่งวิทยาการให้เหมาะสมกับผู้เรียนแต่ละคน

4.4 มีการจัดสรรอย่างดี เหมาะสม กิจกรรมบางส่วนผู้เรียนจะเป็นผู้จัดการเอง ตามลำพัง และบางส่วนเป็นกิจกรรมที่จัดร่วมกันระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน

5. การประเมินผล เป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้เรียน ทราบถึงความก้าวหน้าในการเรียนของตนเองเป็นอย่างดี การประเมินผลจะต้องสอดคล้องกับ

วัตถุประสงค์ และเกี่ยวข้องกับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ทักษะคิด และค่านิยม ซึ่งขั้นตอนในการประเมินผล มีดังนี้

- 5.1 กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ให้แน่ชัด
- 5.2 ดำเนินการทุกอย่าง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ขั้นตอนที่สำคัญในการใช้ประเมินผลการเรียนการสอน
- 5.3 รวบรวมหลักฐาน การตัดสินใจจากการประเมินผลจะต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่สมบูรณ์และเชื่อถือได้
- 5.4 รวบรวมข้อมูลก่อนเรียน เพื่อเปรียบเทียบหลังเรียนว่าผู้เรียนก้าวหน้าไปเพียงใด
- 5.5 แหล่งของข้อมูล จะหาข้อมูลจากผู้สอนและผู้เรียนเป็นหลักในการประเมิน

บทบาทในการเป็นผู้แนะนำ (facilitator) ของผู้จัดการเรียนรู้ด้วยตนเอง

ในการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ควรมีการจัดกระบวนการเรียน ดังนี้ (สินี, 2551; อาชญญา, 2559)

1. จัดหาข้อมูลในแต่ละหัวข้อของการเรียน และมีการใช้สื่อเพื่อแทรกเทคนิคในการเรียนการสอนต่างๆตามความเหมาะสม
2. จัดหาแหล่งให้ความรู้ให้แก่ผู้เรียนแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่มตามที่กำหนด
3. ช่วยผู้เรียนในการวิเคราะห์ความต้องการและการวางแผนเนื้อหาการเรียนรู้ของผู้เรียนแต่ละคนเพื่อจะได้รู้วิถีทางการเรียนของตัวเอง
4. ประเมินการเรียนรู้ของผู้เรียนแต่ละคน
5. จัดหาแหล่งข้อมูลต่างๆหรือข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ในการเรียนรู้แต่ละเรื่องที่ได้กำหนด โดยการประเมินตามที่ต้องการ
6. สร้างแหล่งข้อมูล สื่อต่างๆที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อและเนื้อหาที่หลากหลาย
7. จัดการให้มีการติดต่อกับบุคคลต่างๆที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่อง และจัดทำแนวทางให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์ทั้งส่วนตัวหรือเป็นกลุ่มเล็กนอกเหนือจากกลุ่มปกติ
8. ทำงานร่วมกับผู้อื่น นอกห้องเรียน ในลักษณะของเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มการเรียนรู้

9. ช่วยผู้เรียนในการพัฒนาทัศนคติผู้เรียนให้เป็นผู้เรียนที่พึ่งตนเอง
10. สนับสนุนให้มีการอภิปราย ให้ถามคำถาม ให้มีกิจกรรมกลุ่มเล็กเพื่อกระตุ้นความสนใจในการเรียนรู้
11. พัฒนาให้ผู้เรียนเกิดทัศนคติในแง่บวก
12. จัดกระบวนการเรียนรู้ ให้มีการประเมินความต้องการและมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ให้ทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนทั้งในห้องเรียนและเมื่อจบแต่ละบทเรียน

รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ เกี่ยวพันกับการงาน ความเป็นอยู่ บทบาทและภารกิจของบุคคลนั้น ดังนั้น ลักษณะของกิจกรรมที่เหมาะสม สนองตอบความต้องการของผู้สูงอายุ และสามารถเรียนรู้ได้ดี (อาชัญญา, 2559) ได้แก่

1. เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่สนองความต้องการของผู้สูงอายุโดยตรง คือกิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับงานอาชีพ ซึ่งหมายถึงทักษะ ความรู้ และเจตคติที่นำไปสู่ความสำเร็จในอาชีพ
2. เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการเรียนประสบความสำเร็จ
3. เป็น กิจกรรมที่ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องเวลาหรือกำหนดเวลาให้เหมาะสมกับวัย เพราะการเร่งเวลาทำให้การเรียนรู้ของผู้สูงอายุลดน้อยลง
4. เป็น กิจกรรมการเรียนรู้ที่เกี่ยวกับปัญหาแวดล้อมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เห็นว่าจำเป็น สามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้
5. เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่ให้เหตุผลมากขึ้น
6. เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่ไม่ใช้พลังกำลังมาก
7. เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่เกี่ยวกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในภารกิจตามวัยสูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุแบ่งออกได้ดังนี้ (มาลินี, 2554 ; มาลี, 2544 ; อาชญญา, 2559)

1. ตัวผู้เรียน 'ได้แก่'

1.1 วุฒิภาวะและความพร้อม บุคคลที่ถึงวุฒิภาวะและมีความพร้อมจะเรียนรู้ได้ดีกว่ายังไม่ถึงวุฒิภาวะและไม่มีความพร้อม

1.2 ความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุแตกต่างกับช่วงวัยรุ่น ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆถึงวัยผู้ใหญ่จะคงที่ และจากวัยผู้ใหญ่หรือวัยชราจะลดลงเนื่องจากมีความเสื่อมถอยของร่างกาย

1.3 ความบกพร่องทางร่างกาย และอารมณ์ ยิ่งมีความบกพร่องมากเท่าใดความสามารถในการรับรู้และเรียนรู้ก็น้อยลงเท่านั้น

1.4 แรงจูงใจในการเรียน เช่น ทศนคติต่อครู ต่อวิชาเรียน ความสนใจและความต้องการที่อยากจะทำหรืออยากเห็นในส่วนที่เรียน การทราบวัตถุประสงค์ของการเรียนจะทำให้ผู้เรียนมองเห็นประโยชน์และมีแรงจูงใจในการเรียนรู้อีกขึ้น

1.5 ประสบการณ์เดิม ถ้ามีความรู้เดิมหรือเรื่องที่จะเรียน สอดคล้องกับประสบการณ์หรือความต้องการของตนเองจะส่งผลต่อการเรียนรู้เพิ่มขึ้น

2. บทเรียน 'ได้แก่'

2.1 ความยากง่ายของบทเรียน ถ้าเป็นบทเรียนที่ง่ายผลการเรียนรู้อาจดีกว่าบทเรียนที่ยาก

2.2 ความยาวของบทเรียน ถ้าบทเรียนสั้นๆจะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีกว่าบทเรียนที่ยาว

2.3 การมีความหมายของบทเรียน ถ้าผู้เรียนได้เรียนรู้ในสิ่งมีความหมายเป็นที่สนใจของเขาจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่า

3. วิธีเรียน วิธีสอน 'ได้แก่'

3.1 กิจกรรมในการเรียนการสอน การเลือกกิจกรรม เช่น กิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ลงมือกระทำกิจกรรมนั้นด้วยตนเอง มีการฝึกฝนหรือทำซ้ำบ่อย จะทำให้เกิดความชำนาญและเกิดผลการเรียนรู้ที่ดีที่สุดแก่ผู้เรียน

3.2 การให้คำแนะนำในการเรียน โดยครูแนะนำให้ผู้ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้ผู้เรียนเรียนได้ดีขึ้น

4. สภาพแวดล้อม 'ได้แก่'

4.1 สภาพแวดล้อมทางจิตวิทยา 'ได้แก่' สัมพันธภาพระหว่างผู้เรียนต่อผู้สอน ถ้าหากมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้เรียนก็จะมีความสุข สบายใจ ใ่ว่างใจ การเรียนรู้ก็จะบังเกิดผลดีไปด้วย

4.2 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ 'ได้แก่' สิ่งแวดล้อมรอบๆตัว เช่นแสงสว่าง อุณหภูมิ โต๊ะเก้าอี้ที่พอเหมาะ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะเอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีได้เช่นกัน

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง รับผิดชอบในการเรียนรู้และลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง โดยใช้คู่มือประกอบการเรียนรู้และการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นแหล่งทรัพยากรที่เอื้อสำหรับการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุด้านความคิด และพฤติกรรมได้อย่างถาวร

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความหมายของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นในชีวิต (กรมสุขภาพจิต, 2558กข; วิไลวรรณ, 2558ข; เพลินพิศ, 2559) ส่งผลให้มีการแสดงออกที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันด้านอารมณ์ พฤติกรรม การคิด การรับรู้ และร่างกาย (สายฝน, 2554) 'ได้แก่' ภาวะอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกในแง่ลบ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า ขาดความสนใจ หรือไม่มีความสุขในกิจกรรมเกือบทั้งหมด ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้าง แยกตัวจากสังคม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย บกพร่องความจำระยะสั้น ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน รู้สึกเป็นภาระต่อผู้อื่น (ลิวรรณ, 2553; พิชัยและศิริไชย, 2558) โดยมีอาการเหล่านี้ นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ติดต่อกันขึ้นไป (สาวิตรี, 2559) ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย (สายสมร, 2559)

การวินิจฉัยและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าสามารถวินิจฉัยจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคได้จาก 2 ระบบ คือ (1) บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของ โรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International Classification of Diseases and Health related Problems [ICD]) จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) และ (2) คู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders [DSM]) จัดทำโดยสมาคมจิตเวชศาสตร์ สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association [APA]) เกณฑ์การวินิจฉัยทั้งสองระบบ ในปัจจุบันพัฒนาจนเกณฑ์การวินิจฉัยใกล้เคียงกันมากคือ ICD-10 และ DSM-5 (พิชัยและศิริไชย, 2558; สุวรรณ, 2558)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของ โรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) (World Health Organization, 2016) มีดังนี้

ผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 5 อาการ โดยมีอาการ 1 ข้อในอาการหลัก และอาการ 4 ข้อ ในอาการรอง และอาการดังกล่าวจะต้องเป็นนานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์

อาการหลัก มี 3 อาการ ประกอบด้วย

1. อารมณ์เศร้า (Depressed mood) โดยเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวัน และเป็นเกือบทุกวัน อย่างน้อย 2 สัปดาห์

2. ความสนใจและความรู้สึกสนุกสนาน ลดลงอย่างมากในทุกกิจกรรมหรือเกือบทุกกิจกรรม (Loss of interest or pleasure, Anhedonia) อาการเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวัน เกือบทุกวัน

3. อ่อนเพลียหรือไม่มีพลังกำลัง (Loss of energy) โดยเป็นเกือบทุกวัน

อาการรอง มี 7 อาการ ประกอบด้วย

1. ความมั่นใจลดลง

2. โทษตัวเองอย่างไม่มีเหตุผลสมควร หรือรู้สึกผิดมากเกินไป

3. มีความคิดเรื่องความตาย การฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

4. สมาธิ (Concentrate) ลดลง หรือไม่สามารถตัดสินใจได้

5. จิตใจและการเคลื่อนไหว (Psychomotor) กระสับกระส่าย (Agitation) หรือเชื่องช้า (Retardation)

6. นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไปเกือบทุกวัน

7. ความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นก็ได้ โดยเป็นเกือบทุกวัน

นอกจากนี้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังนี้

1. ระดับเล็กน้อย (Mild depressive episode) ผู้ป่วยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมี 4 อาการ โดยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีอาการ 2 ข้อในอาการหลัก

2. ระดับปานกลาง (Moderate depressive episode) ผู้ป่วยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมี 6 อาการ โดยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีอาการ 2 ข้อในอาการหลัก

3. ระดับรุนแรง (Severe depressive episode) ผู้ป่วยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมี 8 อาการ โดยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีอาการทั้ง 3 ข้อในอาการหลัก

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) มีดังนี้

1. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อ โดยต้องมีข้อ 1.1 หรือข้อ 1.2 อย่างน้อยหนึ่งข้อ และมีอาการนานไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์

1.1 อาการเศร้าโดยเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวัน และเป็นเกือบทั้งวัน โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้บอกความรู้สึกนี้ด้วยตนเอง (เช่น ฉันรู้สึกเศร้าหรือว่างเปล่า สิ้นหวัง) หรือบุคคลอื่นสังเกตเห็น (เช่น ร้องไห้บ่อย)

1.2 ขาดความสนใจถึงแวดล้อมหรือกิจกรรมที่เคยชอบปฏิบัติ และความรู้สึกยินดีดีใจ ร่าเริง สนุกสนานลดลงอย่างมากในทุกกิจกรรมหรือเกือบทุกกิจกรรม มีอาการเหล่านี้เป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวันและเป็นเกือบทุกวัน (ผู้ป่วยจะเป็นผู้บอกความรู้สึกนี้ด้วยตนเอง หรือบุคคลอื่นสังเกตเห็น)

1.3 น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ตั้งใจควบคุมอาหาร หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 5 ในเวลา 1 เดือน) หรือมีความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นเกือบทุกวัน

1.4 นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป เกือบทุกวัน

1.5 การเคลื่อนไหวตามการควบคุมของจิตใจ (psychomotor activity) มากขึ้นหรือน้อยลงกว่าปกติ เช่น กระสับกระส่าย (agitation) หรือเชื่องช้า (retardation) โดยเป็นเกือบทุกวัน (บุคคลอื่นจะต้องสังเกตอาการนี้ได้ด้วย มิใช่เพียงแต่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองกระสับกระส่ายหรือทำอะไรเชื่องช้าลงเท่านั้น)

1.6 อ่อนเพลียหรือไม่มีพลังกำลัง (fatigue or loss of energy) โดยเป็นเกือบทุกวัน

1.7 รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า (worthlessness) หรือรู้สึกผิด (guilt) อย่างมาก หรือรู้สึกผิดทั้งที่ไม่สมควรจะต้องรู้สึกอย่างนั้น (inappropriate guilt) ซึ่งอาจถึงขั้นหลงผิด โดยเป็นเกือบทุกวัน (ต้องไม่ใช่เพียงการตำหนิตนเองหรือรู้สึกผิดที่ตนเองป่วย)

1.8 ความสามารถในการคิดหรือมีสมาธิลดลง (poor concentration) การตัดสินใจลำบากแม้แต่เรื่องง่ายๆ (indecisiveness) โดยเป็นเกือบทุกวัน (ผู้ป่วยเป็นผู้บอกอาการนี้ด้วยตนเอง หรือบุคคลอื่นสังเกตพบอาการนี้ก็ได้)

1.9 มีความคิดวนเวียนเกี่ยวกับความตายที่ไม่ใช่การกลัวตาย เป็นความคิดวนเวียน ซ้ำๆเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายโดยไม่มีแผนการเฉพาะ หรือมีการพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีการวางแผนการอย่างเจาะจงเพื่อฆ่าตัวตายสำเร็จ

2. อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่อื่นที่สำคัญบกพร่องลงอย่างชัดเจน

3. อาการต่างๆ ไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกาย หรือการใช้สารเสพติด

นอกจากนี้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังนี้

1. ระดับเล็กน้อย (Mild) หมายถึง มีอาการเกินเกณฑ์ที่ต้องการในการวินิจฉัยโรค อาการเกินไปเพียงเล็กน้อย ส่งผลกระทบบ้างเล็กน้อยต่อการทำหน้าที่ทางอาชีพหรือทางสังคม หรือต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

2. ระดับปานกลาง (Moderate) หมายถึง จำนวนอาการและการส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ด้านต่างๆ อยู่ระหว่างเป็นเล็กน้อยและเป็นรุนแรง

3. ระดับรุนแรง (Severe) หมายถึง มีอาการเกินเกณฑ์ที่ต้องการในการวินิจฉัยโรค ไปหลายๆอาการ ส่งผลกระทบบอย่างรุนแรงต่อการทำหน้าที่ทางอาชีพหรือทางสังคม หรือต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ ICD -10 เนื่องจากที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD -10) (WHO, 2016)

อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุไม่แตกต่างจากอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยอื่น โดยสามารถแบ่งอาการและอาการแสดงเป็นกลุ่มอาการด้านต่างๆ ได้ดังนี้ (พิชัยและศิริไชย, 2558; พิรพนธ์, 2553; ลิวรรณ, 2553; วิไลวรรณ, 2558ข; สวัสดิ์, 2559; สุวรรณ, 2558)

1. กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (Mood symptoms) ได้แก่ อารมณ์เศร้า (depressed mood) หดหู่ ร้องไห้ง่าย และความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างชัดเจน (markedly diminished interest or pleasure) อารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นติดต่อกัน นานเกินกว่าที่ควรจะเป็น ในผู้ป่วยไทยอาจบอกว่าไม่เศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม ส่วนความสนใจและความเพลิดเพลินที่ลดลง ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมและทำงานต่างๆ ให้สำเร็จได้ลำบาก จนทำให้ผู้ป่วยหลายรายรู้สึกว่าตนเองเหมือนคนขี้เกียจ ไม่อยากทำอะไร ถึงแม้ว่าอารมณ์เศร้าจะเป็นอาการด้านอารมณ์ที่เด่นชัดที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ยังพบว่ามีอารมณ์อื่นๆ ที่เกิดขึ้นร่วมด้วยได้ เช่น ความรู้สึกกังวล (anxiety) อารมณ์หงุดหงิด (irritable mood) อารมณ์โกรธ (anger) (พิรพนธ์, 2553)

2. กลุ่มอาการด้านร่างกาย (Somatic symptoms or Physical symptoms) ได้แก่ อาการอ่อนล้า (fatigue) หดหู่เรื้อรังแรงกำลัง (loss of energy) นอนไม่หลับ (insomnia) โดยมักพบการตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakening or terminal insomnia) หรือการตื่นกลางดึกหลายครั้ง (multiple awakenings at night) ความอยากอาหารลดลง (decreased appetite) น้ำหนักลดลง (weight loss) แต่ในบางรายอาจพบว่ามีอาการอยากอาหารเพิ่มขึ้น (increased appetite) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (weight gain) และนอนมากเกินไป (hypersomnia) ซึ่งเรียกว่าอาการไม่เป็นไปตามแบบฉบับ (atypical features) และยังพบปัญหาสมรรถภาพทางเพศ (sexual dysfunctions) เช่น ความต้องการและความสนใจทางเพศลดลง (deceased sexual desire and interest or libido) และกิจกรรมทางเพศลดลง (decreased performance in sexual activities) ผู้ป่วยหลายราย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุมักจะบอกรถึงอาการทางร่างกาย (somatic complaints) ที่เกิดร่วมด้วยหลายอย่าง เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ท้องผูกหรือท้องเสีย และคลื่นไส้ อาเจียน

3. กลุ่มอาการด้านพฤติกรรม (Behavioral symptoms) ผู้ป่วยหลายรายมีการเคลื่อนไหวที่ช้าลง (psychomotor slowness) จนเชื่องช้า (psychomotor retardation) รายที่มีอาการรุนแรงจะมีการเคลื่อนไหวน้อยมากจนแทบไม่ขยับเนื้อตัว อาจจะมีอาการนิ่งไม่พูด (mutism) หรืออยู่นิ่งนานๆ

โดยไม่เคลื่อนไหว (catatonia) ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวแบบหงุดหงิด (psychomotor agitation) คือรู้สึกวุ่นใจไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย กระวนกระวาย และลูกลี้ลูกกลน นอกจากนี้ผู้ป่วยหลายรายยังมีปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (relationship problems) ขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี (lack of social support) การไม่เข้าสังคม (social withdrawal) และการแยกตัวจากสังคม (social isolation) เนื่องจากปัญหาความสัมพันธ์และปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างจากปัญหาอารมณ์ของตน และเมื่อเกิดโรคซึมเศร้าแล้วทำให้แยกตัวจากสังคมมากขึ้นเนื่องจากรู้สึกว่าไม่อยากพูดคุยพบปะหรือสังสรรค์กับใคร (พีรพนธ์, 2553)

4. กลุ่มอาการด้านความคิด (Cognitive symptoms) ได้แก่ การไม่มีสมาธิ (loss of concentration) เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดเชิงซ้ำ ไม่สามารถคิดตัดสินใจได้ (indecisiveness) ไม่มีมั่นใจในตนเอง มองโลกและชีวิตของตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า (feeling of worthlessness) บางคนรู้สึกผิด (guilt) มีความคิดโทษหรือตำหนิตนเอง (self-reproach or self-blame) ความรู้สึกท้อแท้ หหมดหวังหรือสิ้นหวัง (feeling of hopelessness or helplessness) จนอาจถึงความคิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย (suicide ideation)

สรุปได้ว่ากลุ่มอาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมี 4 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม และด้านความคิด ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้มักจะมี ความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ที่สำคัญ (function impairment) เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ทางอาชีพ หรือทางสังคม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นต้น

ปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจุบันยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่าสาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากอะไร แต่เชื่อว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการที่ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (ฉันทย์, 2558ก; ดารารรรณ, 2556; นพพรและพวงเพชร, 2559; พิชัยและศิริไชย, 2558; พีรพนธ์, 2553ก; สายฝนและอุจน์จิตร, 2559; สุชานันท์, โสภิณ, และทัศนนา, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic Characteristics Factors) ได้แก่

1.1 เพศ (Gender) เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (กาดาลี, 2551) จากการศึกษาวิจัยพบว่าเพศหญิงมีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุสูงกว่าเพศชาย (นภา, 2555; มุจรินทร์และรังสิมันต์, 2559; วิษาภรณ์และปราโมทย์, 2559; สายพินและจิตภินันท์, 2555; Chen et al., 2012; Sengupta & Benjamin, 2015) โดยมีโอกาสเสี่ยงเป็น 2.11 เท่าของเพศชาย (วิชุดาและปิยธิดา, 2558ก) สอดคล้องกับการศึกษาของสมพรและคณะ (2555) เรื่องเพศหญิงหรือความเป็นหญิง...จึงนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าจากบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงที่ถูกกดดันภายใต้ความรับผิดชอบต่อครอบครัว ผู้หญิงต้องอยู่ในบ้านขาดโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นนอกบ้าน การอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมๆทำให้ไม่มีสิ่งอื่น มาหันเหความสนใจก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังจนเกิดโรคซึมเศร้าได้

1.2 อายุ (Age) อายุที่เพิ่มขึ้นเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไปจะพบความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ามากที่สุด (ชนัดดา, สายทิพย์, ช่อผกา, และวรรณพร, 2560; ศิริรำไพ, 2555; สายพินและจิตภินันท์, 2555; อรสาและพีรพนธ์, 2554; Sengupta & Benjamin, 2015) เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น มีความเสื่อมถอยของร่างกายทุกระบบ เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย อาการรุนแรงขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย และกระบวนการหายใจหรือการฟื้นคืนสภาพก่อนข้างช้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาการดูแลจากบุคคลอื่นมากขึ้น ทั้งทางด้านการเงิน การงาน สังคมและการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งเกิดการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง กิจกรรมต่างๆเริ่มลดน้อยลง โดยเฉพาะกิจกรรมทางสังคม กิจกรรมส่วนใหญ่จึงเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำที่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหดหู่ว่า จะเกิดโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด (เสาวลักษณ์และนวลฉวี, 2557)

1.3 สถานภาพสมรส (Marital Status) จากการศึกษาวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด (จริยา, 2559; นิรัชรา, 2557; ศิริรำไพ, 2555; อรสาและ พีรพนธ์, 2554; Sengupta & Benjamin, 2015) สถานภาพเป็นหม้าย (จริยา, 2559; ชนัดดาและคณะ, 2560; นิรัชรา, 2557; ศิริรำไพ, 2555; Sengupta & Benjamin, 2015) และสถานภาพหย่าร้าง (จริยา, 2559; เทพฤทธิและคณะ, 2554; นิรัชรา, 2557; ศิริรำไพ, 2555) มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานะสมรส เพราะการได้รับการเกื้อหนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจจากคู่สมรส ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว มีที่พึ่ง ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส จะขาดที่ปรึกษา ไร้คูคิด เกิดความรู้สึกเหงา ว่าเหว รู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์ ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ (สาวิตรี, 2559)

1.4 ระดับการศึกษา (Education) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (กาดาลี, 2551; ธัญพร, 2556; Sengupta & Benjamin, 2015) โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้

รับการศึกษาหรือมีระดับการศึกษาต่ำกว่า มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า (นิรัชรา, 2557; วิชาภรณ์และปราโมทย์, 2559; อรสาและพีรพนธ์, 2554; Chen et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของนภา (2555) พบว่าผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือไม่ออก มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่อ่านออก เขียนไม่ได้ และผู้สูงอายุที่อ่านออกเขียนได้ เพราะผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรืออ่านหนังสือไม่ออก ทำให้ขาดการรับรู้ข่าวสาร ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ไม่เข้าใจสถานการณ์และแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้ง่าย

1.5 รายได้ (Income) จากการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ (กาคาฟี, 2551; เทพฤทธิ์และคณะ, 2554; นภา, 2555; นิรัชรา, 2557; ศิริราไพ, 2555; Sengupta & Benjamin, 2015) เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิต การขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุย่อมส่งผลต่อความสามารถในการแสวงหาปัจจัยต่างๆที่จะส่งเสริมให้ได้รับความสะดวกสบาย สุขภาพแข็งแรงและดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จะส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (ชนัดดาและคณะ, 2560; อรสาและพีรพนธ์, 2554)

1.6 ภาวะสุขภาพ (Health Status) ด้วยอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเพิ่มขึ้นด้วย ส่งผลให้สมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมถอยลง เกิดโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน เป็นต้น โรคเรื้อรังเหล่านี้มีระยะเวลาในการรักษายาวนาน ผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกริดรอน เบื่อหน่าย ท้อแท้ในการรักษา นำมาซึ่งภาวะซึมเศร้า (จารุวรรณ, 2559) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคประจำตัวหลายๆโรคพร้อมกัน มีการใช้ยาหลายชนิดในการรักษาซึ่งยาบางชนิดส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้น ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวจึงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (กาคาฟี, 2551; นภา, 2555; วิหุตาและปิยธิดา, 2558) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนัดดาและคณะ (2560) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มียาที่ใช้เป็นประจำมากกว่า 3 รายการ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มียาที่ใช้ประจำ และจากการศึกษาของพัชรภักดิ์, สิริกร, ปริมวิษญา, และสายใจ (2556) พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง 5-10 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง นอกจากนี้จากการศึกษาของสายพินและจิตภินันท์ (2555) พบว่าการมีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.7 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าการบกพร่องความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ชัยวัฒน์, โสภิต, และพัชรินทร์, 2559; บุษราคัม, 2555; พัชรภรณ์และคณะ, 2556; ศิริราไพ, 2555; สายพินและจิตภินันท์, 2555; Chen et al., 2012) เนื่องจากผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีภาวะพึ่งพาต้องพึ่งพาผู้ดูแล เกือบทั้งหมด จะเกิดความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง เครียด รู้สึกเป็นภาระ โทษตนเอง สูญเสียความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนภา (2555) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ต้องมีผู้ดูแลในการดำเนินชีวิตประจำวันมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ต้องมีผู้ดูแล

2. ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factors) ได้แก่

2.1 พันธุกรรม (Genetic) พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า เช่น ญาติสายตรง (first-degree relatives) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสเป็นโรครมากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 2-3 เท่า และอัตราการเกิดโรคร่วมกัน (concordance rate) ในฝาแฝดพบประมาณร้อยละ 37 และพบความผิดปกติของยีนที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า ถึงแม้จะยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเป็นความผิดปกติของยีนตำแหน่งใด (Ebert et al., อ้างตามพิชัยและศิริไชย, 2558) โดยปัจจัยด้านพันธุกรรมมีความเกี่ยวข้องน้อยที่สุดในการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากการเกิดโรครส่วนใหญ่มักเกิดในวัยผู้ใหญ่มากกว่าในช่วงวัยสูงอายุ (ลิวรรณ, 2553) แต่จากงานวิจัยของจรรยา (2559) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรครเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่าประวัติโรครซึมเศร้าของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเดเมียร์กันและคณะ (Demirkan et al., 2011) ซึ่งเป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ ศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) ในกลุ่มประชากรประเทศเนเธอร์แลนด์ด้วยผู้ใหญ่อายุที่มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรครซึมเศร้าและโรครวิตกกังวล จำนวน 1,738 คน และกลุ่มควบคุม 1,802 คน โดยติดตามเป็นระยะเวลา 19 ปี (1990-2009) จาก 3 การศึกษาย่อยพบว่าผู้ที่มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรครซึมเศร้าและโรครวิตกกังวล มีการเจ็บป่วยด้วยโรครซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มียุติสายตรงป่วยด้วยโรครซึมเศร้าและโรครวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบได้ร้อยละ 0.7

2.2 สารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ทฤษฎีทางประสาทวิทยา (Neurobiology theory) อธิบายว่าโรครซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ผู้ป่วยมีระดับของนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) เซโรโทนิน (serotonin) และโดปามีน

(dopamine) ลดต่ำลง และ มีความผิดปกติของ หน่วยรับความรู้สึกที่เกี่ยวข้อง (monoamine-deficiency hypothesis) บกพร่องในการควบคุมประสานงานกันและอาจพบว่าสารสื่อประสาทอื่นๆ เช่น อะซิติลโคลีน (acetylcholine) กาบา (GABA) กลูตาเมต (glutamate) อาจผิดปกติด้วยเช่นกัน (พิชัยและศิริไชย, 2558) โดยเซโรโทนิน (serotonin) มีส่วนสำคัญในการควบคุมการนอนหลับ ความอยากอาหาร และแรงขับทางเพศ ดังนั้นเมื่อเซโรโทนินลดลง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ความต้องการทางเพศลดลง ส่วนนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) มีหน้าที่ควบคุมในเรื่องความตั้งใจและพฤติกรรม เมื่อสารสื่อประสาทตัวนี้เกิดภาวะไม่สมดุล ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่เรียบเฉย เชื่องช้า และตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้า (นพพรและพวงเพชร, 2559) และ โดปามีน (dopamine) เป็นตัวช่วยในระบบความจำ สร้างสมาธิ และความรู้สึกสนุกสนาน โดปามีนนั้นทำงานสัมพันธ์กับเอ็นโดรฟิน (endorphine) เมื่อโดปามีนลดลง เอ็นโดรฟินก็จะลดลงด้วย ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า ไม่มีสมาธิ รู้สึกไม่กระฉับกระเฉง ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ ถึงแม้กิจกรรมนั้นเคยทำแล้วสนุกสนาน (บุญยกพ, 2550)

2.3 พยาธิสภาพของสมองและระบบหลอดเลือด (Neuro and Vascular Pathology) เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น อัตราการสร้างเซลล์ประสาทใหม่ลดลง ปริมาตรของเนื้อสมองลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดลงของเซลล์ประสาทที่บริเวณ โดโซเลเทอรัล พรีฟรอนทัล คอร์เทกซ์ (dorsolateral prefrontal cortex) และ ออบิโทฟรอนทัล คอร์เทกซ์ (orbitofrontal cortex) หรือการเสียหายที่ของสมองกลีบหน้า (frontostriatal) และระบบลิมบิก (limbic system) ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ เช่น สมองส่วนออบิโทฟรอนทัล เซอคิท (orbitofrontal circuit) ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความยับยั้งชั่งใจ อารมณ์หงุดหงิดง่าย มีปัญหาในการเข้าสังคม และถ้ามีความผิดปกติของสมองที่บริเวณแอนเทอเรีย ซิงกูเลท (anterior cingulate) ทำให้เกิดอาการเฉยเมย ไร้อารมณ์ใดๆทั้งสิ้น (apathy) หรือขาดแรงจูงใจ และหากมีปัญหาที่ส่วนโดโซเลเทอรัล เซอคิท (dorsolateral circuit) จะทำให้มีความผิดปกติของการเรียนรู้ การคิดคำนวณและการทดสอบ (ณหทัย, 2558) นอกจากนี้ทฤษฎีโรคซึมเศร้าจากโรคหลอดเลือด (vascular depression) ซึ่งเป็นอีกสมมติฐานหนึ่งของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อธิบายว่าการไหลเวียนของเลือดที่ลดลง ทำให้หลอดเลือดแดงส่วนปลายที่ไปเลี้ยงบริเวณ ซับคอร์ติคัล สไตรโทพาลิดาโมคอร์ติคัล พาทเวย์ (subcortical striatopallidothalamocortical pathways) มีปัญหา และไปรบกวนวงจรของสารสื่อประสาทบริเวณที่ควบคุมเกี่ยวกับอารมณ์ ก็จะทำให้เกิดอาการเฉยเมย เชื่องช้า และปัญหาการทำงานของสมอง โดยเฉพาะสมองส่วนหน้าที่ควบคุมการทำงานในหน้าที่ต่างๆ ทั้งหมด (executive functions) ที่เกี่ยวข้องกับความคิด (cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (emotion) การกระทำ (behavioral) ทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถของสมองที่ใช้บริหารจัดการชีวิตในเรื่องต่างๆ

ขาดความยับยั้งชั่งใจ ขาดการชะลอความอยาก ขาดการกำกับพฤติกรรมและอารมณ์ของตนเอง ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปได้ ไม่สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหา (problem solving) วางแผนบริหารจัดการงานต่างๆให้สำเร็จลุล่วงได้ และบกพร่องในความสามารถในการทำหน้าที่ (functional abilities) หรือการดำเนินชีวิต (ณททัย, 2558; Aziz & Steffens, 2013; Sengupta & Benjamin, 2015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมูจรินทร์และรังสิมันต์ (2559) ที่พบว่าความสามารถในการรู้คิด (cognitive function) และความสามารถในการทำหน้าที่ (functional ability) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ นอกจากนี้จากการศึกษาของฮวง, ลี, ซี, และลู (Huang, Wang, Li, Xie & Liu, 2011) พบว่าความบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง (Cognitive Impairment) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR: 1.48, 95% CI: 0.87 – 2.52)

3. ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological Factors) ได้แก่

3.1 กระบวนการทางความคิด (Cognition) เบค (Beck, 1979) อธิบายไว้ว่ากระบวนการคิดหรือมุมมองของบุคคลที่มีต่อตนเอง และที่มีต่อสิ่งต่างๆเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมถึงการตีความของบุคคลแต่ละคนจะส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลนั้น เช่น บุคคลที่มีมุมมองต่อตนเองว่ามีปมด้อย รู้สึกไร้ค่า ไม่นั่นคง และตีความเรื่องต่างๆ ในลักษณะของความพ่ายแพ้ น่าอาย บุคคลเหล่านี้ก็จะมีแนวโน้มที่จะตีความสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นความพ่ายแพ้ รู้สึกเกลียดตัวเอง รู้สึกผิด และไร้ค่าอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นการตีความที่บิดเบือนจากความเป็นจริงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3.2 บุคลิกภาพ (Personality) บุคลิกภาพผิดปกติบางอย่างเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ บุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive - compulsive personality disorder) ซึ่งต้องการความสมบูรณ์แบบ คาดหวังในตนเองสูง และบุคลิกภาพที่ต้องการการพึ่งพิงอย่างมาก เช่น บุคลิกภาพผิดปกติแบบพึ่งพา (dependent personality disorder) มีพฤติกรรมที่ยึดถือพึ่งพาขาดความมั่นใจในความสามารถ จะมีความรู้สึกไม่สบายหรือสิ้นหวังเมื่อต้องอยู่คนเดียวกลัวการถูกทอดทิ้ง เพราะกลัวเกินจริงว่าไม่มีความสามารถที่จะดูแลตนเองได้ บุคลิกภาพผิดปกติแบบเรียกร้องความสนใจ (histrionic personality disorder) คือมีพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจสูง โดยจะแสดงความคิดและความรู้สึกที่เกินความเป็นจริง ทำทุกสิ่งทุกอย่างให้มีความสำคัญมากกว่าที่เป็นอยู่ และแสดงความเสียใจอย่างมาก เมื่อรู้ว่าตนไม่ได้เป็นที่ยอมรับ หรือเป็นที่น่าสนใจ ความสัมพันธ์กับผู้อื่นมักเป็นแบบผิวเผิน ไม่มีความมั่นใจในตนเองและมีความรู้สึกว่าต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) มีอารมณ์ที่แปรปรวน

อย่างมาก จะทนความเหงาหรืออยู่คนเดียวไม่ได้ กลัวการถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้ยังมีความไม่แน่ใจในเอกลักษณ์ และความรู้สึกของตนเอง จึงรู้สึกว่างเปล่า เบื่อหน่าย ซึมเศร้า (พีรพนธ์, 2553ก; ศิริจิตร, พีรพนธ์, และ สุวรรณ, 2558; สายฝน, 2554) บุคลิกภาพที่มีความผิดปกติดังกล่าว เมื่อมีสถานการณ์แวดล้อมที่เข้ามากระตุ้น ก็สามารถป่วยเป็น โรคซึมเศร้าได้ง่าย (บุญยกพ, 2550; พิชัยและศิริไชย, 2558) และ ในการศึกษาของมัลเดอร์ (Mulder, อ้างตามทินกรและคณะ, 2555) พบว่าปัจจัยทางบุคลิกภาพมีบทบาทมากในการกระตุ้น (precipitating factor) ให้เกิดโรคซึมเศร้า หรือทำให้อาการของผู้ป่วยหายช้าลงและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้

3.3 เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (Life events) การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ (developmental role transitions) การเปลี่ยนตามช่วงวัย การเข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรมความเป็นอยู่ และการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ (situation role transitions) เช่น การเกษียณอายุ ปัญหาด้านการงาน ปัญหาทางการเงิน ปัญหาสุขภาพ ปัญหาในชีวิตคู่สมรส การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนบทบาทในครอบครัวและสังคม เป็นต้น ผู้สูงอายุที่ประสบกับเหตุการณ์สำคัญ หรือเหตุการณ์เครียดในชีวิตหลายๆเหตุการณ์และไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์นั้นได้ จะส่งผลให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และทางจิตใจโดยเฉพาะ โรคซึมเศร้า (ณहतัย, 2558; ดาราวรรณ, 2556; นิรัชรา, 2557; พิชัยและศิริไชย, 2558; พีรพนธ์, 2553ก; Aziz & Steffens, 2013) จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดพิษณุโลกของรสพรและพีรพนธ์ (2558) ผลการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions) และอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ซึ่งเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิตมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุในชุมชนของประเทศบราซิลที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 367 คน โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า 2 ปัจจัย คือ เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (life events) ที่เกิดขึ้นภายใน 2 ปีก่อนการศึกษาวิจัย และการขาดการสนับสนุนทางสังคม (perceived lack of social support) ระหว่างผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชาย พบว่าอาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์สำคัญในชีวิตของผู้สูงอายุเพศหญิงและการขาดการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุเพศชาย (Silva, Alves, Tofoli, Wang, & Andrade, 2011)

4. ปัจจัยด้านสังคม (Social Factors) ได้แก่

4.1 สถานะความเป็นอยู่หรือการพักอาศัย (Living status) พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว จะมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว (นภา, 2555; Chen et al., 2012) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวเนื่องจากสภาพโสด คู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิดเสียชีวิตจากไป หรือบุตรหลานแยกย้ายไปอยู่ที่อื่นเพื่อการศึกษา

หรือทำงาน ผู้สูงอายุจะรู้สึกเหงา (loneliness) อ่างว้าง ไม่มีคนเข้าใจและเห็นใจ บางครั้งรู้สึกเหมือน ถูกทอดทิ้ง ไร้คนเหลียวแล ขาดความมั่นคงในจิตใจ ขาดที่พึ่งพา รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ต้องการ ของบุตรหลาน ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้นำมาซึ่งโรคซึมเศร้าได้มากที่สุด (ธนัญพร, 2556)

4.2 ความสัมพันธ์และทำหน้าที่ของครอบครัว (Family relationship and function) การอยู่ร่วมกันของกลุ่มบุคคลที่เป็น สมาชิกซึ่งมีความสัมพันธ์กัน และมีบทบาทและหน้าที่ แตกต่างกัน เช่น เป็นบิดา เป็นมารดา เป็นสามีหรือภรรยา หรือเป็นบุตร โดยสังคมไทยในอดีต ครอบครัวจะมีความใกล้ชิดสนิทสนมมีความผูกพัน มีความเคารพนับถือ ให้ความช่วยเหลือ ดูแลกัน อย่างทั่วถึง มีการติดต่อไปมาหาสู่หาญาติพี่น้องสม่ำเสมอ ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (Extended Family) แต่ในปัจจุบัน ครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) ไม่ค่อยมีความใกล้ชิดกันมากนักเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไป ลูกหลานต้องออกไปหารายได้นอกบ้านเพื่อมาช่วยจุนเจือครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ครอบครัวมีความสัมพันธ์และการทำหน้าที่ได้ไม่ดี มีความขัดแย้งกันในครอบครัว ขาดความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว ขาดการเคารพนับถือจากบุตรหลาน และปัญหาในครอบครัวมักเป็น ปัญหาเรื้อรังแก้ไขได้ยาก ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเครียด เหงา โดดเดี่ยว และเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง นำไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น (พิรพนธ์, 2553ก; สายฝน, 2554) ซึ่งในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าความสัมพันธ์และการทำหน้าที่ของครอบครัว ที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ชัยวัฒน์และคณะ, 2559; พัทธราภรณ์และคณะ, 2556; สายพินและจิตตินันท์, 2555; อรสาและพิรพนธ์, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของนภา (2555) สรุปปัจจัยด้านความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีความขัดแย้งกันภายในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าการมีความรักใคร่กันดีในครอบครัว

4.3 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) การขาดการสนับสนุนทางสังคม ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ขาดเพื่อน สูญเสียบทบาทและความสัมพันธ์ทางสังคม กระตุ้นให้ บุคคลนั้นเกิดความเครียด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง (ปทุมภพ, 2550; ลิวรรณ, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าการขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือการไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคซึมเศร้าได้ (นิรัชรา, 2557; มุจรินทร์และรังสิมันต์, 2559; วิชาภรณ์และ ปราโมทย์, 2559; Aziz & Steffens, 2013; Silva et al., 2011)

สรุปได้ว่าการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง เท่านั้น แต่เกิดจากหลายๆ ปัจจัย ซึ่งแต่ละปัจจัยจะส่งผลต่ออารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม

แตกต่างกัน ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทำนายนการเกิดโรคซึมเศร้าจำนวนหลายปัจจัยจะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่า

แนวทางการบำบัดรักษาและการดูแลโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวทางการบำบัดรักษาและดูแลโรคซึมเศร้ามีหลายวิธีการ หลายรูปแบบ การพิจารณาเลือกใช้การบำบัดรักษาแบบใดแบบหนึ่ง หรือประยุกต์ใช้วิธีการบำบัดรักษาและดูแลหลายรูปแบบร่วมกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยการเกิดโรคและสภาพปัญหาของผู้ป่วยซึมเศร้าแต่ละราย (คาราวรรณ, 2556; พิชัยและศิริไชย, 2558; พิรพนธ์, 2553; สายฝน, 2554; สายฝนและอุจน์จิตร, 2559; สายสมร, 2559; สาวิตรี, 2559) สิ่งที่ต้องพิจารณาในการเลือกแนวทางการบำบัดรักษาและดูแลโรคซึมเศร้า ควรมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคซึมเศร้า การค้นหาสาเหตุเพื่อให้การรักษาพร้อมกันหลายวิธีดีกว่าการรักษาด้วยยาเพียงวิธีเดียว

2. ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เพราะความรุนแรงมีความสำคัญในการวางแผนการดูแลรักษาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกรณีที่มีอาการเล็กน้อยเป็นอาการเริ่มต้น อาจใช้เพียงการพูดคุยหรือให้คำแนะนำร่วมกับการรักษาด้วยยา แต่ถ้าหากมีอาการรุนแรง ต้องใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกันและอาจได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล

3. การกลับเป็นซ้ำ คือ การกลับมามีอาการของโรคซึมเศร้ากำเริบอีกครั้งในช่วงที่อาการยังไม่หายดี อาการซึมเศร้ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นในรายที่กลับเป็นซ้ำต้องรักษาด้วยยาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี แต่ในรายที่กลับเป็นซ้ำบ่อยๆอาจต้องให้ยาเพื่อป้องกันตลอดชีวิต นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยในการกลับเป็นซ้ำเพื่อเลือกวิธีการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีเป้าหมายในการบำบัดรักษาเพื่อการประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ดูแลความปลอดภัย ลดอาการเจ็บป่วยในปัจจุบันให้แก่ผู้ป่วย

วางแผนป้องกันความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้เป็นอย่างดี โดยเลือกใช้วิธีการบำบัดรักษาดังต่อไปนี้

1. การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

การใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า (Antidepressants) จะให้ผลในการรักษาประมาณ 3–4 สัปดาห์ และต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน การให้ยาในระยะเวลาต่อเนื่องและระยะยาวจะช่วยลดจำนวนและความรุนแรงของการกลับเป็นซ้ำ ปัญหาที่พบบ่อยของการรักษาด้วยยา ได้แก่ การให้ยานานต่ำหรือระยะเวลาให้ยาสั้นเกินไป การให้ยารักษาโรคซึมเศร้าควรให้ในขนาดที่เพียงพอสำหรับการรักษาและรอสังเกตผลการตอบสนองต่อการรักษา ก่อนที่จะพิจารณาว่าการรักษาไม่ได้ผล โดยทั่วไปแล้วประสิทธิภาพของยารักษาโรคซึมเศร้าแต่ละชนิดไม่แตกต่างกัน แต่จะแตกต่างกันที่ผลข้างเคียงของยา (side effects) สำหรับการรักษาด้วยยาในระยะต่อเนื่อง (continuation) จะคงการหายของอาการไปประมาณ 6–12 เดือน โดยไม่ลดขนาดของยาหลัก เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ และการรักษาในระยะคงสภาพ (maintenance) จะป้องกันการกลับเป็นซ้ำครั้งใหม่โดยหากผู้ป่วยเป็นครั้งแรกให้ขนาดเดิมต่ออีกประมาณ 12 เดือน แต่หากเป็นซ้ำจะคงไว้ประมาณ 1-3 ปี หากเป็นบ่อยกว่า 3 ครั้ง ไม่ควรหยุดรับประทานยา (ฉนททัย, 2558; พิชัยและศิริไชย, 2558; ฟิรพนธ์, 2553; Chiu et al., 2009; Steffens et al., 2014)

2. การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy [ECT])

การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาอีกรูปแบบหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปกระตุ้นสมองเพื่อปรับสมดุลของระบบสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ให้เป็นปกติส่งผลให้อาการของโรคดีขึ้น การรักษาด้วยไฟฟ้ามีประสิทธิภาพดีในการรักษาโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) จะให้ผลการรักษาที่รวดเร็วที่สุดและมีประสิทธิภาพสูงที่สุด จะให้การรักษา 2–3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังได้รับการรักษาไปประมาณ 6–12 ครั้ง หลังจากนั้นควรให้การรักษาด้วยยาต่อไป อาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถพบได้จากการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ อาการหลงลืม (amnesia) และปัญหาความจำ (memory impairment) แต่อาการดังกล่าวจะดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ส่วนใหญ่ไม่เกิน 6 เดือน และต้องระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายที่อาจเกิดอันตรายในระหว่างการรักษา เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นการรักษาด้วยไฟฟ้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามักจะใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (ฉนททัย, 2558; พิชัยและศิริไชย, 2558; ฟิรพนธ์, 2553; สุขเจริญ, 2558; Chiu et al., 2009; Steffens et al., 2014)

3. การบำบัดรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial therapy)

การบำบัดทางจิตสังคม คือ การบำบัดโดยใช้แนวคิดและหลักการทางจิตวิทยา และสังคมวิทยาประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษา (ณหทัย, 2558; ดาราวรรณ, 2556; พิชัยและศิริไชย, 2558; พีรพนธ์, 2553) มีหลักฐานจากงานวิจัยรองรับว่าการบำบัดทางจิตสังคมอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าได้ผลดีในการบำบัดรักษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ (1) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy [IPT]) (2) การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา (Problem solving therapy [PST]) (3) การบำบัดพลวัตแบบย่อ (Brief dynamic therapy [BDI]) (4) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy [CBT]) (Baldwin, Chiu, Graham, & Katona อ้างตามณหทัย, 2558) โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy [IPT])

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเริ่มพัฒนาขึ้นโดยเมอร์นา เอ็ม เวสแมน, และเจอเรลด์ แอล เคอร์แมน (Weissman M. M., & Klerman L. G.) โดยอาศัยทฤษฎีสัมพันธภาพ (Interpersonal theory) ของเอคคอฟฟ์ แมเยอร์, และแฮร์รี สเต็ค ซัลลิแวน (Meyer A., & Sullivan S. H.) ที่อธิบายว่าปัญหาด้านสัมพันธภาพและปัญหาทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้านจิตเวช โดยเฉพาะอาการของโรคซึมเศร้า จึงพัฒนาจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้านที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ (1) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief or complicated bereavement) (2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) (3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions) (4) ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ (interpersonal deficits) เมื่อปัญหาสัมพันธภาพดังกล่าวได้รับการแก้ไขก็จะส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุดีขึ้น (พีรพนธ์, 2553; พีรพนธ์, 2558)

3.2 การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา (Problem solving therapy [PST])

การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาเป็นการบำบัดที่ใช้การวิเคราะห์พิจารณาเชิงเหตุผล เน้นไปที่การจัดการและแก้ไขปัญหาที่เฉพาะเจาะจง อาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แล้วมีการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม จะช่วยให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงดีขึ้น (ดาราวรรณ, 2556; สายฝนและอุจน์จิตร, 2559; สาวิตรี, 2559; สุวรรณ, 2558ก) สอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 7 เรื่อง เป็น Systematic Review 1 เรื่อง และ Randomized Controlled Trial 6 เรื่อง พบว่าโปรแกรมการบำบัดแบบประสานความร่วมมือ (IMPACT) ซึ่งประกอบด้วย การบำบัดด้วย

ขาด้านเศร้าและการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST-PC) มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้าทั้งแบบรุนแรงหรือแบบเรื้อรัง (วรรณษา, อทิตยา, และอัจฉราพร, 2557)

3.3 การบำบัดพลวัตทางจิตแบบย่อ (Brief dynamic therapy [BDI])

การบำบัดพลวัตทางจิตแบบย่อ เป็นการบำบัดแบบจิตวิเคราะห์เพื่อลดอัตราและยืดระยะเวลาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยที่เป็น โรคซึมเศร้าหลังจากเกิดอาการทางจิตกำเริบในระยะเฉียบพลัน (สายฝนและอุจน์จิตร, 2559) ได้มีการทบทวนผลการศึกษาของการบำบัดพลวัตทางจิตแบบย่อในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าผลการบำบัดพลวัตทางจิตแบบย่อให้ผลการรักษาดีกว่าการไม่ได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัด และได้ผลไม่แตกต่างจากการบำบัดรักษาด้วยจิตบำบัดแบบอื่นที่มีประสิทธิผลในการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) และจิตบำบัดสัมพันธ์ทางบุคคล (IPT) (Karel & Himrichsen, 2000)

3.4 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy [CBT])

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของเบค (Beck, 2011) เป็นการบำบัดรักษาที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม มีโครงสร้างการบำบัดที่ชัดเจน โดยมุ่งเน้นการแก้ไขความคิดและกระบวนการคิดที่บิดเบือนที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้บำบัดรักษาทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้ป่วยเข้าใจและแก้ไขความคิดที่บิดเบือนและไม่สมเหตุผลด้วยการสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจความเกี่ยวข้องระหว่างความคิดกับอารมณ์ และมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยจดบันทึกเหตุการณ์และความคิดอัตโนมัติทางลบ (negative automatic thoughts [NATs]) ที่เกิดขึ้นในขณะที่เกิดอารมณ์ทางลบ ทบทวนและตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นนั้นตามความเป็นจริงเพื่อช่วยแก้ไขความคิดที่บิดเบือนและให้ผู้ป่วยมีมุมมองความคิดอื่นๆที่ยืดหยุ่นมากขึ้น ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุดีขึ้น ดังที่วรนุช, ดาราวรรณ, และวิลาวัณย์ (2560) ได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบเพื่อสรุปเกี่ยวกับผลของการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและปานกลาง โดยการสืบค้นเพื่อรวบรวมงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่รายงานไว้ระหว่างปีค.ศ. 1990 ถึงค.ศ. 2011 จำนวน 4 เรื่อง พบว่าการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและปานกลาง

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าการบำบัดรักษาและการดูแลโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีหลายลักษณะ หลายรูปแบบ ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ตามแนวคิดของเบค (Beck, 2011) ร่วมกับการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองในผู้สูงอายุ

มาเป็นแนวทางในการบำบัดรักษาทางจิตสังคม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้ามีประโยชน์อย่างมาก โดยใช้เพื่อประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ (1) แบบประเมินที่ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง (self rating scales) และ (2) แบบประเมินที่ต้องประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือแล้ว (observer rating scales for severity) สำหรับเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีการนำมาใช้ในประเทศไทยส่วนใหญ่มีดังนี้ (ฉหทัย, 2558; ดารารวรรณ, 2556; สายฝน, 2554; สุวรรณ, 2558ก)

1. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบคำถามด้วยตนเอง ประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ มีข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ และความรู้สึกทางลบ 20 ข้อ ใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 10 นาที โดยตอบคำถามจากข้อความว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีเกณฑ์การให้คะแนน ข้อความทางบวกตอบ “ใช่” ให้ 0 คะแนน และตอบ “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางลบตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน และตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นเกณฑ์ในการแปลผล 4 ระดับ ดังนี้ (1) ผู้สูงอายุปกติ (normal) 0 – 12 คะแนน (2) ผู้สูงอายุมีความเศร้าเล็กน้อย (mild) 13 – 18 คะแนน (3) ผู้สูงอายุมีความเศร้าปานกลาง (moderate) 19 – 24 คะแนน (4) ผู้สูงอายุมีความเศร้ารุนแรง (severe) 25 – 30 คะแนน โดยผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) มีค่าความตรง (validity) เท่ากับ .93 และค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ .85 ข้อดีของเครื่องมือนี้ คือ มีความจำเพาะเจาะจงในการใช้กับผู้สูงอายุไทย สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่าย ใช้เวลาน้อย ส่วนข้อจำกัด คือ ไม่สามารถใช้ในการประเมินผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการรู้คิด อ่านหนังสือไม่ออก บกพร่องด้านสติปัญญาและการรับรู้ และในการพัฒนาของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองมีการทดลองใช้และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเฉพาะในผู้สูงอายุช่วงอายุ 60 – 70 ปี เท่านั้น

2. แบบประเมินภาวะอารมณ์เศร้า (Thai Depression Inventory [TDI]) พัฒนาโดยเหล่าตระกูลและสุคนิษฐ์ (Lotrakul & Sukanich, 1999) ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบคำถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0 - 3 คะแนน ใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 10 นาที แปลผลจากคะแนนรวม สามารถแบ่งคะแนนออกเป็น 5 กลุ่มดังนี้ (1) กลุ่มปกติ (no depression) 0 - 20 คะแนน (2) กลุ่มซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) 21 - 25 คะแนน (3) กลุ่มซึมเศร้าปานกลาง (less than major depression) 26 - 34 คะแนน (4) กลุ่มซึมเศร้ารุนแรง (major depression) 35 - 40 คะแนน (5) กลุ่มซึมเศร้ารุนแรงมาก (severe major depression) 41 คะแนนขึ้นไป โดยผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบประเมินภาวะอารมณ์เศร้า (TDI) มีค่าความตรง (validity) เท่ากับ .71 และค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ .85 ข้อดีของเครื่องมือนี้ คือ สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่าย ใช้เวลาน้อย ส่วนข้อจำกัด คือ ไม่จำเพาะเจาะจงในการใช้เฉพาะกับผู้สูงอายุ

3. แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดยมาโนช, ปราโมทย์, และจักรกฤษณ์ (2539) ลักษณะของแบบวัดกึ่งโครงสร้าง ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษาโดยผู้สัมภาษณ์ซึ่งได้รับการฝึกอบรมการใช้เครื่องมืออย่างชำนาญในการสัมภาษณ์อาการต่างๆของผู้ป่วย ประกอบด้วยจำนวน 17 ข้อ แต่ละข้อมีคำถามเกี่ยวกับอาการซึ่งให้คะแนนตามความรุนแรงของอาการ 0-2 คะแนน และ 0-4 คะแนน แล้วแต่ข้อคำถามนั้นๆ ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 20-30 นาที โดยแปลผลนับจากคะแนนรวม สามารถแบ่งคะแนนออกได้เป็น 5 กลุ่มดังนี้ (1) กลุ่มปกติ (no depression) 0 - 7 คะแนน (2) กลุ่มซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) 8 - 12 คะแนน (3) กลุ่มซึมเศร้าปานกลาง (less than major depression) 13 - 17 คะแนน (4) กลุ่มซึมเศร้ารุนแรง (major depression) 18 - 29 คะแนน (5) กลุ่มซึมเศร้ารุนแรงมาก (severe major depression) 30 คะแนนขึ้นไป โดยการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ HRSD-17 มีค่าความตรง (validity) เท่ากับ .82 และค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ .87 ข้อดีของเครื่องมือนี้ คือ มีจำนวนข้อน้อย สามารถจำแนกระหว่างผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการได้รวมทั้งมีความไวในการวัดการเปลี่ยนแปลงอาการ ส่วนข้อจำกัดคือ ผู้สัมภาษณ์ต้องได้รับการฝึกอบรมการใช้เครื่องมืออย่างชำนาญ และไม่เฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความจำเพาะเจาะจงในการใช้กับผู้สูงอายุไทย สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่าย ใช้เวลาน้อย เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือที่จะนำมาใช้ ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีค่าความตรง (validity) เท่ากับ .93 และค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ .85 เชื่อถือได้ว่าสามารถวัดผลลัพธ์ได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ

โดยสรุปเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความหลากหลาย แต่ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) เป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากมีความจำเพาะเจาะจงในการใช้กับผู้สูงอายุไทย และสะดวกในการนำไปใช้

การบำบัดรักษาและการดูแลโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

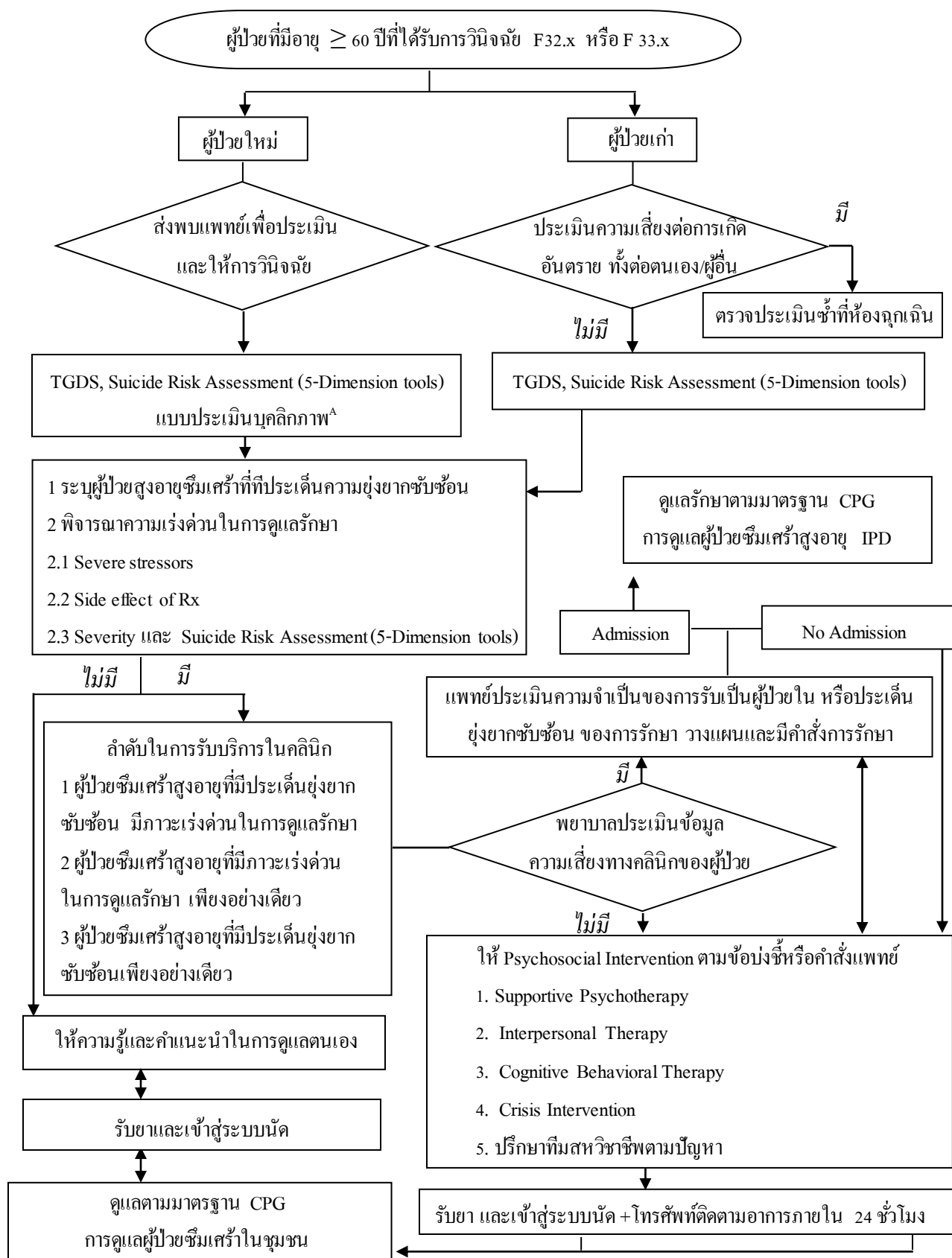
คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีขอบเขตการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แบบผู้ป่วยนอกใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โรคจิตเภท และผู้ที่มีอาการทางจิตเวชจากการเสพยาเสพติดทุกชนิด ครอบคลุม 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันโรค (prevention) การดูแลรักษา (curation) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย (rehabilitation) อย่างต่อเนื่อง มีทีมสหวิชาชีพทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย (คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ, 2560)

สำหรับสถิติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่รับบริการแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ย้อนหลัง 5 ปี นับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2556 - 2560 มีจำนวน 2,078; 2,023; 1,614; 2,257 และ 2,591 รายต่อปีตามลำดับ (งานสถิติและเวชระเบียน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2560) และพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ร้อยละ 86.56 โดยโรงพยาบาลสวนสราญรมย์มีมาตรฐานแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ คือ ผู้ป่วยทุกราย จะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและการประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองทุกครั้ง ที่มารับบริการ หลังจากนั้นพิจารณาความเร่งด่วนและระบุประเด็นความยุ่งยากซับซ้อนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในการดูแลรักษาซึ่งประกอบด้วยประเด็นต่างๆดังนี้ (1) ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้าอย่างน้อย 2 ชนิด (2) ผู้ป่วยที่พบภาวะหรือโรคร่วมทางกาย/โรคร่วมทางจิตที่อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพหรือการวางแผนในการรักษาและมีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองสูงในปัจจุบันหรือมีประวัติทำร้ายตนเองในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (3) ผู้ป่วยที่มีประเด็นเฉพาะทางเภสัชวิทยาหรือได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมด้วยในปัจจุบัน (4) ผู้ป่วยที่ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือทักษะบางประการ (5) ผู้ป่วย

ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยแน่นอน และเมื่อพิจารณาแล้วพบว่าไม่เข้าประเด็นความยุ่งยากซับซ้อน และความเร่งด่วนในการดูแลรักษา แพทย์จะตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาด้วยยาร่วมกับให้ความรู้ และคำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเข้าสู่ระบบนัด ส่วนผู้ป่วยที่มีประเด็นความยุ่งยากซับซ้อนหรือมีความเร่งด่วนในการรักษา แพทย์จะประเมินความจำเป็นของการรับเป็นผู้ป่วยใน หากไม่มีความจำเป็นจะตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดรักษาทางจิตสังคมตามข้อบ่งชี้หรือคำสั่งแพทย์ และเข้าสู่ระบบนัด รวมถึงการติดตามอาการทางโทรศัพท์ ภายใน 24 ชั่วโมง โดยการบำบัดรักษาทางจิตสังคมที่ให้ในผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า ได้แก่ (1) จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) (2) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy) (3) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) (4) การให้การปรึกษาในภาวะวิกฤติ (Crisis Intervention) (5) การปรึกษาทีมสหวิชาชีพตามปัญหาที่พบ (คณะกรรมการพัฒนาวิชาการและระบบบริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในระดับสูงกว่าตติยภูมิ, 2557)

การนัดตรวจรักษาส่วนใหญ่จะนัดทุก 4 – 12 สัปดาห์ เว้นในรายที่มีอาการซึมเศร้ามาก มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูง และมีประเด็นความยุ่งยากซับซ้อนที่ต้องให้การบำบัดรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม จะนัดตรวจรักษาและบำบัดทุก 1 - 2 สัปดาห์ตามดุลยพินิจของผู้ทำการบำบัดรักษา แต่จากรายงานการติดตามการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าของคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้ามีอัตราการขาดนัดหรือมาไม่ตรงนัดร้อยละ 30 – 40 โดยสาเหตุของการขาดนัด มาไม่ตรงนัด เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการแต่ละครั้งสูง ความพร้อมของผู้ดูแลในผู้สูงอายุรายที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล การเจ็บป่วยด้วยอาการกำเริบของโรคประจำตัว คิดว่าอาการดีขึ้นจึงหยุดการรักษาด้วยตนเอง และหลงลืมวันนัด ส่วนอัตราการไม่มารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (drop out) มีสาเหตุดังนี้ (1) ร้อยละ 18 รับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน (2) ร้อยละ 4.34 ได้รับผลข้างเคียงจากยา (3) ร้อยละ 1.08 ปฏิเสธการรักษา (5) ร้อยละ 14.13 เปลี่ยนวินิจฉัยโรค (6) ร้อยละ 7.6 คิดว่าหายป่วยแล้ว และ (7) ร้อยละ 7.6 ติดตามได้แต่ไม่มารับบริการ และไม่บอกเหตุผล ย้ายที่อยู่ และติดตามไม่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าใน ผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้าที่มีประเด็นปัญหายุ่งยากซับซ้อนและได้รับการบำบัดรักษาทางจิตสังคมมีการมารับบริการไม่ครบตามขั้นตอนของการบำบัดรักษาด้วยสาเหตุเดียวกัน คือ ความไม่สะดวกในการเดินทาง การกำเริบของโรคประจำตัว ความพร้อมของผู้ดูแล ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่สูงมาก เป็นต้น (คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุโรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2560)

แนวทางการบำบัดรักษาและการดูแลโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แสดงดังภาพ 2



ภาพ 2. แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก. ปรับปรุงจาก “มาตรฐาน CPG การดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุ OPD” ลิขสิทธิ์โดยโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับความคิดและพฤติกรรม

การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Modification หรือ CBM) มีการใช้หลายคำในการอธิบายแนวคิดดังกล่าว เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หรือ การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy หรือ CBT) การบำบัดความคิด (Cognitive Therapy หรือ CT) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Modification)

ความหมายของการปรับความคิดและพฤติกรรม

การปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral modification) คือ การบำบัดรักษาทางจิตสังคมหรือจิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้างและกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดรักษาสามารถประเมิน ตรวจสอบ และปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดที่ถูกต้อง เป็นจริงและเหมาะสม (दाराररर, 2556; ฟิรพนธ์, 2553; สมโภชน์, 2556; Beck, 2011) โดยใช้เทคนิคที่ผสมผสานกันระหว่างการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม (ณัทรและคณะ, 2553; นิดาและมาโนช, 2558; อรพรรณ, 2553) และเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับความคิดและพฤติกรรมของตนเอง เรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง และเหมาะสม เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เกิดความสอดคล้องกันระหว่างความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปกับพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดีขึ้น ส่งผลให้อาการของโรคดีขึ้นด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2550; เสาวลักษณ์, 2552)

แนวคิดและทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม

แนวคิดนี้มีความเชื่อว่า อารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออก และปฏิกิริยาทางร่างกายของบุคคลไม่ได้เกิดจากสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่เข้ามากระตุ้นโดยตรง แต่เกิดจากการรับรู้และแปลความสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบ ซึ่งเรียกว่าความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) โดยความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือน ไม่ตรงกับความเป็นจริง (dysfunctional thinking) ทำให้มีผลกระทบต่ออารมณ์ (emotion) พฤติกรรม (behavior) และอาการทางร่างกาย (physiology) ด้วย กล่าวโดยสรุป คือ สิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ (situation) จะนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) แล้วทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกขึ้นมา และนอกจากทำให้เกิดอารมณ์แล้วยังมีพฤติกรรมการแสดงออก และปฏิกิริยาหรืออาการทางร่างกายอีกด้วย โดยความคิด (cognition) อารมณ์ (emotion) พฤติกรรม (behavior) และร่างกาย (physiology) นั้นมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่งก็จะส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆ ด้วย (Beck, 1979; Beck, 2011)

เบค (Beck, 1979) ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มแนวคิดนี้อธิบายว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดจากการสะสมความคิด การรับรู้และความรู้สึกทางลบไว้กับตนเอง ซึ่งเป็นความคิดที่บิดเบือนจากความจริง 3 ประการ (cognitive triad of depression) ประกอบด้วย (1) ความคิดทางลบต่อตนเอง (negative view of self) มองว่าตนเองไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ เป็นคนที่มีข้อบกพร่อง เป็นคนอ่อนแอ และไม่เป็นที่ต้องการของใคร จึงต้องซ้ำเติมลงโทษและทำร้ายตนเอง (2) ความคิดทางลบต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว (negative view of world or experience) มองว่าคนรอบข้างหรือสังคมภายนอกมีแต่การเอาใจเอาเปรียบ แสวงหาผลประโยชน์ คอยแต่จะกีดกันและซ้ำเติม (3) ความคิดทางลบต่ออนาคต (negative view of future) มองว่าอนาคตมีแต่ความทุกข์ ความยากลำบาก ความล้มเหลว ไร้ทางออก ไร้ความหวัง ชีวิตไม่มีโอกาสดีขึ้น ทำให้แยกตัวจากสังคมและสิ่งแวดล้อม ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตนเอง ครุ่นคิดแต่เรื่องของตนเองทางลบ ลักษณะความคิดและพฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นวนเวียนซ้ำไปซ้ำมาตลอดเวลาเป็นวงจร (vicious cycle)

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยซึมเศร้าจึงมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน ไปจากความเป็นจริง (dysfunctional thinking) ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ที่ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์ พฤติกรรมและร่างกายของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นทุกข์ทรมาน ให้เป็นความคิดที่เหมาะสมและมีเหตุผล นำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์

และพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป โดยใช้หลักการบำบัด คือ (1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยให้ผู้ป่วยเข้าใจ ตระหนักถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางกายที่เกิดขึ้นของตนเอง (2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยการประเมินความคิดทางลบของตนเอง ในแง่ของความถูกต้องตามความเป็นจริง (validity) และประโยชน์ของความคิดนั้น (utility) และค้นหาวิธีจัดการหรือต่อต้านความคิดที่บิดเบือน (3) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยการปรับความคิด (cognitive restructuring) และการปรับพฤติกรรม ฝึกทักษะ การแสดงออกที่เหมาะสม (assertive training) รวมถึงการมอบหมายการบ้านให้ทำ (homework assignment) (Beck, 2011)

หลักการพื้นฐานของการปรับความคิดและพฤติกรรม

การปรับความคิดและพฤติกรรมมีหลักการพื้นฐานที่สำคัญ 10 ประการ ดังนี้ (ฉัตรและคณะ, 2553; เสาวลักษณ์, 2552; Beck, 2011)

1. การปรับความคิดและพฤติกรรม ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการตั้งเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย (case formulation) โดยนำข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยมาวิเคราะห์ในรูปแบบกระบวนการคิด (cognitive model) ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยว่าในแต่ละสถานการณ์ เขามีความรู้สึกและความคิดอย่างไร แล้วพิจารณาว่ามีปัญหาด้านใดบ้าง

2. การปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัด (psychotherapy) อย่างหนึ่ง ดังนั้นจึงต้องมีพื้นฐานของสัมพันธภาพเพื่อการรักษา (therapeutic alliance) หรือความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยที่มีขอบเขต

3. การปรับความคิดและพฤติกรรมเน้นที่ต้องอาศัยความร่วมมือ (collaboration) และการมีส่วนร่วมอย่างมาก แม้ผู้บำบัดจะมีหน้าที่แก้ปัญหาให้ผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยเองก็มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือตนเองด้วย ผู้บำบัดจะพยายามกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการบำบัด ซึ่งความร่วมมืออาจรวมถึงการทำการบ้าน (homework) ตามที่ตกลงกันว่าจะทำในการบำบัด บทบาทของผู้บำบัดเหมือนกับครูฝึก (Coach) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้เทคนิคต่างๆ และฝึกฝนการใช้เทคนิคนั้นๆจนเกิดความชำนาญ

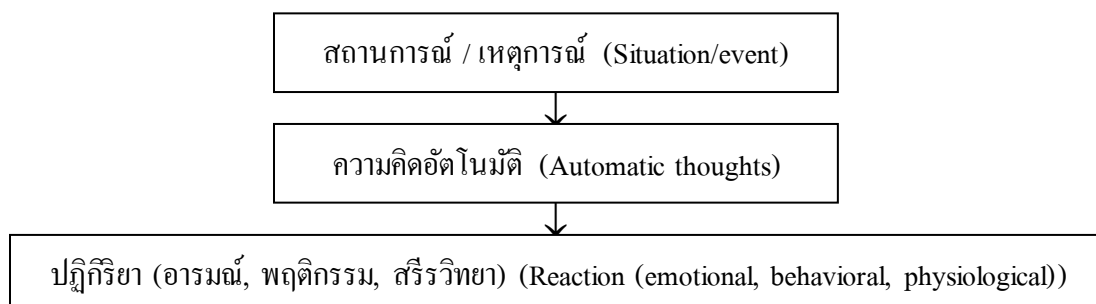
4. การปรับความคิดและพฤติกรรมมุ่งเน้นที่ปัญหา มีเป้าหมายที่ชัดเจน ซึ่งผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องทำงานร่วมกัน ตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อกำหนดปัญหาและเป้าหมายที่เป็นประโยชน์

5. การปรับความคิดและพฤติกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาในปัจจุบันเป็นสำคัญ
6. การปรับความคิดและพฤติกรรม ผู้บำบัดมีบทบาทที่จะให้ความรู้และสอนผู้รับการบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดจะต้องเป็นผู้บำบัดตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ
7. การปรับความคิดและพฤติกรรมจะต้องมีการกำหนดเวลา รวมทั้งจำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัดที่ชัดเจน
8. การปรับความคิดและพฤติกรรม จะต้องมีการโครงสร้างของการบำบัด ที่ตั้งไว้อย่างชัดเจน
9. เป้าหมายสูงสุดของการปรับความคิดและพฤติกรรม คือ สอนให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองจนสามารถเป็นผู้บำบัดของตนเองได้ โดยผู้บำบัดจะเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยสามารถค้นหา (identify) ประเมิน (evaluate) และปรับความคิดที่บิดเบือนให้เหมาะสม
10. การปรับความคิดและพฤติกรรม สามารถใช้เทคนิคที่หลากหลายเพื่อเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางร่างกาย ซึ่งการปรับเปลี่ยนจะเริ่มขึ้นที่ด้านใดก่อนขึ้นกับความเหมาะสม

กระบวนการในการปรับความคิดและพฤติกรรม

การปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดรักษาที่มีโครงสร้างที่ชัดเจน กระบวนการในการบำบัดประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ (ฉัตร, 2558; ดาราวรรณ, 2556; เสาวลักษณ์, 2552; อรพรรณ, 2553; Beck, 2011)

ขั้นตอนที่ 1 ประมวลเรื่องราวและวิเคราะห์ลักษณะปัญหาของผู้ป่วย (case formulation) โดยการใช้รูปแบบกระบวนการความคิด (cognitive model) มาใช้กับผู้ป่วยให้เข้าใจโรคหรือปัญหาของตนเอง และค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ระบุเป้าหมายและขั้นตอนของการบำบัดร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งประเมินความคาดหวังของผู้ป่วยจากการบำบัด



ภาพ 3. รูปแบบกระบวนการความคิด (cognitive model) ตามแบบของ Beck (2011)

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบหรือพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบที่ค้นพบ การค้นหาทางเลือกใหม่ในการคิด หรือการแก้ปัญหา (coping skill) ในกรณีที่ความคิดนั้นเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 3 การปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการปรับความคิดและเทคนิคการปรับพฤติกรรม รวมถึงการมอบหมายการบ้าน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผู้ป่วยได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ได้เรียนรู้การทดลองทำพฤติกรรมใหม่ๆ ในสถานการณ์จริง รวมทั้งได้ประสบการณ์ของการปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งมีผลทำให้อารมณ์ปรับเปลี่ยนตามไปด้วย

ขั้นตอนที่ 4 เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ต้องสรุปผลการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกัน ตรวจสอบการเรียนรู้ของผู้รับการบำบัดและเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ และแนะนำให้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดทักษะในการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การตรวจสอบและพิสูจน์ความคิด และการปรับเปลี่ยนความคิดให้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางอารมณ์จากความคิดทางลบซ้ำ

ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับความคิดและพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีผลต่อการปรับความคิดและพฤติกรรม ดังนี้ (คาราวรรณ, 2556; Beck, 2011)

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถระบายออกหรือเปิดปัญหาของตนเองในด้านความคิดและอารมณ์ได้ ช่วยส่งเสริมให้มีการแสดงความคิดออกมากขึ้น มองเห็นความคิดของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการปรับความคิดและพฤติกรรม สัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจึงเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ประสิทธิภาพในการบำบัด

2. อารมณ์ทางลบที่ค่อนข้างสูงของผู้รับการบำบัด จะทำให้ผู้รับการบำบัดไม่สามารถเข้าใจว่าความคิดอัตโนมัติของตนเองเป็นความคิดที่บิดเบือน

3. การจดบันทึก ควรเลือกให้เหมาะกับลักษณะของผู้รับการบำบัด และไม่ควรให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกเป็นภาระ เพราะมีโอกาสจะทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการบำบัด

4. การฝึกฝน หรือการเป็นผู้บำบัดที่ชำนาญ ผู้บำบัดต้องฝึกหัดการปรับความคิดและพฤติกรรมกับตนเองอยู่เป็นประจำ และควรมีเครือข่ายที่สามารถพูดคุย แลกเปลี่ยน เพื่อให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า self esteem และอาจมีการใช้คำที่มีความใกล้เคียงกัน เช่น self worth, self love, self confidence, self satisfaction, self regard, self evaluation, self appraisal, self image และในภาษาไทยก็มีการใช้หลายคำด้วยกัน เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การตระหนักในคุณค่าตนเอง การประเมินค่าตนเอง การนับถือตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem)

ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นหรือมุมมองที่บุคคลมีต่อตนเองทั้งในทางบวกและทางลบด้านความมั่นใจ ความพึงพอใจ และการเคารพตนเอง (Rosenberg, 1979) โดยการเปรียบเทียบตัวตนที่บุคคลรับรู้ (real self) กับตัวตนในอุดมคติ (ideal self) โดยบุคคลที่มองเห็นตนเองในอุดมคติขัดแย้งกับตนเองตามความเป็นจริง จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) และบุคคลที่มีความคิดเห็นต่อตนเองตามความเป็นจริง สอดคล้องกับตนเองในอุดมคติ จะเป็นคนที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง (วันเพ็ญและรัตนภูมิ, 2558ก) โดยบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีความพึงพอใจ ขอมรับและเคารพตนเอง เมื่อมองเห็น ความผิดพลาดของตนเอง จะขอมรับและพยายามปรับปรุงให้ดีขึ้น ส่งผลให้มีการปรับตัวด้านอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมในทางที่ดี ประสบความสำเร็จในการทำสิ่งต่างๆ ที่ตนเองปรารถนาสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดี ส่วนบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึกต่ำต้อยกว่าบุคคลอื่น จนเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ (นปภัช, 2556; นุบผาทิพย์, 2556; Coopersmith อ้างตามสรินญา, 2552; Rosenberg, 1979)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

มีแนวคิดและทฤษฎีที่มีการกล่าวถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลากหลาย แนวคิดและทฤษฎีด้วยกันแต่ที่มีการกล่าวถึงอย่างกว้างขวาง (มาลิณี, 2553; ศรีเรือน, 2561; สรินญา, 2552) ได้แก่

1. ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs Theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่ามนุษย์ทุกคนเกิดมาโดยธรรมชาติแล้วมีความพร้อมที่จะทำสิ่งที่ดี หากเขาได้รับความต้องการตามลำดับ ซึ่งแสดงไว้ในรูปของฐานพีระมิด โดยความต้องการลำดับแรกจะมีมากที่สุดเป็นความต้องการพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนขาดไม่ได้ ไปจนถึงความต้องการสูงสุดในบันไดขั้นที่ 5 ซึ่งความต้องการทั้ง 5 ชั้น มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ความต้องการด้านร่างกายหรือด้านกายภาพ (physiological needs) คือ ความต้องการขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนพึงมีและพึงต้องการเพื่อการดำรงชีวิตให้อยู่รอด คือปัจจัย 4 ได้แก่อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค ซึ่งความต้องการเหล่านี้ถือว่ามีความจำเป็น หากมนุษย์ไม่ได้รับความต้องการเหล่านี้เพียงพอก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของร่างกาย และ ประสิทธิภาพของการทำงานอย่างแน่นอน แต่ถ้าหากความต้องการขั้นแรกไม่ได้รับการตอบสนองก็ยากที่จะพัฒนาสู่ขั้นอื่นๆ ได้

1.2 ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย (safety needs) คือการมีชีวิตอยู่รอด และปลอดภัย ต้องการครอบครัวที่อบอุ่น ต้องการงานที่มั่นคง เพื่อนำไปสู่ความมั่นคงของฐานะและการเงิน หากมนุษย์ได้รับความรู้สึกว่ามีมั่นคงและปลอดภัยจะทำให้เกิดความสำเร็จ ทั้งในเรื่องส่วนตัวและการทำงานอย่างแน่นอน และหากไม่ได้รับการตอบสนองจะเกิดความรู้สึกหวาดกลัว รู้สึกไม่มั่นคง

1.3 ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (belongingness and love needs) คือ การมีเพื่อน มีครอบครัว คนรัก มีการยอมรับในความสามารถและตัวตน ความเป็นพวกพ้อง

1.4 ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียงและความภาคภูมิใจ (self - esteem needs) เมื่อเติบโตมาถึงจุดหนึ่งที่มีความต้องการด้านกายภาพ ความปลอดภัย ความรัก เพียงพร้อมสมบูรณ์ จะเริ่มมีความต้องการอีกขั้นคือความก้าวหน้าและการยอมรับในคุณค่าของตนจากบุคคลรอบข้าง ความต้องการการยกย่องชมเชย โดยแบ่งเป็นการนับถือตนเอง คือ การเห็นคุณค่าของตนเอง เชื่อมั่นว่าตนเองมีความรู้ความสามารถ และสามารถประสบความสำเร็จได้ และการยอมรับการนับถือจากผู้อื่นหรือคนรอบข้าง คือ การได้รับการยกย่อง เชิดชูให้รางวัลจากบุคคลอื่น

1.5 ความต้องการความสมบูรณ์ของชีวิต (self - actualization needs) เป็นความต้องการขั้นสูงสุด ที่มนุษย์น้อยคนจะไปถึงได้ ความต้องการนี้เป็นความต้องการและความปรารถนาที่มนุษย์จะใช้ความสามารถและศักยภาพที่มีทั้งหมดในการสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ เท่าที่เขาพึงจะทำได้ตามศักยภาพ

2. ทฤษฎีตัวตน (Roger's Self Theory) ของ คาร์ล โรเจอร์ส (Carl Rogers)

ทฤษฎีของโรเจอร์ส กล่าวว่า ตน หรือ ตนเอง (self) คือ การรวมกันของรูปแบบค่านิยม เจตคติ การรับรู้และความรู้สึก ซึ่งแต่ละบุคคลมีอยู่และเชื่อว่าเป็นลักษณะเฉพาะของตนเอง และตนเองเปลี่ยนแปลงได้ตามวุฒิภาวะและการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง โดยมนุษย์มีตัวตน 3 แบบ คือ

2.1 ตัวตนที่ตนมองเห็น (self concept) ภาพที่ตนเห็นเองว่าตนเป็นอย่างไร มีความรู้ความสามารถ ลักษณะเพราะตนอย่างไร เช่น สวย รวย เก่ง ต่ำต้อย ขี้อาย ช่างพูด เก็บตัว เป็นต้น การมองเห็นอาจจะไม่ตรงกับข้อเท็จจริงหรือภาพที่คนอื่นเห็น

2.2 ตัวตนตามความเป็นจริง (real self) ตัวตนตามข้อเท็จจริง แต่บ่อยครั้งที่ตนมองไม่เห็นข้อเท็จจริง เพราะอาจเป็นสิ่งที่ทำให้รู้สึกเสียใจ ไม่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น เป็นต้น

2.3 ตัวตนตามอุดมคติ (ideal self) ตัวตนที่อยากมีอยากเป็น แต่ยังไม่เป็นไปในสภาวะปัจจุบัน เช่น ชอบเก็บตัว แต่อยากเก่งเข้าสังคม เป็นต้น

ถ้าตัวตนทั้ง 3 ลักษณะ ค่อนข้างตรงกันมากจะทำให้มีบุคลิกภาพมั่นคง เห็นคุณค่าในตนเองว่ามีความสามารถเท่าเทียมกับบุคคลอื่น สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข แต่ถ้าแตกต่างกันมาก ก็จะมี ความสับสนและอ่อนแอ ขาดความมั่นใจในตนเอง มีปัญหา ด้านบุคลิกภาพ ส่งผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิต

3. ทฤษฎีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self - esteem) ตามแนวคิดโรเซนเบิร์ก (Rosenberg)

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979) อธิบายว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างอัตมโนทัศน์ (self concept) โดยทั้งสองสิ่งไม่ใช่สิ่งเดียวกัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นเพียงมิติหนึ่งของโครงสร้างอัตมโนทัศน์ ซึ่งแยกออกเป็น 2 มิติ คือ

3.1 การตระหนักรู้ตนเอง (cognitive self) เป็นเรื่องของการรับรู้ และความเข้าใจที่บุคคลมีต่อตนเอง จากบทบาท สถานภาพ ภายใน โครงสร้างสังคมที่บุคคลนั้นอาศัย หรือเป็นสมาชิกอยู่ ทำให้บุคคลแต่ละคนมีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง เช่น เป็นบิดามารดา เพื่อน ครู เอกลักษณ์ที่ได้จากสังคมทำให้รับรู้ว่าเป็นใคร คนอื่นเป็นใคร การรับรู้นำไปสู่อัตมโนทัศน์ของบุคคล ซึ่งไม่เกี่ยวกับการประเมินตนเองของบุคคล

3.2 การประเมินตนเอง (evaluation self) เป็นการอธิบายตนเองของบุคคล ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลนำตนเองไปประเมินกับสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่น เพื่อที่จะให้รับรู้ว่าเป็น

มีคุณค่าหรือมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงหรือต่ำเพียงใด การที่บุคคลรู้สึกต่อตนเองในเรื่อง การรับรู้คุณค่าของตนเองอย่างไร ก็จะนำไปสู่พฤติกรรมเช่นนั้น

นอกจากนี้ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979) ยังได้อธิบายว่า ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองมี 2 รูปแบบ ดังนี้ (1) การเห็นคุณค่าตนเองในภาพรวม (global self-esteem) คือ การที่ บุคคลมีทัศนคติต่อตนเองโดยรวมในด้านความมั่นใจ ความพึงพอใจ และการเคารพตนเอง ไม่แยก พิจารณาเอกลักษณ์เด่น (salient identities) ด้านใดด้านหนึ่งของตนเอง (2) ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองเฉพาะด้าน (specific self esteem) คือ การที่บุคคลมีทัศนคติต่อตนเองในด้านใดด้านหนึ่ง โดยแยกพิจารณาเฉพาะเอกลักษณ์เด่นเท่านั้น และ โรเซนเบิร์กยังได้สรุปความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไว้ว่าถ้าบุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในด้านใดด้านหนึ่งแล้ว จะส่งผลให้การเห็นคุณค่า ตนเองในภาพรวมสูงขึ้น หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้านใดด้านหนึ่งต่ำการประเมินคุณค่า ในตนเองภาพรวมก็จะต่ำไปด้วย เช่น ถ้าบุคคลมองว่าตนเองเป็นคนดี มีคุณธรรม เขาจะมองตนเอง ว่ามีคุณค่าและเห็นคุณค่าของตนเองในภาพรวมสูงขึ้นไปด้วย

จากแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัย ได้นำแนวคิดของ Rosenberg (1979) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากสาเหตุส่วนหนึ่งของการเกิด โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการประเมินตนเองด้านใดด้านหนึ่งในทางลบ มองตนเองว่า ไร้ค่า ไร้ประโยชน์ เห็นคุณค่าในตนเองด้านใดด้านหนึ่งต่ำ การประเมินคุณค่าในตนเองภาพรวม ก็ต่ำไปด้วย

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึก ความคิดเห็นที่มีต่อตนเอง การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยบุคคลอื่นจึงทำได้ยาก ดังนั้นแบบประเมินที่เป็น การรายงานด้วยตนเองจึงเป็นเครื่องมือวัดที่ดีกว่าแบบประเมินที่ประเมินโดยบุคคลอื่น จากการ ทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการนำเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่เป็นแบบรายงานด้วยตนเองและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย คือ แบบประเมินคุณค่าในตนเองของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self - Esteem Scale [RSE]) ซึ่ง มี การแปลมากกว่า 50 ภาษา มีการนำไปทดสอบในประชากรหลากหลายกลุ่มทั้งวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ สำหรับประเทศไทยได้มีการแปลและนำมาใช้ในผู้สูงอายุโดยเขาวลัทธิ (2529)

ด้การศึกษาของสินีนาฏ (2559) ที่ได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาประเมินความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 30 คน พบว่าในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยได้ค่าความตรง (validity) เท่ากับ .83 และค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ .86

แบบประเมินคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของโรเซนเบิร์กเป็นการตอบคำถามด้วยตนเองเกี่ยวกับเจตคติ และความรู้สึกที่มีต่อตนเองในด้านความมั่นใจ ความพึงพอใจ และการเคารพตนเอง มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ และข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ ลักษณะของการให้คะแนนคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (1) 10–20 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (2) 21–30 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง (3) 31–40 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

1. เพศ จากการศึกษาของอรุณศิริ (2546) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายเป็นเพศที่มีบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัวหารายได้มาจุนเจือครอบครัว แต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาทเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไป รายได้ลดต่ำลง ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง ได้มากกว่าเพศหญิงซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่น้อยกว่า

2. สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประวัตติ, 2553; ปริญญาและระวีวรรณ, 2548) ผู้สูงอายุสถานภาพโสด หย่าร้างหรือเป็นหม้าย และอยู่ตัวคนเดียว มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่าผู้สูงอายุสถานภาพคู่และอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุที่ยังคงอยู่กับคู่ครองและครอบครัว มักจะได้รับความรัก ความสนใจ การเคารพนับถือ รวมทั้งได้รับ

การสนับสนุนอื่นๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมองว่าตนเองยังคงมีคุณค่าต่อคนในครอบครัว (สุพรรณษาและคณะ, 2559)

3. ระดับการศึกษา จากการศึกษาของปริญญาและระวีวรรณ (2548) พบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับงานวิจัยของอรุณศิริ (2546) ที่สรุปผลการศึกษาว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.00$) โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษานูปริญญาถึงปริญญาตรี จะมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

4. ความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าของตนเองในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจประเภทรายได้มากกว่ารายจ่าย และรายได้พอดีกับรายจ่าย มีความเพียงพอของรายได้ จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย และไม่มีรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประวัตติ, 2553; ปริญญาและระวีวรรณ, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในมูลนิธิสงเคราะห์คนชราของมาตุรีและมาลี (2560) พบว่าผู้สูงอายุมองว่าเมื่อตนเองอายุเพิ่มมากขึ้นไม่มีรายได้ ต้องเป็นภาระของบุคคลอื่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ยังคงมีบุตรหลาน ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับบุตรหลาน จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีมุมมองของความสูงอายุในทางลบและประเมินคุณค่าของตนเองต่ำ

5. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปริญญาและระวีวรรณ, 2548; อรุณศิริ, 2546) บุคคลในครอบครัวมีความสำคัญต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุ ดังนั้นการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันภายในครอบครัว การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้สอนลูกหลานในประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้เกิดความรักความอบอุ่นภายในครอบครัว ย่อมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าและมองเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น (อรทัย, 2553)

6. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จากการศึกษาพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปริญญาและระวีวรรณ, 2548; อรุณศิริ, 2546) จากทฤษฎีบทบาททางสังคม (Role Theory) และ ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม (Activity Theory) ที่อธิบายว่าผู้สูงอายุที่ยังคงบทบาทหน้าที่ต่อเนื่องในสังคมและมีกิจกรรมทำต่อเนื่อง จะมีความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือหน้าที่ใดๆ อีกทั้งยังมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิลาวัดย์และอรวรรณ (2555) ที่ได้ศึกษาการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรม ได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ได้ทำกิจกรรมอะไรใหม่ๆ รู้สึกมีความสุขในการใช้ชีวิต และมีความภาคภูมิใจในตนเองสูง

7. สถานะด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิต อีกทั้งยังส่งผลต่อข้อจำกัดด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และนำไปสู่ภาวะพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง รู้สึกเป็นภาระ สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (บรรลุ, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุของปริญญาและระวีวรรณ (2548) ที่พบว่าปัญหาสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี

8. สุขภาวะทางจิต ปัญหาในด้านความอารมณ์และจิตใจ ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธ์ ทรัพยากรทางครอบครัว และการไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศ เป็นต้น แสดงออกมาเป็นความวิตกกังวล ความว้าวุ่น ความซึมเศร้า ความโกรธ ความน้อยใจ ความเสียใจ รวมถึงความไม่มั่นคงทางอารมณ์ การควบคุมอารมณ์และปัญหาการควบคุมอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (ประวัตติ, 2553) สอดคล้องการศึกษาของบุญสิตา, ธนะมินทร์, และวริณรัตน์ (2554) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีสหสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .543, p < .01$) โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะจิตต่ำ ก็จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำไปด้วย

สรุปผลจากการทบทวนพบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอรายได้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมในครอบครัวและทางสังคม สถานะด้านสุขภาพ และสุขภาวะทางจิต ผู้วิจัยยังได้นำผลการทบทวนนี้ไปใช้ในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยวิธีการจับคู่เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเท่าเทียมกันในปัจจัยด้านเพศ ซึ่งสามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ทั้งกับภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนปัจจัยด้านรายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม นำมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพอจะสรุปแนวทางในการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในผู้สูงอายุได้ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2552; กรมสุขภาพจิต, 2558ก; ชุติเดช, 2554; สิรินทร, 2552)

1. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี โดยใช้หลัก 3 อ. อาหาร อารมณ์ และออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอ การผ่อนคลายความเครียด การสร้างอารมณ์ขัน และการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับร่างกายรวมทั้งการดูแลตนเองโดยพยายามลด ละ เลิก สิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต และสามารถดูแลตนเองได้ยาวนาน ผู้สูงอายุเองจะรู้สึกสบายใจว่าไม่ได้เป็นภาระของลูกหลาน รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560)

2. พัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองและความเชื่อมั่นในตนเอง คิดในสิ่งที่ดีเกี่ยวกับรูปลักษณ์จิตใจและอารมณ์ของตนเอง ยอมรับข้อดีข้อเสียของตัวเอง ไม่คิดเปรียบเทียบกับคนอื่น ชื่นชมตนเอง และมีความคิดค้นบวกต่อตนเอง ชีวิตที่คิดบวกหรือการมองชีวิตด้านบวก จะทำให้ผู้สูงอายุพร้อมเผชิญปัญหาและปรับความคิดและพฤติกรรมในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น ได้ดีขึ้น การคิดบวกทำให้ตัวของผู้สูงอายุมีความสุข ไม่เครียด และได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ศรีประภา, 2553; สุพรรณษาและคณะ, 2559)

3. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในเรื่องง่ายๆ เช่น กิจวัตรประจำวัน งานบ้าน เล็กๆ น้อยๆ หรือการดูแลหลาน เป็นต้น เพื่อให้เกิดความตระหนักในตนเองและเพิ่มความเชื่อมั่นว่าตนเองยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ โดยไม่ต้องพึ่งพาหรือเป็นภาระผู้อื่น จะทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเองและมีความสุข (สุพรรณษาและคณะ, 2559)

4. ส่งเสริมการทำความดี การเสียสละ ทำตนให้เป็นประโยชน์ และช่วยเหลือสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ประเมินตนเองในทางบวกว่าสามารถทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นในสังคมได้ การช่วยเหลือผู้อื่น ช่วยเหลือสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนตามที่ตนเองสามารถเข้าร่วมได้นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (สุพรรณษาและคณะ, 2559)

5. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและกิจกรรมทางสังคม เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและมีการช่วยเหลือกันในครอบครัว ชุมชน ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ มั่นใจว่าตนเองยังมีคุณค่าต่อลูกหลานและคนอื่น (สุพรรณษาและคณะ, 2559; สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2558)

6. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมนันทนาการ เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างความสุขทางใจให้แก่ผู้สูงอายุ และเป็นกิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมความพร้อมทางร่างกายในด้านต่างๆตามวัยของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเพลิดเพลิน ได้แก่ การละเล่นดนตรี นาฏศิลป์ การร้องรำทำเพลง การเล่นกีฬาทั้งในร่มและกลางแจ้ง และการเล่นเกมต่างๆ เมื่อผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้สำเร็จจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ดังการศึกษาของพิมพ์จรัส (2560) เรื่องการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าผ่านเกมออนไลน์ พบว่าการเล่นเกมจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเมื่อรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ และสามารถทำได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของชนภักซ์ (2553) ที่ใช้กิจกรรม “เพลงพาเพลิน” มาช่วยในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขและการได้ปฏิบัติกิจกรรมที่น่าสนใจต่างๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า

7. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการทำงาน มีอาชีพเล็กๆ น้อยๆ ที่เหมาะสมกับวัยของตนเอง เป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ หรือการทำงานเพื่อรายได้เสริม (work) ซึ่งอาจจะเป็นงานประจำ หรืองานพิเศษก็ได้ เช่น การทอผ้า การทำอาหารสำเร็จรูป การปลูกพืชผัก การปลูกสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ เป็นต้น ผู้สูงอายุที่รู้จักจัดสรรการใช้เวลาว่างของตนในแต่ละวันให้เป็นประโยชน์และมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน จะเป็นหนทางที่นำไปสู่ความสุข การมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีส่วนช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและเป็นผู้สูงอายุที่ทรงคุณค่า (ศักดิภัทร์, 2556) นอกจากนี้จากบทความวิชาการของกัลป์พฤกษ์ (2555) อธิบายว่ากิจกรรมการปลูกต้นไม้ซึ่งเป็นหนึ่งในกิจกรรมนันทนาการบำบัดที่เป็นทางเลือกหนึ่งในการเยียวยาผู้สูงอายุสามารถสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง และเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง เมื่อเห็นผลสำเร็จของกิจกรรมนั้น

8. ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และการยอมรับนับถือบุคคลอื่น

9. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ให้การปรึกษา/วิทยากร/นักจัดรายการวิทยุชุมชน ฯลฯ ถ่ายทอดการสั่งสมประสบการณ์ให้กับชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจและเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนมีพลังในการดำเนินชีวิต และป้องกันภาวะซึมเศร้า

10. การฝึกบริหารจิตใจ ฝึกทำสมาธิ ฝึกทำจิตใจให้ว่าง เป็นเทคนิคการสร้างความสุขด้วยตนเองด้วยจิตวิทยาเชิงบวก ทำให้จิตใจเข้มแข็ง มีสติ สามารถเข้าใจตนเองและปรับปรุงตนเองได้เสมอ เมื่อมีปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ จะสามารถพิจารณาได้อย่างมีเหตุผล ไม่ใช่อารมณ์

ไม่ปล่อยจิตตนเองไปตามอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์ด้านลบ เช่น อารมณ์โกรธ อารมณ์เศร้า เสียใจ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุข มีสุขภาพจิตที่ดี นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น (เกสร, 2559) ดัชนีการศึกษาของเสาวนีย์ (2542) พบว่าการฝึกสมาธิ (วิปัสสนากัมมัฏฐาน) สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) นอกจากนี้การทำสมาธิด้วยการนำจิตจดจ่ออยู่ที่ลมหายใจจะช่วยเฝ้าระวังเห็นสิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริงทั้งด้านที่เป็นความสุขและความทุกข์ในชีวิต ยอมรับและกล้าที่จะเผชิญกับปัญหา หรืออุปสรรคต่างๆ ด้วยจิตใจที่มั่นคง เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ยอมรับนับถือตนเอง มองเห็นคุณค่าของตนเองเพิ่มมากขึ้น (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2558)

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า มีเพียงการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มวัยอื่นๆ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองในกลุ่มอื่นๆ โดยสามารถแบ่งเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ กลุ่มที่ศึกษา และรูปแบบโปรแกรม ดังนี้

1. การศึกษาแนวคิดที่นำมาใช้ใน โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 5 เรื่อง คือ

1.1 การศึกษาของอังคณา (2554) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศราร่วม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วย depressive disorder และ major depressive disorder ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับมาก อายุ 40 - 65 ปี จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดการปรับพฤติกรรมความคิดของ Beck (1979) ร่วมกับกระบวนการให้การปรึกษากลุ่มของ Mahler (1969) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม จัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ทั้งหมด 5 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ

90-120 นาที โดยแต่ละครั้งมีระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ครั้งที่ 1 ขึ้นก่อตั้งกลุ่มและขึ้นเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่ม ครั้งที่ 2 3 และ 4 ขั้นตอนการดำเนินงานการปรับพฤติกรรมความคิดและพฤติกรรม ครั้งที่ 5 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา สรุปกิจกรรมทั้งหมด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนทดลอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

1.2 การศึกษาของ ศรีวิไล (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง สองกลุ่มแบบวัดก่อนหลัง การทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ อายุ 20 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงมาก จำนวน 30 ราย ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดการบำบัดพฤติกรรมทางความคิดของเบคและคณะ (Beck et al., 1979) ดำเนินโปรแกรมฯ เป็นรายบุคคล จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที จำนวน 8 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

1.3 การศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ของบุษบา (2555) เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม เปรียบเทียบผลก่อนหลังการทดลองและระยะติดตามผล ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุ 15 - 20 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเสนาและมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 30 ราย พัฒนาโปรแกรมฯ โดยใช้แนวคิดของ Beck (1979) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม การดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าภายหลังการได้รับโปรแกรมฯและในระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

1.4 การศึกษาของดาราวรรณและคณะ (2556) ในผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางการลดภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุ 18 - 60 ปี จำนวน 36 ราย ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก คือ

(1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ (2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ (3) การปรับเปลี่ยนความคิดหรือการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาตามความเป็นจริง ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคล จำนวน 9 ครั้ง โดยจะนัดผู้ป่วยมาพบที่แผนกผู้ป่วยนอก ในครั้งที่ 1, 2, 3, 6 สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ส่วนในครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 จะเป็นการบำบัดทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และในครั้งที่ 7 - 9 เป็นการเยี่ยมบ้านและการประเมินภาวะซึมเศร้า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งใช้เวลาครั้งละ 30 - 90 นาที ผลการศึกษาสรุปว่า (1) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (2) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล (3) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในระยะหลังการทดลองไม่พบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม

1.5 การศึกษาผลการปรับความคิดทางโทรศัพท์ร่วมกับจิตบำบัดรายบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (อุ้นจิตร, 2556) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 44 คน ผู้วิจัยได้นำแนวคิดจากการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1979) และเทคนิคการปรับความคิดของ Stuart (2005) มาสร้างเป็น โปรแกรมการบำบัดความคิดทางโทรศัพท์ร่วมกับจิตบำบัดรายบุคคล ประกอบด้วย การบำบัด 10 ครั้ง เป็นการบำบัดรายบุคคล โดยพบผู้บำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอก 4 ครั้ง (ครั้งที่ 1, 4, 7 และ 10) และการบำบัดทางโทรศัพท์ 6 ครั้ง (ครั้งที่ 2, 3, 5, 6, 8 และ 9) ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 8 ห่างกัน 1 สัปดาห์ ส่วนครั้งที่ 9 และ 10 ห่างกัน 2 สัปดาห์ รวมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ สำหรับการบำบัดรายบุคคลกับผู้บำบัดโดยตรงจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ผลการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อติดตามไป 3 เดือน และ 6 เดือน ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมและนอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสูญหายไปจากการวิจัยเนื่องจากแพทย์เปลี่ยนการวินิจฉัยไปจากเดิมกลุ่มละ 1 คน และมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามได้ เมื่อสิ้นสุดการศึกษาการทดลองจึงเหลือกลุ่มทดลอง 17 คน และกลุ่มควบคุม 16 คน

จากการทบทวนการศึกษาแนวคิดที่นำมาใช้ในการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่ามีการนำแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของเบค (Beck) มาใช้เป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาโปรแกรม นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิดของกระบวนการให้การปรึกษา การให้การปรึกษากลุ่ม และเทคนิคการปรับพฤติกรรม มาร่วมในการพัฒนา

โปรแกรมอีกด้วย โดยทุกโปรแกรมมีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้นอกจากนี้สามารถสรุปประเด็นสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการบำบัด ดังนี้

1. รูปแบบการดำเนินกิจกรรมสามารถทำได้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล โดยพบว่าการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่ดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลมากกว่ารายกลุ่ม

2. กิจกรรมที่ใช้ใน โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม มี 5 ขั้นตอน คือ (1) การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ทำความเข้าใจเรื่องความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม (2) การค้นหาความคิดอัตโนมัติ (3) การปรับเปลี่ยนความคิด (4) การปรับพฤติกรรม (5) การประเมินตนเองถึงความก้าวหน้า ทบทวนความรู้ความเข้าใจก่อนการยุติโปรแกรม

3. ช่องทางของการปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถทำได้หลายช่องทาง ทั้งการทำจิตบำบัดที่คลินิก การปรับความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์ และการปรับความคิดและพฤติกรรมที่บ้าน แต่ยังไม่พบการใช้คู่มือในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4. ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง 30 – 120 นาที

5. ระยะเวลารวมในการดำเนิน โปรแกรมตั้งแต่ 3 – 12 สัปดาห์ และพบว่าการดำเนิน โปรแกรมที่นานเกินไปมีโอกาสที่ผู้ป่วยจะ จะได้รับการบำบัดไม่ครบตามโปรแกรมสูง

2. การศึกษาแนวคิดที่นำมาใช้และรูปแบบของ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 3 เรื่อง คือ

2.1 เซวานีและอุมพร (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 75 ปีและมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่อยู่ในชุมชนจำนวน 20 คน พัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดของ Beck มีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 15 - 60 นาที รวมเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้โปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีระดับความซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 การศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (วัชรและรังสิมันต์, 2557) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอก อายุ 60 ปี ขึ้นไปที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงมาก จำนวน 40 คน ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดการเกิดโรคซึมเศร้าของเบค (Beck, 2011) ร่วมกับแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุของ Laidlaw et al. (2003) ประกอบด้วย

3 ขั้นตอน การดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล จำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่การทำหน้าที่หลังได้รับโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (2) หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่การทำหน้าที่ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 การศึกษาของบุศราและคณะ (2560) เป็นการศึกษาผลของ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 70 ปี ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 24 คน ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Beck (1995) ร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการพัฒนาโปรแกรม มีกิจกรรมหลัก 3 กิจกรรม การดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนเฉลี่ยความหวังหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากการทบทวนการศึกษาแนวคิดที่นำมาใช้และรูปแบบของ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่ามีการนำแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของเบค (Beck) มาใช้เป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาโปรแกรม และมี 1 การศึกษาที่นำแนวคิดของ Beck ร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการพัฒนาโปรแกรม โดยทุกโปรแกรมมีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้สูงอายุทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้ นอกจากนี้สามารถสรุปรูปแบบของโปรแกรมได้ดังนี้

1. รูปแบบการดำเนินกิจกรรมมีทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล โดยพบว่าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าใช้จัดบำบัดรายบุคคล ส่วนในผู้สูงอายุทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม

2. กิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมมี 3 ขั้นตอนหลักตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck คือ (1) การประเมินปัญหา (2) การปรับเปลี่ยนความคิด (3) การปรับพฤติกรรม

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง 15 - 90 นาที

4. ระยะเวลารวมในการดำเนินโปรแกรม 4 – 5 สัปดาห์

3. การศึกษารูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง จำนวน 4 เรื่อง คือ

3.1 คาราวรรณและคณะ (2559) ศึกษาประสิทธิผลของคู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า อายุ 18 - 60 ปี ที่รับบริการในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน ใน 5 ภาคของประเทศ จำนวน 70 คน พัฒนาคู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองจากแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมของเบค (Beck, 1995, 2011) ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกการค้นหาความคิดอัตโนมัติ การประเมินและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ โดยการเลือกตอบหรือเขียนข้อมูลไปตามที่คู่มือแนะนำ รวมทั้งมีการให้ฝึกซ้ำรวม 3 ครั้ง ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าในระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะติดตามผล 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีการลดลงและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในทุกระยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 โดยพฤติกรรมกระตุ้นสุราของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการได้รับคู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง และต้นทุนประสิทธิผลของการใช้คู่มือนี้ต่ำกว่าการดูแลตามมาตรฐาน

3.2 การศึกษาผลของโปรแกรมบรรณบำบัดเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของวัดภวและปาริชาติ (2558) เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมากกว่า 6 เดือน อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 56 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นคู่มือช่วยเหลือตนเองเพื่อปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Good Mood Guide: A self-help manual for depression) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่ม Life Line South Coast (NSW) ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย จำนวน 8 เล่ม (8 บท) โดยใช้เวลาเล่มละ 1 สัปดาห์ ดำเนินการเป็นรายบุคคล โดยชี้แจงการใช้คู่มือและทำกิจกรรมที่บ้าน ติดตามผล 3 ครั้ง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์หลังการทดลอง ใช้ทีมนักวิจัย 3 คน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงในระยะหลังการทดลองทันที และลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง อย่างไรก็ตามในกลุ่มทดลองมีระดับการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าที่มากกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 3 ระยะ

3.3 การศึกษาของวิลเลียมและคณะ (William et al., 2013) ศึกษาผลของการใช้คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าในระบบบริการปฐมภูมิเป็นงานวิจัย RCT กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีภาวะซึมเศร้าจากศูนย์บริการทางสุขภาพ 7 แห่งในเมืองกลาสโกว์และสกอตแลนด์ ประเทศอังกฤษ จำนวน 281 คน กลุ่มทดลองจะได้รับคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Overcoming Depression: A Five Areas Approach) ไปบำบัดด้วยตนเองในระยะเวลา 4 เดือน เนื้อหาในคู่มือประกอบด้วยทักษะการแก้ปัญหา การใช้ยาต้านเศร้า การจัดการกับปัญหาการนอนและอื่นๆ ในการบำบัดจะมีการนัดหมายกับผู้บำบัด 3 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 และมีการติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 4 เดือน และ 12 เดือน ผลพบว่าภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ใช้คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4 การศึกษาของริชาร์ดและคณะ (Richards et al., 2014) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบการเชื่อมต่อผ่านระบบเครือข่ายทางคอมพิวเตอร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน การดำเนินโปรแกรมจะมีทั้งการพบผู้บำบัดแบบตัวต่อตัว การบำบัดแบบการเชื่อมต่อผ่านระบบเครือข่ายทางคอมพิวเตอร์ โดยโปรแกรมมีชื่อว่า Mind Balance มีทั้งหมด 7 หน่วยการสอน และการสนับสนุนทางโทรศัพท์ ใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ มีการประเมินผลหลังการทดลองทันที และติดตามในระยะ 3 และ 6 เดือน หลังการทดลอง ผลพบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพ สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

สรุปผลการทบทวนการศึกษารูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองพบว่ายังไม่มีการศึกษาในกลุ่มของผู้สูงอายุ แต่จะเห็นได้ว่าผลของการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้คู่มือ บรรณบำบัด และการบำบัดผ่านระบบเครือข่ายทางคอมพิวเตอร์ สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมาข้างต้น (ดาราวรรณและคณะ, 2559; บุศราและคณะ, 2560; วัชรวิและรังสิมันต์, 2557; วัลภาและปาริชาติ, 2558) ผู้วิจัยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง เพื่อให้มีประสิทธิภาพและมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยออกแบบลักษณะของโปรแกรมดังนี้

1. เนื้อหาและกิจกรรมต่างๆพัฒนาจากกรอบแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของเบค (Beck, 2011) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการบำบัด 3 ขั้นตอนหลัก คือ (1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ (2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ (3) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม ได้แก่ แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม การปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง และคู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง (คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์) โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและศักยภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

3. จำนวนกิจกรรมและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม คือ ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 3 กิจกรรม รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเป็นระยะเวลา และจำนวนครั้งที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและให้ผลลัพธ์ในการลดภาวะซึมเศร้าที่ไม่แตกต่างกับการใช้ระยะเวลาและจำนวนกิจกรรมที่มากกว่านี้

4. ระยะเวลาในการทำกิจกรรม เฉพาะในกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 3 ครั้งละ 60 นาที ซึ่งเป็นระยะเวลาที่มีความเหมาะสมเพียงพอในการก่อให้เกิดความสนใจ การเรียนรู้และพัฒนาตนเองในแต่ละกิจกรรม และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม

5. การประเมินผล ทำการประเมินผลทันทีหลังการดำเนินโปรแกรม เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินผลทันที และการประเมินผลในระยะติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ให้ผลไม่แตกต่างกัน

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการเรียนรู้ไปในทางที่เสื่อมถอยลง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น ส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมา โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจที่พบได้มากในวัยสูงอายุ และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นตามสัดส่วนประชากรของประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง สมรรถภาพในการดูแลตนเองลดลง การเกิดโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีการสูญเสียสิ่งต่างๆในชีวิต บทบาทหน้าที่บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลอันเป็นที่รัก ที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกต่อตนเองในแง่ลบ ท้อแท้ เบื่อหน่าย น้อยใจ ขาดที่พึ่ง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง และนำไปสู่โรคซึมเศร้าในที่สุด และหากไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม อาการอาจรุนแรงขึ้นหรือกลับมาเป็นซ้ำ รู้สึกต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในด้านลบมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อบุคคลอื่น อยู่อย่างไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ อาจคิดถึงความตายและฆ่าตัวตายในที่สุด

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็เป็นปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตในสังคม และมีเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันกับโรคซึมเศร้าอย่างมาก เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุต่ำลงจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าแล้วไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ก็จะยิ่งทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง และจากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการบำบัดรักษาและการดูแลโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่า การปรับความคิดและพฤติกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการเรียนรู้และลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง โดยใช้คู่มือประกอบการเรียนรู้สามารถช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ นอกจากนี้ยังพบว่า การพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุสามารถใช้เทคนิคต่างๆ ในการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้อีกด้วย เช่น การชื่นชมตนเองหรือการพูดกับตนเองในแง่บวก การฝึกสมาธิหรือการทำจิตให้นิ่งจดจ่ออยู่กับลมหายใจ เป็นต้น

ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT) ของเบค (Beck, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง และรูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในผู้สูงอายุมาพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล จำนวน 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ใช้เวลา 60 นาที กิจกรรมที่ 2 การปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองโดยใช้คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์ ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมที่ 2 ด้วยตัวผู้ป่วยเองนั้นจะมีการติดตามทางโทรศัพท์จำนวน 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อติดตามปัญหาอุปสรรค ให้กำลังใจและช่วยเหลือ รวมถึงกระตุ้นการปฏิบัติในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพักการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ก่อนเริ่มกิจกรรมใหม่' กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ใช้เวลา 60 นาที รวมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control group designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4

- X หมายถึง โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง
- O1 หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าก่อน ได้รับโปรแกรม
- O2 หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรม
- O3 หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าก่อน ได้รับการดูแลตามปกติ
- O4 หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าหลังได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder : MDD)

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้า (MDD) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10) รหัส F32 และ F33 (WHO, 2016) ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (MDD) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) รหัส F32 และ F33 (WHO, 2016) ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ที่กำหนด ดังนี้

1. ผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี ตามเกณฑ์ของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553)

2. มีความเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (mild) 13 – 18 คะแนน ถึงระดับปานกลาง (moderate) 19 – 24 คะแนน ประเมินโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537)

3. มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ (10 – 20 คะแนน) ถึงระดับปานกลาง (21 – 30 คะแนน) ประเมินโดยแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยเยาวลักษณ์ (2529)

4. มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย หรือไม่มีภาวะพึ่งพา 12 - 20 คะแนน ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BAI) (สุทธิชัย, ภิรมย์, สุนิตย์, และศรีจินตรา, 2537)

5. ไม่มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) จุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Congenital impaired) สำหรับผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา คือ < 17 คะแนน และผู้สูงอายุที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คือ < 22 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

6. สามารถอ่านออกและเขียนได้

7. ไม่บกพร่องทางการได้ยินหรือการมองเห็นจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้

8. ไม่ได้รับการบำบัดรักษาทางจิตสังคมด้วยรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งมาก่อน ยกเว้นการได้รับการพยาบาลตามปกติ

คุณสมบัติที่ต้องคัดออกจากกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้

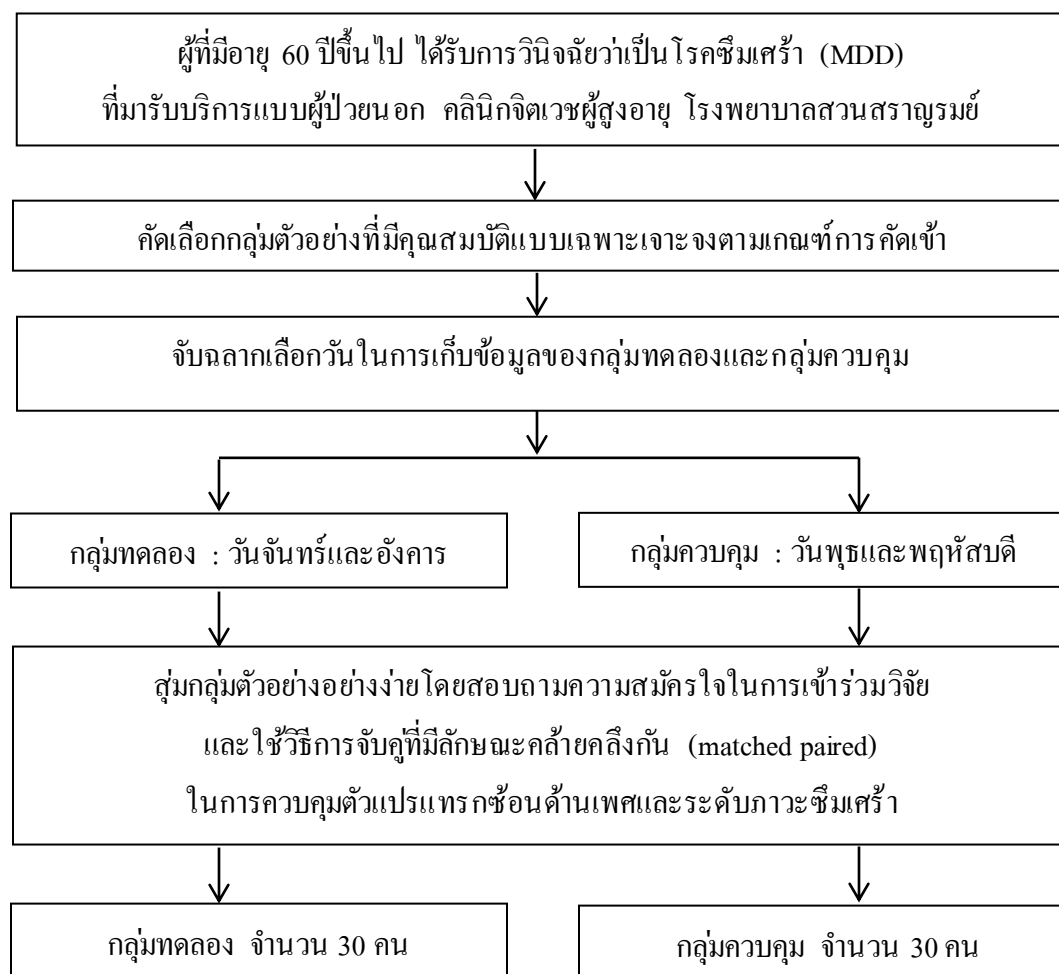
1. แพทย์ผู้ทำการรักษาเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยโรค

2. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วงที่ทำการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกวันในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการถ่ายเทสิ่งทีทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับฉลากเลือกวันในการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มละ 2 วันต่อสัปดาห์ ผลการจับฉลาก คือ กลุ่มทดลองมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันจันทร์และวันอังคารของสัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันพุธและวันพฤหัสบดี

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยการสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย และใช้วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ คือ เพศ และระดับภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงได้ดังภาพ 4



ภาพ 4. ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทำโดยการหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีตัวแปรและกลุ่มประชากรที่ศึกษาใกล้เคียงกันที่สุด คือ การศึกษาผลของจิตบำบัดปรับระดับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของอุดมลักษณ์ (2554) โดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดอิทธิพลของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.82 และผู้วิจัยนำขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้มากำหนดขนาดตัวอย่างโดยเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ โพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2012) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้ทำการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (ชานินทร์, 2550) ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ซึ่งเป็น แบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (cognitive impairment) ในด้านต่างๆ คือ ด้านการรับรู้เรื่องเวลา (Time orientation) การรับรู้เรื่องสถานที่ (Place orientation) การรับข้อมูลใหม่ (Registration) การระลึกข้อมูล (Recall) ความตั้งใจและการคำนวณ (Attention and Calculation) ภาษา (Language) การลอกเลียน (Repetition) รวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา (Visual constructional) ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนต้องพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ในกรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ผู้สูงอายุผิดปกติ (สมรรถภาพสมองบกพร่อง) จะมีคะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม

23 คะแนน กรณีที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ผิดปกติจะมีคะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และกรณีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ผิดปกติจะมีคะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Modified Barthel Activities of Daily Living Index [BAI]) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ปรับปรุงและพัฒนาโดยสุทธิชัยและคณะ (2537) เพื่อใช้เป็นแบบประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม เช่น การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตั้งแต่ 0 ถึง 3 และ 1 ถึง 3 เรียงลำดับตามความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม โดยคะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0 - 20 คะแนน และมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ (1) 0 - 4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด (2) 5 - 8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่ (3) 9 - 11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาบางส่วน (4) 12 - 20 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาลดน้อยหรือไม่มีภาวะพึ่งพา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT) ของเบค (Beck, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง (दारवारณและคณะ, 2559; วัลภาและปาริชาติ, 2558) และการปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ (บุศราและคณะ, 2560; วัชรและรังสิมันต์, 2557) และการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ (Knowles อ้างตามอัญญา, 2559) โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล จำนวน 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ใช้เวลา 60 นาที กิจกรรมที่ 2 การปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์ ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมที่ 2 ด้วยตัวผู้ป่วยเองนั้น จะมีการติดตามทางโทรศัพท์จำนวน 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อติดตามปัญหาอุปสรรคในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ให้กำลังใจและช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ในการอ่านและการทำความเข้าใจคู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองได้ดีขึ้น รวมถึงกระตุ้นการปฏิบัติในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพักการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ตามข้อกำหนดของแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้เตรียมสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อเข้าสู่กิจกรรมต่อไป กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ใช้เวลา 60 นาที รวมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดย (1) การสร้างสัมพันธภาพ (2) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและการบำบัดรักษาด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (3) อธิบายเป้าหมายและขั้นตอนของการบำบัด (4) กระบวนการปรับความคิดและพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 2 การปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์ เป็นการฝึกทักษะต่างๆในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งเนื้อหาในคู่มือประกอบด้วย (1) การปรับความคิดโดยฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดแบบใหม่ทดแทนความคิดทางลบแบบเดิม (2) การปรับพฤติกรรมโดยฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความคิด รวมถึงการทดลองจัดการกับอารมณ์และความคิดในสถานการณ์จริง (3) การปรับพฤติกรรมโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมในแต่ละวันตามที่ได้รับมอบหมาย

กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดย (1) ประเมินผลการเรียนรู้และการทดลองปฏิบัติในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง (2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการทบทวนการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การตรวจสอบและพิสูจน์ความคิด และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้เหมาะสม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ดังนี้

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพการพักอาศัย สถานภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การทำงาน รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

3.2 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยเขวาลักษณ์ (2529) เป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) 4 ตัวเลือก คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับเจตคติและความรู้สึกที่มีต่อตนเอง มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยมีข้อคำถามทางบวก 5 ข้อ คือข้อ 1, 2, 4, 6 และ 7 ส่วนข้อคำถามทางลบ 5 ข้อ คือข้อ 3, 5, 8, 9 และ 10 การให้คะแนนโดยเรียงลำดับคะแนนจาก 1 – 4 ตามลำดับความเป็นลบ – บวก ซึ่งข้อคำถามทางลบจะมีการกลับคะแนนตรงข้ามกัน

การให้คะแนนความรู้สึก	ทางบวก	ทางลบ	
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	3	คะแนน
เห็นด้วย	3	2	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1	คะแนน

การแปลผล นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นเกณฑ์ในการแปลผล 3 ระดับ ดังนี้

- 10 - 20 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ
- 21 - 30 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง
- 31 - 40 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

3.3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ คือ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ส่วนข้อที่เหลือจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางลบ

เกณฑ์การให้คะแนน

- ข้อความทางบวก ตอบ “ใช่” ให้ 0 คะแนน และหากตอบ “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน
- ข้อความทางลบ ตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน และหากตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน

การแปลผล นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นเกณฑ์ในการแปลผล 4 ระดับ ดังนี้

- 0 - 12 คะแนน หมายถึง ปกติ
- 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าเล็กน้อย
- 19 - 24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง
- 25 - 30 คะแนน หมายถึง มีความเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity)

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล นำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย (1) จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชในผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน (2) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตขั้นสูงที่มีประสบการณ์

ทางด้านการดูแลผู้ป่วยและวิจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและทำงานไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 1 ท่าน (3) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่มีความรู้และประสบการณ์ทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการบำบัดรักษาทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความครอบคลุมของเนื้อหาหลังการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity Index [CVI]) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้ (1) ปรับเนื้อหาในใบความรู้โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ด้านอาการให้เน้นกลุ่มอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (DSM-5) และการรักษาให้เน้นการรักษาด้วยยาเป็นลำดับแรกและร่วมกับกิจกรรมอื่น ๆ ด้านการรักษาเพิ่มเรื่องการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยเฉพาะการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่จะทำให้มีอาการซึมเศร้า/ความรู้สึกมีคุณค่าดิ่งขึ้นได้อย่างไร (2) กำหนดให้มีการบ้านให้ผู้ป่วยเพื่อแสดงให้เห็นว่าเข้าใจการค้นหาความคิดอัตโนมัติจริง โดยเพิ่มในคู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง (3) ปรับข้อความและภาษาให้เหมาะสม เช่น คำว่า “การฝึกสมาธิ” เป็น “การฝึกจิตหนึ่ง” เพื่อให้เป็นกลางๆสำหรับผู้ป่วยทุกศาสนา และคำว่า “ความคิดเดิม” เป็น “ความคิดเดิมที่ทำให้ซึมเศร้า/ไม่มีค่าเป็นทุกซ์” เป็นต้น

ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) (2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BAD) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ (1) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของโรเซนเบิร์ก (2) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ไม่ได้นำมาหาความตรงตามเนื้อหาเนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีการพัฒนาและการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาแล้ว มีความน่าเชื่อถือ และผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใดๆ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

2.1 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) (Polit & Beck, 2012) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .85

2.2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) (Polit & Beck, 2012) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87

3. การตรวจสอบความเป็นไปได้ของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

นำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ของโปรแกรม เนื้อหา วิธีการ ระยะเวลาที่ใช้ และความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมในการดำเนินการวิจัย หลังการทดลองใช้โปรแกรมพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ถนัดที่จะตอบคำถามโดยการเขียนตามความคิดของตนเอง จึงปรับเพื่อให้ผู้สูงอายุบอกเล่าทั้งในขณะที่พบกันตัวต่อตัวและบอกเล่าทางโทรศัพท์ และผู้บำบัดเป็นผู้บันทึกข้อมูลไว้ในประวัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรมแต่ละราย แล้วนำมาพูดคุยกันอีกครั้งในกิจกรรมการประเมินผลการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมด้วยตนเองทั้งหมด และมีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแบบสอบถาม โดยวางแผนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยศึกษาระเบียบวิธีวิจัย ทบทวนความรู้ในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของเบค (Beck, 2011) รวมทั้งทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพิ่มเติมจากตำราบทความวิชาการและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ และเข้ารับการอบรมการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT in Nursing Practice) ซึ่งจัดโดยศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับชมรมจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย (CAT) ระหว่างวันที่ 23 – 25 พฤษภาคม 2561

1.2 เตรียมเครื่องมือในดำเนินการวิจัย โดยสร้าง โปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรมด้วยตนเอง ที่จะนำไปดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างและในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมความพร้อมในกิจกรรมต่างๆของ โปรแกรม เพื่อให้สามารถดำเนินการกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 นำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์แล้ว จึงขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจาก โรงพยาบาล สวนสราญรมย์ต่อไป

1.4 เลือกผู้ช่วยวิจัย เป็น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการ ทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างและในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย โดยประสานกับบุคลากรที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

1.6 ผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่กำหนดไว้จากแฟ้มประวัติของผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า และมีนั้รับบริการรักษาที่แผนก ผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย

1.7 บันทึกข้อมูลของกลุ่มทดลอง เพื่อใช้ในการคัดเลือกกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ ตามคุณสมบัติที่มีความคล้ายคลึงกัน

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง และพิทักษ์ สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย โดยการให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นรับทราบ และยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยลงในใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไป ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) และแบบประเมิน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อนการดำเนินการวิจัย

2.3 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง ใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยดำเนินการ เป็นรายบุคคล จำนวน 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนการปรับ

ความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ใช้เวลา 60 นาที กิจกรรมที่ 2 การปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์ ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมที่ 2 ด้วยตัวผู้ป่วยเองนั้น จะมีการติดตามทางโทรศัพท์จำนวน 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อติดตามปัญหาอุปสรรคในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ให้กำลังใจและช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ในการอ่านและการทำความเข้าใจคู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ได้ดีขึ้น รวมถึงกระตุ้นการปฏิบัติในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพักการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ก่อนเริ่มกิจกรรมใหม่ กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ใช้เวลา 60 นาที รวมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดย (1) การสร้างสัมพันธภาพ (2) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและการบำบัดรักษาด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (3) อธิบายเป้าหมายและขั้นตอนของการบำบัด (4) กระบวนการปรับความคิดและพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 2 การปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์ เป็นการฝึกทักษะต่างๆ ในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งเนื้อหาในคู่มือประกอบด้วย (1) การปรับความคิดโดยฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดแบบใหม่ทดแทนความคิดทางลบแบบเดิม (2) การปรับพฤติกรรมโดยฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความคิด รวมถึงการทดลองจัดการกับอารมณ์และความคิดในสถานการณ์จริง (3) การปรับพฤติกรรมโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมในแต่ละวันตามที่ได้รับมอบหมาย

กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดย (1) ประเมินผลการเรียนรู้และการทดลองปฏิบัติในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง (2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการทบทวน การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การตรวจสอบและพิสูจน์ความคิด และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้เหมาะสม

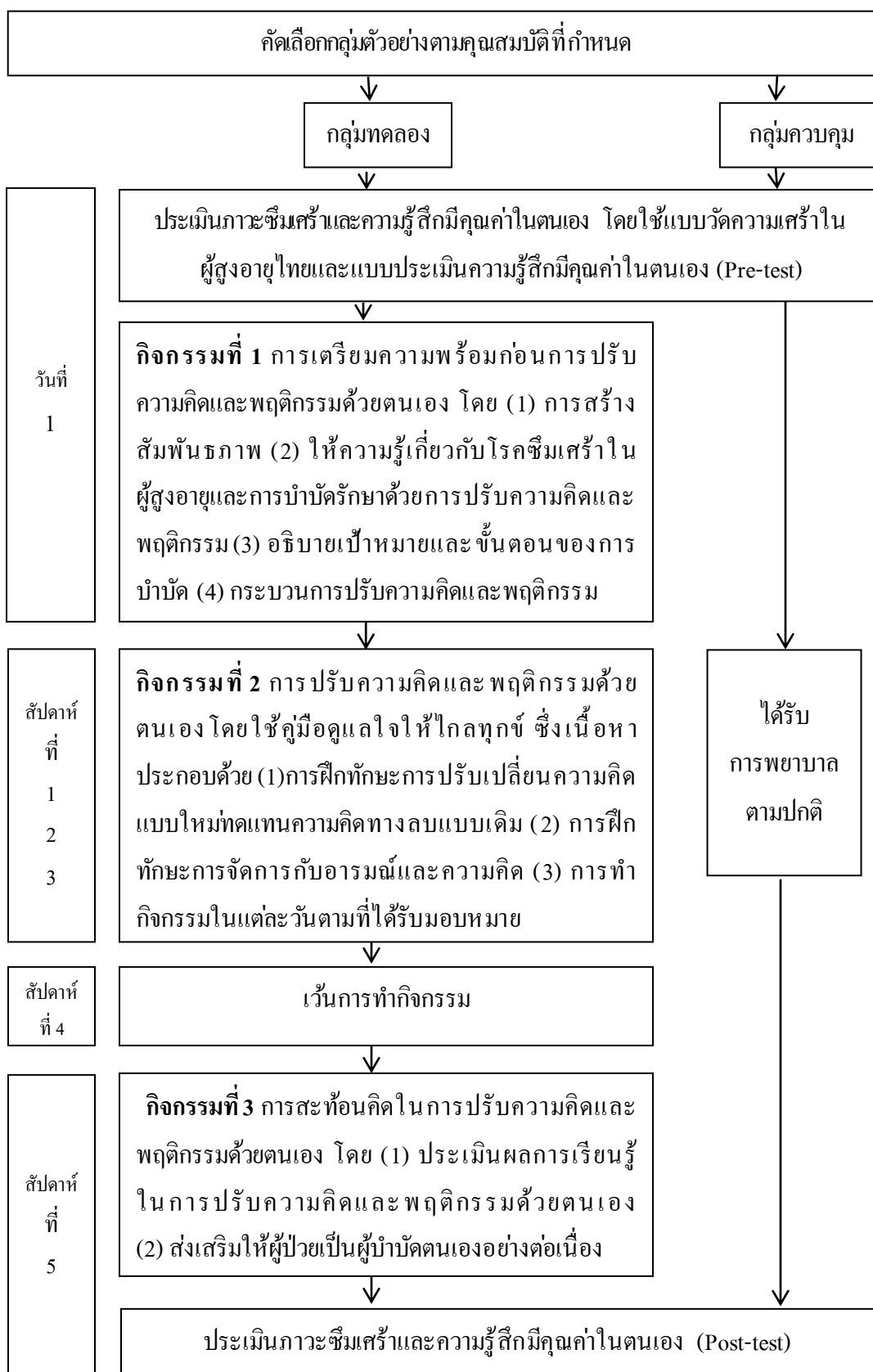
2.4 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง หลังการทดลอง โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) และแบบประเมินความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง ในวัดนัดพบแพทย์ (สัปดาห์ที่ 5) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ชั้นประเมินผล

3.1 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน และความถูกต้องของแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย

3.2 นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

ขั้นตอนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถแสดงได้ดังภาพ 5



ภาพ 5. ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทรที่รับรอง PSU IRB 2018 – NSI 021 และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เลขที่โครงการวิจัย SSR REC ๙/๒๕๖๑ ก่อนดำเนินการวิจัย

2. ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยการเคารพ ความเป็นส่วนตัว มีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาการวิจัย ขั้นตอน การดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ระหว่างการวิจัยและการดูแลช่วยเหลือหากกลุ่มตัวอย่างมีความไม่สบาย เครียด หรือเกิด ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือทันทีและ/หรือส่งต่อยังโรงพยาบาล สวนสราญรมย์เพื่อช่วยเหลือต่อไป การวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ ตอรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกขั้นตอน ข้อมูลทั้งหมดไม่มีการเปิดเผยที่จะทำให้ ได้รับความเสียหาย ข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการดำเนินการวิจัย ครั้งนี้ไม่พบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบ ทุกขั้นตอน

3. กรณีที่กลุ่มควบคุมมีความสนใจหรือต้องการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรมด้วยตนเอง สามารถเข้าร่วมได้ภายหลังสิ้นสุดการทดลองแล้ว ซึ่งในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม 1 รายสนใจในโปรแกรมการปรับความคิดและ พฤติกรรมด้วยตนเองแต่ไม่สะดวกเข้าร่วมในช่วงเวลาหลังการทดลองทันที ขอเลื่อนเป็นเข้าร่วม ในอีก 1 เดือนหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติโดยใช้สถิติที่คู่ (paired t-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติโดยใช้สถิติที่อิสระ (independent t-test)

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบค่าที่พบว่าข้อมูลคะแนนภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normal distribution) ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ณ คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ คัดเลือก กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 30 คน เก็บรวบรวม ข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ประกอบด้วย

สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

สมมติฐานข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐาน ข้อที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม การปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและทดสอบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square) พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นลักษณะข้อมูลด้านสัมพันธภาพในครอบครัวพบที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 1

ตาราง 1

แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($N = 60$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	P
	(n = 30)	(n = 30)		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
เพศ			0.00 ^a	1.00
ชาย	6 (20)	6 (20)		
หญิง	24 (80)	24 (80)		
อายุ	$M = 64.60$ ($SD = 3.10$)	$M = 65.70$ ($SD = 3.05$)	0.44 ^b	0.29
	$Min = 60, Max = 69$	$Min = 60, Max = 69$		
60 – 64 ปี	14 (46.67)	9 (30)		
65 – 69 ปี	16 (53.33)	21 (70)		
ระดับการศึกษา			7.88 ^c	0.06
ประถมศึกษา	21 (70)	28 (93.3)		
มัธยมศึกษา	3 (10)	0 (0)		
ปวช./ อนุปริญญา	1 (3.3)	0 (0)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5 (16.7)	2 (6.7)		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	P
	(n = 30)	(n = 30)		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
สถานภาพ			0.50 ^c	0.91
โสด	2 (6.7)	1 (3.3)		
สมรส	18 (60)	20 (66.7)		
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	10 (33.3)	9 (30)		
สภาพการพักอาศัย			1.50 ^c	0.83
อยู่ลำพัง	3 (10)	2 (6.7)		
อยู่กับคู่สมรส	10 (33.3)	14 (46.7)		
อยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน	8 (26.7)	6 (20)		
อยู่กับบุตรหลาน	7 (23.3)	7 (23.3)		
อยู่กับญาติ/บุคคลอื่น	2 (6.7)	1 (3.3)		
สัมพันธภาพในครอบครัว			4.81 ^a	0.03
ใกล้ชิด/อบอุ่น	20 (66.7)	27 (90)		
ห่างเหิน/ขัดแย้ง	10 (33.3)	3 (10)		
การทำงาน/อาชีพในปัจจุบัน			9.50 ^c	0.09
ไม่ได้ทำงาน	15 (50)	17 (56.7)		
ว่างงาน	2 (6.7)	5 (16.7)		
ทำงานบ้าน	7 (23.3)	10 (33.3)		
ผู้เกษียณอายุราชการ	6 (20)	2 (6.7)		
ทำงาน/ประกอบอาชีพ	15 (50)	13 (43.3)		
รับจ้าง	3 (10)	1 (3.3)		
เกษตรกร	12 (40)	12 (40)		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน			0.38 ^c	0.98
≤ 10,000 บาท	14 (46.7)	16 (53.4)		
10,001 – 20,000 บาท	11 (36.7)	10 (33.3)		
≥ 20,001 บาท	5 (16.6)	4 (13.3)		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	P
	(n = 30)	(n = 30)		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ความเพียงพอของรายได้			0.08 ^a	0.77
เพียงพอ	22 (73.3)	21 (70)		
ไม่เพียงพอ	8 (26.7)	9 (30)		
ภาวะสุขภาพ			1.94 ^c	0.59
ไม่มีโรคประจำตัว	10 (33.3)	9 (30)		
มีโรคประจำตัว 1 โรคขึ้นไป	20 (66.7)	21 (70)		
กิจกรรมทางสังคม			0.34 ^a	0.56
ไม่มีส่วนร่วม	7 (23.3)	9 (30)		
มีส่วนร่วม	23 (76.7)	21 (70)		

a = Pearson chi-square, b = Fisher's exact test, c = Likelihood ratio

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มทดลองมีจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ย 64.60 ปี ($SD = 3.10$) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 60 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 33.3 สัมพันธภาพในครอบครัวมากกว่าครึ่งเป็นแบบใกล้ชิด/อบอุ่น ร้อยละ 66.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 73.3 ด้านภาวะสุขภาพมีโรคประจำตัว 1 โรคขึ้นไป ร้อยละ 66.7 และส่วนมากร้อยละ 76.7 มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

สำหรับกลุ่มควบคุมซึ่งมีจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ย 65.70 ปี ($SD = 3.05$) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 93.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.7 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบใกล้ชิด/อบอุ่น ร้อยละ 90 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40 ครั้งหนึ่งมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 53.3 ส่วนมากมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 70 ด้านภาวะสุขภาพมีโรคประจำตัว 1 โรคขึ้นไป ร้อยละ 70 และส่วนมากร้อยละ 70 มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ($M = 29.40$, $SD = 1.22$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 22.30$, $SD = 2.68$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตาราง 2

ตาราง 2

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired *t*-test) ($n = 30$)

	n	คะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		<i>t</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>		
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	22.30	2.68	15.66	.000
หลังได้รับโปรแกรม	30	29.40	1.22		

สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ($M = 7.17$, $SD = 3.51$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 17.53$, $SD = 2.98$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและ หลัง ได้รับ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้สถิติที่คู่ (Paired *t*-test) ($n = 30$)

	n	คะแนนภาวะซึมเศร้า		<i>t</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>		
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	17.53	2.98	28.27	.000
หลังได้รับโปรแกรม	30	7.17	3.51		

สมมติฐานข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ($M = 29.40$, $SD = 1.22$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 25.90$, $SD = 2.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ($M = 22.30$, $SD = 2.68$) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 22.07$, $SD = 1.57$) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.41$, $p = .683$) ดังตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent *t*-test) ($N = 60$)

	n	คะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		<i>t</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>		
ก่อนได้รับโปรแกรม				0.41	.683
กลุ่มทดลอง	30	22.30	2.68		
กลุ่มควบคุม	30	22.07	1.57		
หลังได้รับโปรแกรม				6.61	.000
กลุ่มทดลอง	30	29.40	1.22		
กลุ่มควบคุม	30	25.90	2.63		

สมมติฐานข้อที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ($M = 7.17, SD = 3.51$) ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 9.93, SD = 3.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ($M = 17.53, SD = 2.98$) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 17.53, SD = 2.21$) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.00, p = 1.00$) ดังตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) ($N = 60$)

	n	คะแนนภาวะซึมเศร้า		t	p
		M	SD		
ก่อนได้รับโปรแกรม				0.00	1.00
กลุ่มทดลอง	30	17.53	2.98		
กลุ่มควบคุม	30	17.53	2.21		
หลังได้รับโปรแกรม				2.95	.005
กลุ่มทดลอง	30	7.17	3.51		
กลุ่มควบคุม	30	9.93	3.74		

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการศึกษาดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยผลจากการเปรียบเทียบความแตกต่างด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบว่าส่วนใหญ่จำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย (ชัยวัฒน์และคณะ, 2559; มุจรินทร์และรังสิมันต์, 2559; อรสาและพิรพนธ์, 2554; Chen et al., 2012; Sengupta & Benjamin, 2015) ทั้งนี้เพราะบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงที่ถูกกดดัน

ภายใต้ความรับผิดชอบต่อครอบครัวจนก่อให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย โดยมีอายุเฉลี่ย 65 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การสูญเสียบทบาททางสังคม การเกษียณอายุ การจากไปของบุคคลใกล้ชิด รายได้ลดลง อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง (ศรีเรือน, 2545) ภาวะวิกฤตในชีวิตหลายด้านๆจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (ณหทัย, 2558; คาราวรรณ, 2556; นิรัชรา, 2557; พิชัยและศิริไชย, 2558; พีรพนธ์, 2553ก; Aziz & Steffens, 2013) ในส่วนของระดับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของกาคาฟี (2551); ธัญพร (2556) ที่อธิบายว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีระดับการศึกษาต่ำกว่า มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า (นิรัชรา, 2557; วิชาภรณ์และปราโมทย์, 2559; อรสาและพีรพนธ์, 2554; Chen et al., 2012) ด้านการพักอาศัยพบว่าส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง บุตรหลานแยกย้ายไปอยู่ที่อื่นเพื่อสร้างครอบครัวใหม่ ทำงาน และการศึกษา ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา อ้างว้าง บางครั้งรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นคงในจิตใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ต้องการของบุตรหลาน ความรู้สึกเหล่านี้นำมาซึ่งภาวะซึมเศร้า เห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น (ธัญพร, 2556; พีรพนธ์, 2553ก; สายฝน, 2554) แต่ด้านสถานภาพและความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกลับพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นแบบใกล้ชิด/อบอุ่น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางเพราะ การได้รับการเกื้อหนุนช่วยเหลือ และให้กำลังใจจากคู่สมรสและการมีความรักใคร่กันดีในครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและมีที่พึ่ง (สาวิตรี, 2559)

นอกจากนี้ด้านการทำงาน/การประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถทำงานได้โดยประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่คัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60 - 69 ปี ยังมีพลัง มีความแข็งแรง มีสมรรถภาพด้านต่างๆใกล้เคียงกับวัยกลางคน สามารถดูแลช่วยเหลือพึ่งพาตนเองได้ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553; ศรีเรือน, 2545) และผู้สูงอายุยังคงต้องการการทำงานอยู่ตามศักยภาพของตนเองในขณะนั้น เพราะมีความจำเป็นต้องใช้เงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงชีพตนเองและการรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วยโดยไม่ต้องพึ่งพาลูกหลานหรือผู้อื่น (ศิริวรรณ, 2543) ส่วนด้านรายได้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท และรายได้ที่ได้รับความเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของเทพฤทธิ์และคณะ (2554); นภา (2555); อรสาและพีรพนธ์ (2554) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ส่วนในด้านภาวะสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ทั้งนี้เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของ

ร่างกายในทางที่เสื่อมลง (รศรินทร์และคณะ, 2556) ส่งผลให้สมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมถอยลง เกิดโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรัง ระยะเวลาในการรักษาโรคนาน ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการรักษา ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (จารุวรรณ, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (กาคาฟี, 2551; นภา, 2555; วิชดาและปิยธิดา, 2558) นอกจากนี้ด้านมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ นิรัชรา (2557); มุจรินทร์และรังสิมันต์ (2559); วิชารักษ์และปราโมทย์ (2559) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมหรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมหรือไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ถึงแม้ว่าคุณลักษณะด้านสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มทดลองมีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบใกล้ชิด/อบอุ่นน้อยกว่าและมีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบห่างเหิน/ขัดแย้งมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่หลังการทดลองยังพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นรวมทั้งคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในกลุ่มทดลองยังมีปัจจัยเสริมอื่นๆ ที่มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้แก่ การพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานร้อยละ 26.7 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีเพียงร้อยละ 20 นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มทดลองร้อยละ 76.7 มากกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 70 จึงเป็นเหตุผลที่ช่วยให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ตามสมมติฐานการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ($M = 29.40, SD = 1.22$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 22.30, SD = 2.68$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตาราง 2) และ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 25.90, SD = 2.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตาราง 4)

และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ($M = 7.17, SD = 3.51$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 17.53, SD = 2.98$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตาราง 3) และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 9.93, SD = 3.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 5) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองได้พัฒนาภายใต้กรอบแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของเบค (Beck, 2011) ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ (Knowles อ้างตามอาชัญญา, 2559) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีความคิด การรับรู้ และความรู้สึกทางลบกับตนเอง ซึ่งเป็นความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ให้ผู้ป่วยมีมุมมองความคิดแบบอื่น ๆ มีเหตุมีผล มีความยืดหยุ่นมากขึ้น นำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าและความรู้สึกไร้ค่าของผู้สูงอายุดีขึ้น โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุจะเรียนรู้การปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองจากประสบการณ์การฝึกปฏิบัติ การลงมือกระทำที่มีคู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์และการช่วยเหลือจากผู้บำบัดทั้งในลักษณะของการเป็นที่เลี้ยงแบบตัวต่อตัวในการเตรียมความพร้อมและการติดตามให้การช่วยเหลือทางโทรศัพท์เป็นแหล่งทรัพยากรที่เอื้อสำหรับการเรียนรู้

หลักการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองประกอบด้วย (1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงความเชื่อมโยงกันระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางกาย ที่เกิดขึ้นของตนเอง ให้เห็นว่าความคิดด้านลบที่มีต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ส่งผลอย่างไรต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง (2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยให้ผู้สูงอายุประเมินความคิดด้านลบของตนเอง ในแง่ของความถูกต้องตามความเป็นจริง (validity) และประโยชน์ของความคิดนั้น (utility) รวมถึงการหาหลักฐานมาสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดด้านลบที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกด้อยค่าของตนเอง และค้นหาวิธีจัดการหรือต่อต้านความคิดที่บิดเบือนเมื่อพิสูจน์แล้วว่าความคิดนั้นอาจเป็นจริงบางส่วนแต่ไม่มีประโยชน์ที่จะคิดเช่นนั้นต่อไปเพราะส่งผลให้ตนเองรู้สึกเป็นทุกข์ และตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาที่สามารถเป็นไปได้ตามศักยภาพและความต้องการของตนเอง (3) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม รวมถึงการมอบหมายให้ผู้สูงอายุได้ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ทำให้เป็นทุกข์ และทดลองปฏิบัติในสถานการณ์จริงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้สูงอายุได้เรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เกิดความสอดคล้องกันระหว่างความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปกับพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น

มีการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบต่อตนเองว่าไม่มีคุณค่าเป็นความคิดด้านลบต่อตนเอง และสามารถจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ส่งผลให้รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองได้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2550; เสาวลักษณ์, 2552) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเขาวนิและอุมพร (2554) ที่ทำการศึกษาผลของ โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 60 - 75 ปี และมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดทางปัญญาพัฒนามาจากแนวคิดของ Beck รูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 12 ครั้ง 6 ขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้โปรแกรมฯ ผู้สูงอายุ มีระดับความซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของ วังริและรังสิมันต์ (2557) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงมาก พัฒนาโปรแกรมมาจากแนวคิดการเกิดโรคซึมเศร้าของเบค (Beck, 2011) ร่วมกับแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุของ Laidlaw et al. (2003) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย (2) การบำบัดทางความคิด (3) การบำบัดทางพฤติกรรม ผลการศึกษาสรุปว่าโปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่การทำหน้าที่หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่การทำหน้าที่ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ถึงแม้จะไม่พบการศึกษาผลของการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยตรง แต่พบว่ามี การศึกษาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มอื่นๆ และโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า ดังเช่นการศึกษาของดาราวรรณ และคณะ (2559) ศึกษาประสิทธิผลของคู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า อายุ 18 - 60 ปี ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนใน 5 ภาคของประเทศ จำนวน 70 คน พัฒนาโปรแกรมจากแนวคิด การปรับความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995, 2011) เป็นคู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้ ลักษณะความคิดอัตโนมัติ ความเชื่อมโยงของความคิดอัตโนมัติ และอารมณ์ พฤติกรรมและร่างกาย การเกิดภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทางปัญญา

พร้อมตัวอย่าง และการแก้ปัญหา และให้ได้ฝึกการค้นหาความคิดอัตโนมัติ การประเมินและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ โดยการเลือกตอบ หรือเขียนข้อมูลไปตามที่คู่มือแนะนำ รวมทั้งมีการให้ฝึกซ้ำรวม 3 ครั้ง ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ามีการลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ทั้งในระยะหลังการทดลอง 7 วัน ระยะติดตามผล 1 เดือน 3 เดือนและ 6 เดือน และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในทุกระยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 นอกจากนี้ยังพบว่าความพึงพอใจต่อการได้รับคู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง และต้นทุนประสิทธิผลของการใช้คู่มือนี้ต่ำกว่าการดูแลตามมาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลภาและปาริชาติ (2558) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมบรรณบำบัดเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า และประสพการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมากกว่า 6 เดือน อายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 56 คน ดำเนินการเป็นรายบุคคล โดยกลุ่มทดลองจะได้รับคู่มือช่วยเหลือตนเองเพื่อปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรม สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 8 เล่ม (8 บท) โดยใช้เวลาเล่มละ 1 สัปดาห์ โดยชี้แจงการใช้คู่มือและทำกิจกรรมที่บ้านและทั้งสองกลุ่มจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดตามผล 3 ครั้ง ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และ 4 สัปดาห์หลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มลดลงในระยะหลังการทดลองทันที และลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง อย่างไรก็ตามในกลุ่มทดลองมีระดับการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าที่มากกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 3 ระยะ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในต่างประเทศของ วิลเลียมและคณะ (William et al., 2013) ที่ศึกษาผลของการใช้คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระบบบริการปฐมภูมิ เป็นงานวิจัย RCT กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปและมีภาวะซึมเศร้าจากศูนย์บริการทางสุขภาพ 7 แห่ง จำนวน 281 คน กลุ่มทดลองจะได้รับคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Overcoming Depression: A Five Areas Approach) ไปบำบัดด้วยตนเองในระยะเวลา 4 เดือน และในการบำบัดมีการนัดหมายกับผู้บำบัด 3 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 และมีการติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 4 เดือน และ 12 เดือน ผลพบว่าภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ใช้คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รวมถึงมีการศึกษาที่ช่วยยืนยันได้ว่าการปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ ดังเช่นการศึกษาผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ของบุพผาทิพย์ (2556) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน ดำเนินกิจกรรม 6 ครั้ง โดยมีขั้นตอนในการบำบัด 3 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินพฤติกรรมความคิด (2) การปฏิบัติการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วยการค้นหาความคิดอัตโนมัติ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ ที่ก่อทุกข์

(3) มอพบหมายการบ้าน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง หลังเข้าร่วมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัด และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ผลการศึกษาการรับรู้ความหมายความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของสุพรรณษาและคณะ (2559) อธิบายว่าผู้สูงอายุที่มีการปรับความคิดและพฤติกรรม การคิดบวกจะทำให้ตัวของผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุข ไม่เครียด และได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิดของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979) ที่อธิบายว่าบุคคลที่มีความคิดเห็นหรือมุมมองต่อตนเองในทางบวก มีความมั่นใจ มีความพึงพอใจ ยอมรับและเคารพตนเอง เมื่อมองเห็นข้อผิดพลาดของตนเองจะยอมรับและพยายามปรับปรุงให้ดีขึ้น ส่งผลให้มีการปรับตัวด้านอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมในทางที่ดี ประสบความสำเร็จในการทำสิ่งต่างๆ ที่ตนเองปรารถนา สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดี จะรับรู้ว่าคุณค่าหรือมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงตามไปด้วย

ส่วนรูปแบบของกิจกรรมในโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งพัฒนาจากรูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง (คาราวรรณและคณะ, 2559; วัฒนาและปรีชาติ, 2558) รูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ (บุศราและคณะ, 2560; วชิรและรังสิมันต์, 2557) และการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ (ศรีเรือน, 2545; อาชญญา, 2559) ที่มุ่งเน้นให้ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าเรียนรู้ในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง เรียนรู้จากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง ลงมือปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยของตนเอง โดยอาศัยคู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์ประกอบการเรียนรู้และมีผู้บำบัดคอยช่วยเหลือบางส่วน ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้เมื่อผ่านการดำเนินการในแต่ละกิจกรรม สามารถอธิบายได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดย (1) การสร้างสัมพันธภาพ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ประสิทธิภาพในการบำบัด ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถระบายออกหรือเปิดประเด็นปัญหาของตนเองในด้านความคิดและอารมณ์ได้ ช่วยส่งเสริมให้มีการแสดงความคิดเห็นออกมากขึ้น มองเห็นความคิดของตนเอง เกิดความรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจให้ความร่วมมือในการปรับความคิดและพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายและนำไปสู่ประสิทธิภาพในการบำบัด (คาราวรรณ, 2556; Beck, 2011) ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ตามสมมติฐาน (2) การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและการบำบัดรักษาทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เป็นแบบเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นการตอบสนองต่อความต้องการ

เรียนรู้เรื่องใหม่ที่ไม่ซ้ำกับสิ่งที่เคยเรียนรู้มาแล้ว ลักษณะของกิจกรรมที่เหมาะสม ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุจะช่วยให้สามารถเรียนรู้ได้ดี และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวรจากประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติ การลงมือกระทำด้วยตนเอง (อาชัญญา, 2559) (3) การอธิบายเป้าหมายและขั้นตอนของการบำบัด ซึ่งกิจกรรมที่มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนจะทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นประโยชน์และมีแรงจูงใจในการเรียนรู้มากขึ้น (มาลินี, 2554; อาชัญญา, 2559) (4) กระบวนการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยการประมวลเรื่องราวและวิเคราะห์ลักษณะปัญหาตามรูปแบบกระบวนการคิด จะทำให้ผู้บำบัดเข้าใจสถานการณ์ของผู้สูงอายุและสามารถนำมาวางแผนในการลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รังสิมันต์, 2560) ส่วนการค้นหาความคิดอัตโนมัติจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจที่มาของปัญหาทางอารมณ์และตระหนักถึงความเชื่อมโยงกันระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางกายที่เกิดขึ้นของตนเองว่าส่งผลอย่างไรต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นำไปสู่การตรวจสอบความคิดพิจารณาและตระหนักให้ได้ว่าความคิดที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องเป็นความจริงเสมอไปและไม่ก่อประโยชน์อะไรที่จะคิดเช่นนั้น สามารถคิดเป็นอย่างอื่นที่ทำให้ตนเองไม่รู้สึกเป็นทุกข์ได้อีก จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองต่อความคิดอย่างมีเหตุผลและสามารถเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านอื่นควบคู่ไปด้วยตามความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาของตนเอง นำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป (Beck, 2011)

กิจกรรมที่ 2 การปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้คู่มือคู่มือใจให้ไกลทุกข์ ซึ่งคำนึงถึงข้อจำกัดของในการเรียนรู้ผู้สูงอายุโดยปรับขนาดตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้นสามารถอ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายเหมาะกับผู้สูงอายุ ส่วนเนื้อหาที่ปรับให้สั้น กระชับ สอดคล้องกับประสบการณ์หรือความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้น่าสนใจเกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น กิจกรรมการเรียนรู้ในคู่มือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุลงมือกระทำกิจกรรมนั้นด้วยตนเอง มีการฝึกฝนหรือทำซ้ำบ่อยทำให้เกิดความชำนาญและเกิดผลการเรียนรู้ที่ดี นอกจากนี้ในระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเอง จะมีผู้บำบัดเสมือนเป็นพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือ สอบถาม ติดตามปัญหาอุปสรรคในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ให้กำลังใจและช่วยเหลือทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองได้ดีขึ้น (อาชัญญา, 2559) นอกจากนี้กิจกรรมที่ทำให้เรียนรู้เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุ มีประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้ทันทีและสามารถปฏิบัติต่อเนื่องได้ และ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วย โดยกำหนดกิจกรรมดังนี้ (1) การปรับความคิดโดยฝึกทักษะ การปรับเปลี่ยนความคิดแบบใหม่ทดแทนความคิดทางลบแบบเดิม โดยให้ผู้สูงอายุดทดลองปรับเปลี่ยนความคิดที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและรู้สึกไร้ค่าตามแผนที่วางไว้ในกิจกรรมที่ 1 และประเมินผลการปฏิบัติด้วยตนเอง การเรียนรู้และลงมือทำด้วยตนเองจะช่วยให้ผู้สูงอายุมารับกับสิ่งที่เกิดขึ้น

และเรียนรู้ที่จะอยู่กับผลที่เหลือจากการแก้ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น สามารถประเมินผลได้ว่าการปรับความคิดที่ตรงกับความเป็นจริง ยืดหยุ่น และมีประโยชน์กับตนเองมีประโยชน์อย่างไร

(2) การปรับพฤติกรรมโดยฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความคิดโดยการทำให้หนึ่งด้วยการจดจ่ออยู่ที่ลมหายใจจะช่วยผู้สูงอายุที่มีสมาธิ มีสติ มองเห็นสิ่งต่างๆตามความเป็นจริง ทั้งด้านที่เป็นความสุขและความทุกข์ในชีวิต ยอมรับและกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ด้วยจิตใจที่มั่นคง เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ยอมรับนับถือตนเอง มองเห็นคุณค่าของตนเอง เพิ่มมากขึ้น (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ (2542) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิ (วิปัสสนากัมมัฏฐาน) ต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดีและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย ระยะเวลาในการทดลอง 2 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ คู่มือและวิดีโอเทปการฝึก ซึ่งการฝึกวิปัสสนามีรูปแบบคล้ายกับการฝึกจิตให้จดจ่ออยู่ที่ลมหายใจใน โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่าการฝึกสมาธิ สามารถเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

ส่วนกิจกรรมฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความคิดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ผ่อนคลายความตึงเครียดและเป็นการดูแลตนเองด้านอารมณ์ควบคู่กับด้านรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายเพื่อให้มีชีวิตที่ยาวนาน สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นภาระของผู้อื่นทำให้เห็นถึงคุณค่าของตนเอง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560) และกิจกรรมการพูดกับตนเอง เป็นการกล่าวชื่นชมตนเอง มีความคิดด้านบวกต่อตนเอง ชีวิตที่คิดบวกและการให้กำลังใจตนเองบ่อยๆ จะทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ พร้อมเผชิญปัญหาและปรับความคิดและพฤติกรรมในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นได้ดีขึ้น มีความสุข ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ศรีประภา, 2553) นอกจากนี้การทดลองจัดการกับอารมณ์และความคิดในสถานการณ์จริง ให้ผู้ป่วยได้ไปทดลองทำพฤติกรรมช่วยให้ผู้ป่วยได้พิสูจน์ความคิดของตนเอง พิสูจน์ประโยชน์ของการทดลองทำพฤติกรรมใหม่ และช่วยให้เกิดความคิดใหม่ที่จะลดปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ได้อีกด้วย

(3) การปรับพฤติกรรม โดยกระตุ้นให้สูงอายุทำกิจกรรมปลูกต้นไม้ทุกวัน เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการทำงาน มีอาชีพเล็กๆน้อยๆที่เหมาะสมกับวัยของตนเองและเป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์หรือการทำงานเพื่อเสริมรายได้ พบว่าผู้สูงอายุที่รู้จักจัดสรรการใช้เวลาว่างของตนให้เป็นประโยชน์และมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน จะนำไปสู่ความสุข การมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีส่วนช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (ศักดิ์สิทธิ์, 2556) สอดคล้องบทความวิชาการของ กัลป์พฤษ (2555) ที่อธิบายว่ากิจกรรมการปลูกต้นไม้ซึ่งเป็นหนึ่งในกิจกรรมนันทนาการบำบัดที่เป็นทางเลือกในการเยียวยาผู้สูงอายุ สามารถสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง

และเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น เมื่อเห็นผลสำเร็จของกิจกรรมนั้น และเข้าใจว่าชีวิตประจำวันของตนเองในแต่ละวันเป็นอย่างไร และได้เห็นว่าเป็นที่จริงแล้วแต่ละวันผู้สูงอายุไม่ได้เสร้าง่ายไปทั้งวัน แต่จะมีบางช่วงที่รู้สึกแตกต่างออกไป โดยเฉพาะในช่วงที่มีกิจกรรมที่ชื่นชอบหรือสนใจ ความเสร้าง่ายก็จะหายไป กิจกรรมที่ทำในแต่ละวันจะทำให้เห็นภาพคร่าวๆ ในการวางแผนเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้าย โดยให้ผู้สูงอายุบอกเล่าความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในการเรียนรู้และการทดลองปฏิบัติในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง บอกเล่าขั้นตอนในการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้สามารถบำบัดตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลจากการเรียนรู้และการฝึกทักษะต่างๆ จนเกิดความชำนาญจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเปลี่ยนแปลงความคิดที่ไม่สมเหตุผลและพฤติกรรมไม่เหมาะสมได้อย่างถาวร (อาชญญา, 2559) ป้องกันการเกิดปัญหาทางอารมณ์จากความคิดทางลบซ้ำได้ในอนาคต (ฉัตร, 2558; ดาราวรรณ, 2556; Beck, 2011)

แม้ว่าผลการศึกษาในส่วนนี้จะเน้นภาวะซึมเศร้าครั้งนี้จะเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้คือค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม ($M = 7.17, SD = 3.51$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 17.53, SD = 2.98$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตาราง 3) และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 9.93, SD = 3.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 5) แต่เมื่อพิจารณาคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุมพบว่าทั้งสองกลุ่มมีการลดลงทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าการศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้ควบคุมปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อการวิจัยมากพอ เช่น ปัจจัยด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบอื่นๆ มาก่อน เป็นต้น โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานและได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในระยะเวลาต่อเนื่องและระยะยาวมีผลต่อระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและลดจำนวนของการกลับเป็นซ้ำได้ (ฉันทย์, 2558; พิชัยและศิริไชย, 2558; พีรพนธ์, 2553) และผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อนก็มีผลให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (ฉันทย์, 2558; พิชัยและศิริไชย, 2558; พีรพนธ์, 2553; วรรณ, อติทยา, และอัจฉราพร, 2557; สุวรรณ, 2558ก)

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของเบค (Beck, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง (ดาราวรรณและคณะ, 2559; วัลภาและปาริชาติ, 2558) และการปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ

(บุศราและคณะ, 2560; วัชรและรังสีมันต์, 2557) และการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ (Knowles อ้างตามอาชัญญา, 2559) มีประสิทธิผลสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้าได้ เพราะ โปรแกรมดังกล่าวช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า เกิดการเรียนรู้ในการค้นหาความคิดที่ทำให้มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเอง ให้ถูกต้องเหมาะสมช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ และนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ด้วยตนเอง ไปใช้ในการปฏิบัติภารกิจดูแลสุขภาพจิตของตนเอง สามารถปรับตัว และมีแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหา มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งเป็น คู่มือดูแลใจ ให้ไกลทุกข์ที่สามารถอ่านทบทวนได้ทุกที่ ทุกเวลา และการติดตามทางโทรศัพท์ของผู้บำบัด ทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองได้ดียิ่งขึ้น ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 60 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 30 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ประเภท คือ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของเบค (Beck, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง การปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในผู้สูงอายุ ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน (3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่า

ความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .85 ส่วนแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย คำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87 หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ (1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square) พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น ลักษณะข้อมูลด้าน สัมพันธภาพ ในครอบครัวของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (2) การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) และการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง มีผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ($M = 29.40, SD = 1.22$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 22.30, SD = 2.68$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ($M = 29.40, SD = 1.22$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($M = 25.90, SD = 2.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง มีผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ($M = 7.17, SD = 3.51$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 17.53, SD = 2.98$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ($M = 7.17, SD = 3.51$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($M = 9.93, SD = 3.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลล่วงหน้าได้เพราะคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแต่ละครั้งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ อาจไม่เป็นที่สำรวจไว้ก่อนดำเนินการวิจัย ต้องคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่อาศัยทฤษฎีความน่าจะเป็นแทน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (non-probability sampling) และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายหยิบฉลากเลือกวันที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 กลุ่มเฉลี่ยให้เท่าๆกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้อาจไม่ใช่ตัวแทนประชากรที่ดีนัก

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้แนวทางในการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

สามารถนำแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและอยู่ในชุมชน รวมทั้งในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้า โดยพยาบาลที่ใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองควรได้รับการอบรมจากผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 วัน

2. ด้านการวิจัย

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาต่อยอดด้วยการนำผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีการกำเริบซ้ำบ่อยๆ และไม่สามารถมาพบผู้บำบัดที่โรงพยาบาลตามนัดได้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: เทพเพ็ญวานิสย์.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). *ชุดความรู้ การดูแลตนเองและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ “สุขภาพดี”*. นครปฐม: พรินเทอร์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT (Cognitive Behavioral Therapy)*. นนทบุรี: บิยอนด์พับลิชชิง.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *คู่มือการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 21). นนทบุรี: บิยอนด์พับลิชชิง.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง)* (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558ก). *แนวทางการช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้า* (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย : แยกตามช่วงอายุ*. ค้นจาก <https://www.dmh.go.th/report/suicide/age.asp>
- กัลพฤกษ์ พลสร. (2555). กิจกรรมนันทนาการบำบัดทางเลือกหนึ่งในการช่วยเยียวยาผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพลศึกษา*, 15(2), 1- 6.
- กาดาศี ละเอียด. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสร้างเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). *แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย*. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- เกสร มัยจิน. (2559). *การสร้างความสุขด้วยจิตวิทยาเชิงบวก*. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*, 24(4), 673 – 681.
- ขนิษฐา นาคะ, และ ทักษิรัตน์ แสงจันทร์. (บรรณาธิการ). (2559). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1* เล่ม 3. สงขลา: นิโอพ้อยท์ (1995).
- คณะกรรมการพัฒนาวิชาการและระบบบริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ในระดับสูงกว่าตติยภูมิ. (2557). *แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในระดับสูงกว่าตติยภูมิ*. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.

- คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2560). รายงานการติดตามการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้าปี 2560. เอกสารรายงานการประชุมของหน่วยงาน, สุราษฎร์ธานี, คลินิกจิตเวช ผู้สูงอายุโรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- งานสถิติและเวชระเบียน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2560). รายงานการจำแนกโรคผู้ป่วยนอก สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป). เอกสารรายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปีของหน่วยงาน, สุราษฎร์ธานี, งานสถิติและเวชระเบียน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- จริยา จิรานุกุล. (2559). ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 35(1), 94-101.
- จารุวรรณ มานะสุการ. (2559). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาาระบบประสาท สมองเสื่อม สับสนเฉียบพลัน และซึมเศร้า. ใน ขนิษฐา นาคะ, และหทัยรัตน์ แสงจันทร์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 เล่ม 3*. (หน้า 365-381). สงขลา: นีโอพ้อยท์ (1995).
- ชนกัช ลิ่มสืบเชื้อ. (2553). การศึกษาและพัฒนารายการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง, สายทิพย์ สุทธิรักษ์, ช่อผกา วนาทรัพย์ดำรง, และวรรณพร วรรณทิพย์. (2560). ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารสวนปรง*, 33(1), 14-30.
- ชัยวัฒน์ อินไชยา, โสภิตา แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 17-33.
- ชลลดา กักดีประพุกษ์. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัว กับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุ ในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ชุตติเดช เขียนดอน. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 229 - 239.
- เชาวนี ล่องชูผล, และอุมาพร ห่านรุ่งชโรทร. (2554). ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดทางปัญญา ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(1), 80-90.

- ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร. (2558). การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนแนวความคิดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. ใน สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, และสรยุทธ วาสิกนันทน์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคซึมเศร้า*. (หน้า391-401). ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร, ยุทธนา งามอาจสกุลมั้น, ณรงค์ มณีทอง, สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, วรภัทร รัตอากา,...วิชา โมพีชาติ. (2553). *การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม*. ม.ป.ท. ค้นจาก www.thaidepression.com/www/56/CBTdepression.pdf.
- ฉหทัย วงศ์ประการันย์. (2558). โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ใน สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, และสรยุทธ วาสิกนันทน์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคซึมเศร้า*. (หน้า421-439). ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2556). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, สมบัติ สกุลพรรณ, วรนุช กิตสัมบันท์, เซาวณี ล่องชูผล. (2559). ประสิทธิผลของกลุ่มการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา. ค้นจาก <http://doi.thaihealth.or.th/Media/Index/0c74f401-7d93-e711-80e3-00155d65ec2e?isSuccess=False#>
- ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, สุพิศ กุลชัย, สมบัติ สกุลพรรณ, กรรณิการ์ ศรีมงคลธาราธร, สุชาพร บุญยาศิวาพงศ์, และผกาทิพย์ สุขจิตร. (2556). ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางเพื่อลดภาวะซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(3), 1-15.
- ทศพร คำผลศิริ. (2560). การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ. ใน ศิริรัตน์ ปานอุทัย (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1*. (หน้า 77 – 90). เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส.
- ทินกร วงศ์ประการันย์, ฉหทัย วงศ์ประการันย์, มณี ภิญโญพรพาณิชย์, อูสิรี ศรีสุทัศน์วงษ์, พุทธิพงษ์ พุกกะมาน, บุญสนอง วงศ์ตาน้อย,... ดลฤดี เพชรสุวรรณ. (2555). *โครงการวิจัยผลการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล : การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า*. ค้นจาก http://www.damus.in.th/damus/files/83_20120904104847_Thaisad_Report_May8%202011_SK-Edit.pdf

- ทีปภา แจ่มกระจ่าง. (2558). การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย. ใน ทีปภา แจ่มกระจ่าง, และ พัสมณท์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้สูงอายุ 1*. (หน้า 1 – 18). กรุงเทพมหานคร: ทีเอสพี โปรดักส์.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล. (2554). ความชุกของ โรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 103-116.
- ชนัญพร พรหมจันทร์. (2556). *ภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขต กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ชานินทร์ ศิลป์จารุ. (2550). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ*. กรุงเทพมหานคร: วี.อินเตอร์พรีนท์.
- นปภัช กันแพงศรี. (2556). *ผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะ ต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- นพพร ว่องสิริมาศ, และพวงเพชร เกสรสมุทร. (2559). การพยาบาลบุคคลที่มีกลุ่มโรคซึมเศร้าและกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว. ใน ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกสรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, และอติตยา พรชัยเกตุ โอว ของ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 319-348). กรุงเทพมหานคร: สแกนอาร์ต.
- นภา พวงรอด. (2555). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 2(1), 63-74.
- นิตา ลิ้มสุวรรณ, และมาโนช หล่อตระกูล. (2558). การรักษาด้านจิตใจ. ใน มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 418-429). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิรัชรา ศศิธร. (2557). *ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

- บรรลุ ศิริพานิช. (2560). *คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 25). สมุทรสาคร: พิมพ์ดี.
- บุญลิตา ทองกิตติกุล, ธนะมินทร์ ไฉนฉายศิริโชติ, และวริณรัตน์ วารุพันธ์พิศิษฐ์. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การทำหน้าที่ของครอบครัว และ สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ*. โครงการงานทางจิตวิทยา หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- บุษพาทิพย์ คำแสน. (2556). *ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต จิตวิทยา คุรุการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, นนทบุรี.
- บุศรา สุขสวัสดิ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และชนัดดา แนบเกษร. (2560). *ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(1), 95-107.
- บุษบา คล้ายमुख. (2555). *ผลของการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมการคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(3), 106-115.
- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพมหานคร.
- ประวดี ยังเจริญ. (2553). *ปัจจัยทางชีวสังคมกับปัญหาตามวัยและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ*. สารนิพนธ์หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- ปริญญา โทมานะ, และระวีวรรณ ศรีสุชาติ. (2548). *ความรู้สึกรู้ค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยเกี่ยวพันอื่นๆ*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(1), 28-37.
- ปาลิดา สายรัตทอง. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองกับการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักเรียนระดับประถมศึกษา*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการประถมศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปยุตภพ สิทธิพรอนันต์. (2550). *ฆ่าตัวตาย เพราะ โรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: ส เจริญ การพิมพ์.
- พัชรากันท์ ไชยสังข์, สิริกร สุขวัณัฐษา, ปริมวิษญา อินตะกัน, และสายใจ ลิขนะเชียร. (2556). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง*. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(1), 27-37.

- พรพิมล เพ็ชรกุล, นันทา สุริรักษา, และจิตรา คุณภูมิเมธา. (2555). การเปรียบเทียบผลของละคร
จิตบำบัดและการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสาร
ศรีนครินทร์วิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 4(7), 71-80.
- พรรณธร เจริญกุล, อรพิน ฐาปนกุลศักดิ์, และคารุณี ภูษณสุวรรณศรี (บรรณาธิการ). (2555).
การดูแลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: รุ่งแสงการพิมพ์.
- พิชัย อัญญาสกุล, และศิริไชย หงส์สงวนศรี. (2558). โรคซึมเศร้า. ใน มาโนช หล่อตระกูล, และ
ปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า167-189).
กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์จรัส บุญเลิศ. (2560) *การส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
ผ่านเกมออนไลน์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเทคโนโลยี
สารสนเทศ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). โรคซึมเศร้า. ใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และพีรพนธ์ ลือบุญ
ธวัชชัย, *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. (หน้า1-27). กรุงเทพมหานคร:
ธนาพรส.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553ก). สาเหตุทางจิตสังคมของโรคซึมเศร้า. ใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย,
และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. (หน้า1-27).
กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553ข). จิตบำบัดของโรคซึมเศร้า. ใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย,
และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. (หน้า53-83).
กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2558). จิตบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. ใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล,
และสรยุทธ วาสิกานนท์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคซึมเศร้า*. (หน้า363-389). ขอนแก่น:
คลังนานาวิทยา.
- เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2559). การพยาบาลเพื่อจัดการกลุ่มอาการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ.
ใน เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, *การดูแลผู้สูงอายุเป็นเลิศทางการพยาบาลตามกลุ่มอาการที่พบ
บ่อยในผู้สูงอายุ*. (หน้า 211-232). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช. (2560). *ผลที่ตามมาของประเทศไทยที่เข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ*.
ค้นจาก <http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-04-01.html>

- มาธูรี อุไรรัตน์, และมาลี สบายยิ่ง. (2560). การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษามูลนิธิ สงเคราะห์คนชราอนาถาแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. *วารสารรัฐสมิแล*, 38(1), 29-44.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย*, 41(1), 235-245.
- มาลินี จุโฑปะมา. (2553). *จิตวิทยาการดำเนินชีวิตกับการพัฒนาตน*. บุรีรัมย์: เรวัตการพิมพ์.
- มาลินี จุโฑปะมา. (2554). *จิตวิทยาการศึกษา*. บุรีรัมย์: เรวัตการพิมพ์.
- มาลี จูฑา. (2544). *การประยุกต์จิตวิทยาเพื่อการเรียนรู้*. กรุงเทพมหานคร: ทิพย์วิสุทธิ.
- มูจรีนทร์ พุทธเมตตา, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต*, 30(2), 69-82.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๕*. นครปฐม: พรินเทอร์ จำกัด 999.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). *การบำบัดจิตสังคมสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รศรินทร์ เกรย์, อุมภรณ์ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และ เรวดี สุวรรณนพเก้า. (2556). *มนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ*. นครปฐม: เดือนตุลา.
- รสพร เพียรรุ่งเรือง, และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2558). ปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย*, 60(1), 23-34.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2553). *การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า*. ในลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า29-46). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- วัชรี้ แสงสาย, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2557). ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต*, 28(3), 104-116.

- วันเพ็ญ ชูรจิตต์วัฒนการ, และรัตนภูมิ วัฒนปัญญาสกุล. (2558). *Self Esteem*. กรุงเทพมหานคร: เขียนอักษรการพิมพ์.
- วรรณช กิตติสัมพันธ์, คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, และวิลาวณีย์ พิเชียรเสถียร. (2560). ผลของการบำบัด โดยการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรม. *พยาบาลสาร*, 44(1), 161-171.
- วรรณนา เรื่องประยูร, อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2557). การบำบัด โดยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์งานวิจัย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 37-48.
- วัลลภา ทรงพระคุณ, และปาริชาติ มาปิ่น. (2558). ผลของโปรแกรมบรรณบำบัดเพื่อปรับความคิด และพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง. *วารสารสวนปรุง*, 31(3), 32-45.
- วิชาการณ์ กันทะมูล, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิด ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 10(3), 83-92.
- วิชุดา อุ่นแก้ว, และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2558). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขต รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาศุภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(4), 577-589.
- วิลาวลัย บริรักษ์, และอรวรรณ ลอยฟู. (2555). *การใช้ชีวิตอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุตำบลห้วยพร อำเภอคอนสาร จังหวัดนครปฐม*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการจัดการธุรกิจทั่วไป คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพมหานคร.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558ก). การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ. ใน วิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 45-54). กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพลส.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558ข). การพยาบาลผู้สูงอายุตามกลุ่มอาการที่พบบ่อย. ใน วิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 147-214). กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพลส.
- ศักดิภัทร์ เฉลิมพุฒิพงศ์. (2556). *ความต้องการกิจกรรมการใช้เวลาว่างและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ดุขฎิบัณฑิต สาขาการจัดการนันทนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.

- ศิริจิตร สุทธิจิตต์, พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2558). สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า. ใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และสรยุทธ วาสิกนันทน์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคซึมเศร้า*. (หน้า49-110). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริราไพ สุวัฒน์คุปต์. (2555). *การศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2543). *การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีตัวอย่างการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีประภา ชัยสินธพ. (2553). *สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2: วัยรุ่น-วัยสูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2561). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ (รู้เรา รู้เขา)* (พิมพ์ครั้งที่ 17). กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน
- ศรีวิไล โมกขาว. (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(2), 126-136.
- ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. (2559). รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายของฐานข้อมูล แบบเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง 506S. ค้นจาก https://www.suicidethai.com/web_suicide/index.php/viewnew/form/detail_id/391
- ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปีงบประมาณ 2556-2559 อายุ 60 ปีขึ้นไป*. ค้นจาก http://www.thaidepression.com/www/report/main_report/
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *คู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ศิริพร จิรวัดน์กุล, ชรณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลีจงเพิ่มพูน, และเยาวเรศ สุตะโท. (2555). เพศหญิงหรือความเป็นหญิง...จึงนำมาสู่การเป็น โรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(1), 61-74.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรินญา ปุติ. (2552). *ผลของกิจกรรมตามแนวความคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและทักษะชีวิตของผู้ติดยาเสพติด*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สายฝน เอกวางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ส.เอเชียเพรส.
- สายฝน เอกวางกูร, และอุจน์จิตร คุณารักษ์. (2559). ภาวะซึมเศร้ากับการบำบัดทางการพยาบาล. ใน สายฝน เอกวางกูร (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 219-254). นครศรีธรรมราช: สามลดดา.
- สายพิณ ยอดกุล, และจิตภินันท์ ศรีจักร โคตร. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 50-57.
- สายสมร เฉลยกิตติ. (2559). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารเวชปฏิบัติและการใช้ยา : คลินิก*, 32(10), 1071-1077.
- สาวิตรี สิงหาด. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 18(3), 15-24.
- สินี กล้ามาตย์. (2551). *การศึกษาการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองของครูในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสงขลา เขต 1 : กรณีศึกษาโรงเรียนอนุบาลสงขลา*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการประถมศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สินีนานู ตีร์รินทร์. (2559). *ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สิรินทร นันศิริกาญจน. (2552). *คู่มือดูแลพ่อแม่* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.

- สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2558). การรักษาด้วยการกระตุ้นให้ชักด้วยไฟฟ้าเพื่อรักษาโรคซึมเศร้า. ใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และสรยุทธ วาฬิกานานนท์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคซึมเศร้า* (หน้า334-345). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, สุนิตย์ จันทร์ประเสริฐ, และศรีจินตรา บุนนาค. (2537). ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชนแออัดคลองเตย. *วารสารจดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 77(5), 231-238.
- สุชนันท์ ชุนแจ่ม, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาว ทวีคุณ. (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 17(3), 412-429.
- สุพรรณยา แสงจันทร์, จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, และเวทิส ประทุมศรี. (2559). การรับรู้ความหมายความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 76-88.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). *วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: นิชินแอดเวอ์ไทซ์กรุ๊ป.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2558). การวินิจฉัยโรคและการวินิจฉัยแยกโรคซึมเศร้า. ใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และสรยุทธ วาฬิกานานนท์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคซึมเศร้า* (หน้า159-209). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2558ก). จิตสังคมบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. ใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และสรยุทธ วาฬิกานานนท์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคซึมเศร้า* (หน้า403-419). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2558ข). การคัดกรองและการประเมินทางคลินิกในโรคซึมเศร้า. ใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และสรยุทธ วาฬิกานานนท์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคซึมเศร้า* (หน้า127-157). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *ภาวะสังคมไตรมาสสาม ปี 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2558). *รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [สปสช.]. (2559). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2558). *คู่มือ “โปรแกรม 16 สัปดาห์ เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ”* (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เสาวนีย์ พงษ์. (2542). *ผลของการฝึกสมาธิ (วิปัสสนากัมมัฏฐาน) ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดีและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เสาวลักษณ์ เรืองเกษมพงศ์, และนวลฉวี ประเสริฐสุข. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 6(2), 170-181.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. (บรรณาธิการ). (2552). *คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy)*. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ พับลิชชิง.
- อังคณา ช่วยคำชู. (2554). ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม แบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ที่มีโรคซึมเศร้าร่วม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 70-81.
- อรทัย อาจอ่ำ. (2553). *แก่แล้วไม่มีคุณค่าจริงหรือ?: บทสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับคุณค่าของผู้สูงอายุ*. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์, และสวรัย บุญमानนท์ (บรรณาธิการ), *ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย* (หน้า 167-184). นครปฐม: เดือนตุลา.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. ใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า* (หน้า 111-137). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- อรสา ไยยอง, และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 117-128.
- อรุณศิริ เมฆพัฒน์. (2546). *ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อาชญญา รัตนอุบล. (2559). *การเรียนรู้ของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสังคมไทย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ. (2554). *ผลของจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัว มีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

- อุ้นจิตร คณารักษ์. (2556). ผลการปรับความคิดทางโทรศัพท์ที่ร่วมกับจิตบำบัดรายบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 88-97.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition: DSM-5TM*. London: Edwards Brothers Malloy.
- Aziz, R., & Steffens, D.C. (2013). What are the causes of late-life depression?. *Psychiatric Clinic North Am*, 36(4), 497-516. doi:10.1016/j.psc.2013.08.001
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: First Meridian Printing.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy : Basics and beyond* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Chen, S., Conwell, Y., Vanorden, K., Lu, N., Fang, Y., Ma, Y.,...Chiu, H. (2012). Prevalence and natural course of late-life depression in China primary care: A population based study from an urban community. *Journal of Affective Disorders*, 141(1), 86-93. doi:10.1016/j.jad.2012.02.027
- Chiu, E., Ames, D., Draper, B., & Snowdon, J. (2009). Depressive Disorders in the Elderly: A Review. In H. Herrman, M. Maj, & N. Sartorius. (Eds.), *Depressive Disorders* (3rd., pp. 197-257). Singapore: Markono Print Media.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2 nd ed). Erlbaum, NI: Hillisdale.
- Demirkan, A., Penninx, B.J., Hex, K., Wray, N., Amin, N., Aulchenko, Y.,...Middeldorp, C. (2011). Genetic risk profile for depression and anxiety in adult and elderly cohorts. *Molecular Psychiatry* (2011) 16, 773-783. doi:10.1038/mp.2010.65
- Huang, C., Wang, Z., Li, Y., Xie, Y., & Liu, Q. (2011). Cognitive function and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature. *International Psychogeriatrics*, 23(4), 516-525. doi:10.1017/S1041610210000049
- Karel, M. J., & Hinrichsen, G. (2000). Treatment of depression in late life: Psychotherapeutic interventions. *Clinical Psychology Review*, 20(6), 707-729. doi:10.1016/S0272-7358(99)00065-3
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (1999). Development of the Thai Depression Inventory. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 82(12), 1200-1207.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Richards D., Timulak, L., Doherty, G., Sharry, J., Colla, A., Joyce, C., & Hayes, C. (2014). Internet-delivered treatment: its potential as a low-intensity community intervention for adults with symptoms of depression: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *14*(147), 1-7. doi:10.1186/ISRCTN03704076
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York, NY: Basic Books.
- Sengupta, P., & Benjamin, A. I. (2015). Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in urban and rural field practice areas of a tertiary care institution in Ludhiana. *Indian Journal of Public Health*, *59*(1), 3-8. doi:10.4103/0019-557X.152845
- Silva, C. A., Alves, T. F., Tofoli, L. F., Wang, Y., & Andrade, L. H. (2011). Psychiatry – life events and social support in late life depression. *CLINICS*, *66*(2), 233-238. doi:10.1590/S1807-59322011000200009
- Steffens, C. D., Blazer, G. D., & Beyer, L. J. (2014). Mood disorders. In M. Thakur, E., D. Blazer, G., & D. Steffens, C. (Eds.), *Clinical Manual of Geriatric Psychiatry* (pp. 125-157). London: British Library.
- Williams, C., Wilson, P., Morrison, J., McMahon, A., Andrew, W., Allan, L.,...Tansey, L. (2013). Guided self-Help cognitive behavioral therapy for depression in primary care: A randomised controlled trial. *PLOS ONE*, *8*(1), 1-7. doi:10.1371/journal.pone.0052735
- World Health Organization [WHO]. (2009). *Definition of an older or elderly person: Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project*. Retrieved from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>
- World Health Organization [WHO]. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*. Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/V>
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/>
- World Health Organization (WHO). (2018). *Depression: Let's talk*. Retrieved from <http://www.searo.who.int/thailand/news/technical-factsheet-depressionthai.pdf?ua=1>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ใช้สูตรการคำนวณของโคเฮน (Cohen, 1988) ดังนี้

$$\text{Effect size} = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{\sqrt{(SD_E^2 + SD_C^2) / 2}}$$

\bar{X}_E คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

\bar{X}_C คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_E คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

SD_C คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

โดยใช้ฐานจากการศึกษาวิจัยของอุดมลักษณ์ (2554) เกี่ยวกับผลของจิตบำบัด
ประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

$$\bar{X}_E = 18.26 \quad SD_E = 5.06$$

$$\bar{X}_C = 22.40 \quad SD_C = 4.99$$

$$\text{Effect size} = \frac{18.26 - 22.40}{\sqrt{(5.06^2 + 4.99^2) / 2}}$$

$$= \frac{4.14}{\sqrt{(25.60 + 24.90) / 2}}$$

$$= 0.82$$

จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ โพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2012) โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ทำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม จำนวน 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 60 คน

ภาคผนวก ข

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) และการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ด้วยตนเองและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทีคือ ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ผลของการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. การทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล (test of normality) โดยการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้ (standardized skewness) ใช้สูตร $Skewness / SE$ ของคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้ อยู่ระหว่าง -3 ถึง +3 ดังนั้นข้อมูลคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังตาราง ข 1 และ ข 2

ตาราง ข 1

แสดงการแจกแจงของข้อมูลคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง ($n = 30$)

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	standardized skewness		
	skewness	SE	Skewness / SE
ก่อนได้รับโปรแกรม	- .977	.427	- 2.3
หลังได้รับโปรแกรม	- .438	.427	- 1.1

ตาราง ข 2

แสดงการแจกแจงของข้อมูลคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองของกลุ่มควบคุม ($n = 30$)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	standardized skewness		
	skewness	SE	Skewness / SE
ก่อนได้รับโปรแกรม	-.174	.427	- 0.4
หลังได้รับโปรแกรม	-.249	.427	- 0.6

2. การทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล (test of normality) โดยการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้ (standardized skewness) ใช้สูตร Skewness / SE ของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้อยู่ระหว่าง -3 ถึง +3 ดังนั้นข้อมูลคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังตาราง ข 3 และ ข 4

ตาราง ข 3

แสดงการแจกแจงของข้อมูลคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง ($n = 30$)

ภาวะซึมเศร้า	standardized skewness		
	skewness	SE	Skewness / SE
ก่อนได้รับโปรแกรม	.002	.427	0.0
หลังได้รับโปรแกรม	.173	.427	0.4

ตาราง ข 4

แสดงการแจกแจงของข้อมูลคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองของกลุ่มควบคุม ($n = 30$)

ภาวะซึมเศร้า	standardized skewness		
	skewness	SE	Skewness / SE
ก่อนได้รับโปรแกรม	-.284	.427	- 0.7
หลังได้รับโปรแกรม	.136	.427	0.3

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini – Mental State

Examination : Thai version (MMSE – Thai 2002)

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Modified Barthel Activities of Daily Living Index [BAI])

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.3 แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกรูปแบบตัวอย่าง

1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini – Mental State Examination :

Thai version (MMSE – Thai 2002)

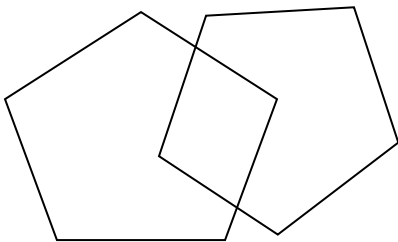
คำชี้แจง

1. แบบทดสอบนี้ไม่ใช่ในผู้สูงอายุที่ตาบอด หูหนวก หรือมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน ตามแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย

2. ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

คำถาม	คะแนน
<p>1. Orientation for Time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)</p> <p>1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร</p> <p>1.2 วันนี้ วันอะไร</p> <p>1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร</p> <p>1.4 ปีนี้ ปีอะไร</p> <p>1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร</p>	
<p>2. Orientation for Place (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)</p> <p>กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล</p> <p>2.1 สถานที่ตรงนี้ เรียกว่าอะไร หรือชื่อว่าอะไร</p> <p>2.2 ขณะนี้ อยู่ที่ชั้นเท่าไรของตัวอาคาร</p> <p>2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ</p> <p>2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร</p> <p>2.5 ที่นี้ภาคอะไร</p> <p>กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ</p> <p>2.1 บ้านนี้เลขที่เท่าไร</p> <p>2.2 ที่นี้หมู่บ้านอะไร หรือหมู่ที่เท่าไร</p> <p>2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ หรือเขตอะไร</p> <p>2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร</p> <p>2.5 ที่นี้ภาคอะไร</p>	

คำถาม	คะแนน
<p>3. Registration (3 คะแนน) (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน) บอกชื่อของสามอย่าง และให้พูดบททวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้งสาม</p> <p>() ดอกไม้ () แม่น้ำ () รถไฟ</p> <p>* ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า</p> <p>() ต้นไม้ () ทะเล () รถยนต์</p>	
<p>4. Attention /Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)</p> <p>* ถ้าตอบคิดเลขในใจเป็นให้ตอบข้อ 4.1</p> <p>4.1 เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ได้ผลลัพธ์เท่าไร (ทำทั้งหมด 5 ครั้ง)</p> <p>* ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบ ให้ตอบข้อ 4.2</p> <p>4.2 คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม่่า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ให้สะกดคำว่ามะนาวถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก</p> <p>.....</p> <p>ว า น ะ ม</p>	
<p>5. Recall (3 คะแนน) (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)</p> <p>เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง</p> <p>() ดอกไม้ () แม่น้ำ () รถไฟ</p> <p>* ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า</p> <p>() ต้นไม้ () ทะเล () รถยนต์</p>	
<p>6. Naming (2 คะแนน)</p> <p>6.1 ขึ้นเดินสอให้ผู้สูงอายุดู แล้วถามว่าของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร</p> <p>6.2 ขึ้นนำพิกาข้อมือให้ผู้สูงอายุดู แล้วถามว่าของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร</p>	
<p>7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)</p> <p>“ใคร ใคร ขาย ไก่ ไช้”</p>	

คำถาม	คะแนน
<p>8. Verbal command (3 คะแนน)</p> <p>ฟังคีตินะ เดียวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วคุณ (ตา,ยาย,..)</p> <p>() รับด้วยมือขวา () พับครึ่ง () วางที่.. (พื้น,โต๊ะ,เตียง)</p>	
<p>9. Written command (3 คะแนน)</p> <p>ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา,ยาย,..) อ่านแล้วทำตาม</p> <p>คุณ(ตา,ยาย,..) จะอ่านออกเสียงหรือในใจก็ได้</p> <p>* ผู้ทดสอบแสดงกระดาษให้ผู้สูงอายุดู มีข้อความว่า “หลับตา”</p> <p>() หลับตาได้</p>	
<p>10. Writing (1 คะแนน)</p> <p>ให้คุณ (ตา,ยาย,..) เขียนข้อความอะไรก็ได้ลงในกระดาษ ที่อ่านแล้วมีความหมาย</p> <p>มา 1 ประโยค (ให้ผู้ป่วยเขียนในกระดาษเปล่า)</p>	
<p>11. Visuo-construction (1 คะแนน) (รูปห้าเหลี่ยมต้องมีมุม 5 มุม การตัดกันต้องเกิดรูปสี่เหลี่ยมด้านใน ทำตามได้ทั้งหมดจึงจะได้คะแนน 1 คะแนน)</p> <p>ให้ผู้สูงอายุดูตัวอย่างภาพแล้วบอกให้ “วาดให้เหมือนภาพตัวอย่าง”</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>*ให้ผู้ผู้ป่วยวาดในกระดาษเปล่า</p>	
คะแนนรวม	

การแปลผล จุดตัด Cut-off สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Congenital impaired)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
- ผู้สูงอายุปกติ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้)	≤ 14	23
- ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
- ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

2.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Modified Barthel Activities of Daily Living Index [BAI])

ข้อความ	คะแนน
<p>1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนช่วยป้อนให้</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนดักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ดักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ</p>	
<p>2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ความต้องการความช่วยเหลือ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)</p>	
<p>3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้สองคนช่วยกันยกขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนช่วยดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง</p>	
<p>4. Toilet use (ใช้ห้องสุขา)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ช่วยเหลือตนเองไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตนเองได้หลังธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ขึ้นนั่งหรือลงจากชักโครกได้เอง ทำความสะอาดได้ เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)</p>	

ข้อความ	คะแนน
<p>5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมูมห้องหรือประตูได้</p> <p><input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p><input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง</p>	
<p>6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตนเองแทบไม่ได้หรือน้อย</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ช่วยเหลือตนเองได้ราว ร้อยละ 50</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ช่วยเหลือตนเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)</p>	
<p>7. Stair (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)</p>	
<p>8. Bathing (การอาบน้ำ)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้</p> <p><input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้</p>	
<p>9. Bowel (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอย่างสม่ำเสมอ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้ปกติ</p>	
<p>10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้</p> <p><input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ</p>	
รวมคะแนน	

การแปลผลคะแนน

0 – 4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด

very low initial score (total dependence)

5 - 8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่

low initial score (severe dependence)

9 - 11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาบางส่วน

intermediate initial score (moderately severe dependence)

12 - 20 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาล็กน้อย หรือไม่มีภาวะพึ่งพา

high initial score (mild severe dependence, consideration of discharging home)

2.2 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตนเอง ไม่มีคำตอบใดถือว่าถูกหรือผิด ดังนั้น โปรดตอบด้วยความสบายใจตามความรู้สึกจริงของท่าน โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

การเลือกคำตอบตามเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง คือ เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมากหรือเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วย คือ เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย คือ เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คือ เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมากหรือเป็นส่วนใหญ่

ข้อความ	คำตอบ			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านเป็นคนมีคุณค่าทัดเทียมกับผู้อื่น				
2. ท่านยังเป็นที่พึ่งของลูกหลานเสมอ				
3. ท่านรู้สึกที่ท่านทำอะไรไม่สำเร็จเลย				
4. ท่านมีความสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่าเทียมกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน				
5. ท่านมีความภาคภูมิใจในตนเองน้อยเหลือเกิน				
6. ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง				
7. โดยทั่วไปท่านมีความพอใจในตนเอง				
8. ท่านมีความรู้สึกว่ามีค่านับถือตนเองน้อยกว่าที่ควรจะเป็น				
9. ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์				
10. บางครั้งคิดว่าท่านไม่มีดีอะไรเลย				

การแปลผล นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นเกณฑ์ในการแปลผล 3 ระดับ ดังนี้

10 - 20 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

21 - 30 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง

31 - 40 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

2.3 แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

“ใช่” คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

“ไม่ใช่” คือ ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			
2	ท่านไม่ย่อากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
3	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
4	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ			
5	ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า			
6	ท่านมีเรื่องกังวลตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้			
7	ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี			
8	ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน			
9	ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข			
10	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง			
11	ท่านรู้สึกกระวนกระวายกระสับกระส่ายบ่อยๆ			
12	ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน			
13	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า			
14	ท่านคิดว่าความจำท่านไม่ดีเท่ากับคนอื่น			
15	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่			
16	ท่านรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ			
17	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า			
18	ท่านรู้สึกกังวลมากกว่าชีวิตที่ผ่านมา			
19	ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนุกอีกมาก			
20	ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่			
21	ท่านรู้สึกกระตือรือร้น			
22	ท่านรู้สึกสิ้นหวัง			
23	ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน			
24	ท่านอารมณ์เสียบ่อยกับเรื่องเล็กๆน้อยๆอยู่เสมอ			

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
25	ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ			
26	ท่านมีความตั้งใจทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน			
27	ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า			
28	ท่านไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น			
29	ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว			
30	ท่านมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน			
รวม				

หมายเหตุ

1. การคิดคะแนน ข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน

ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

2. การแปลผล

- * ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 0 – 12 คะแนน
- * ผู้สูงอายุมีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) คะแนน 13 – 18 คะแนน
- * ผู้สูงอายุมีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression) คะแนน 19 – 24 คะแนน
- * ผู้สูงอายุมีความเศร้ารุนแรง (Severe depression) คะแนน 25 – 30 คะแนน

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของเบค (Beck, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล จำนวน 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ใช้เวลา 60 นาที กิจกรรมที่ 2 การปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองโดยใช้คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์ ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมที่ 2 ด้วยตัวผู้ป่วยเองนั้น จะมีการติดตามทางโทรศัพท์จำนวน 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อติดตามปัญหาอุปสรรคในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ให้กำลังใจและช่วยเหลือเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ในการอ่านและการทำความเข้าใจคู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองได้ดีขึ้น รวมถึงกระตุ้นการปฏิบัติในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพักการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ก่อนเริ่มกิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ใช้เวลา 60 นาที รวมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดย (1) การสร้างสัมพันธภาพ (2) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและการบำบัดรักษาด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (3) อธิบายเป้าหมายและ ขั้นตอนของการบำบัด (4) กระบวนการปรับความคิดและพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 2 การปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์ เป็นการฝึกทักษะต่างๆในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งเนื้อหาในคู่มือประกอบด้วย (1) การปรับความคิดโดยฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดแบบใหม่ทดแทนความคิดทางลบแบบเดิม (2) การปรับพฤติกรรมโดยฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความคิด รวมถึงการทดลองจัดการกับอารมณ์และความคิดในสถานการณ์จริง (3) การปรับพฤติกรรมโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมในแต่ละวันตามที่ได้รับมอบหมาย

กิจกรรมที่ 3 การประเมินผลการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดย (1) ประเมินผลการเรียนรู้และการทดลองปฏิบัติในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง (2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการทบทวนการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การตรวจสอบและพิสูจน์ความคิด และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้เหมาะสม โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง

ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที

อุปกรณ์

1. ดินสอ
2. ใบความรู้ที่ 1 โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
3. ใบความรู้ที่ 2 การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า
4. ใบความรู้ที่ 3 แนวทางแก้ไขปัญหตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า
5. ใบงานที่ 1 แบบบันทึกความเชื่อมโยงของสิ่งเร้า ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ
6. ใบงานที่ 2 แบบพิสูจน์ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและการบำบัดรักษาทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเป้าหมายและขั้นตอนของการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม
4. เพื่อประมวลเรื่องราว วิเคราะห์ลักษณะปัญหาของผู้ป่วย
5. เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
6. เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การพิสูจน์ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น
7. เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การค้นหาและเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหที่สามารถเป็นไปได้

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษาด้วยการทักทาย พูดคุย แนะนำตัว และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แนะนำตัว สร้างความคุ้นเคยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา
2. ผู้บำบัดให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าตามใบความรู้ที่ 1 โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
3. ผู้บำบัดให้ความรู้เรื่องการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมตามใบความรู้ที่ 2 การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า
4. ผู้บำบัดชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ขั้นตอน และระยะเวลาของโปรแกรมนี้ให้ผู้ป่วยทราบ

5. ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกเล่าเรื่องราวของตนเองที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึก โดยใช้ใบงานที่ 1 แบบบันทึกความเชื่อมโยงของสิ่งเร้า ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และ สรีระ มาร่วมอธิบายและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และเข้าใจวิธีการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเองที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้

6. ผู้บำบัดสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้และเข้าใจในการพิสูจน์ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น โดยการหาข้อมูลมาสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นว่ามีความเป็นจริงเพียงใด และมีประโยชน์ต่อตนเองหรือไม่ที่จะคิดแบบเดิมมากกว่าความคิดนั้น ไม่เป็นความจริง ผู้บำบัดใช้ใบงานที่ 2 แบบพิสูจน์ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ในการตั้งคำถามเพื่อหาข้อมูลมาสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดอัตโนมัติ และแนะนำให้ผู้ป่วยใช้คำถามเหล่านี้ทุกครั้งในการพิสูจน์ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นเมื่อตนเองรู้สึกทุกข์ใจ

7. สอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการค้นหาและเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยทางเลือกนั้นต้องเป็นแนวทางที่สามารถเป็นไปได้และเหมาะสมกับผู้ป่วย โดยใช้ใบความรู้ที่ 3 แนวทางแก้ไขปัญหตามแนวความคิดปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า มาร่วมอธิบาย

8. ผู้บำบัดชักชวนความเข้าใจแก่ผู้ป่วยในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์ และมอบเมตตาทานตะวันให้ผู้ป่วยเพื่อใช้ทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3

9. ผู้บำบัดกล่าวสรุปกิจกรรมและทบทวนการเรียนรู้ในกิจกรรมที่ 1 พร้อมทั้งนัดหมายการกลับมาพบกัน ในกิจกรรมที่ 3 เมื่อครบ 4 สัปดาห์

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย สังเกตได้จากสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง ความร่วมมือ และการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและการบำบัดรักษาด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยผู้ป่วยสามารถบอกถึงสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า อาการโรคซึมเศร้าของตนเอง รวมถึงสามารถวิเคราะห์ปัญหา ค้นหาความคิดอัตโนมัติ ตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้น และมีแนวแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

กิจกรรมที่ 2 การปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองโดยใช้คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์
ระยะเวลาที่ใช้ 3 สัปดาห์ (เริ่มนับสัปดาห์ที่ 1 หลังจากพบกันที่คลินิก 1 วัน)

อุปกรณ์

1. คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์
2. เมล็ดทานตะวัน
3. ดินสอ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้และฝึกทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดแบบใหม่ทดแทนความคิดทางลบแบบเดิมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองผ่านคู่มือ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการปรับพฤติกรรมโดยการฝึกทักษะ การจัดการกับอารมณ์ และความคิด รวมถึงการทดลองจัดการกับอารมณ์และความคิดในสถานการณ์จริง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการปรับพฤติกรรมโดยการเพิ่มกิจกรรมที่ชอบในชีวิตประจำวัน และการใช้เวลาว่างให้มีประโยชน์

การดำเนินกิจกรรม

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และฝึกทักษะต่างๆตามโปรแกรมที่กำหนดในคู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์
2. ผู้บำบัดมีกิจกรรมสนับสนุน การเรียนรู้ด้วยตนเองทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อติดตามปัญหาอุปสรรคในการเรียนรู้ด้วยตนเอง กระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ถึงเป้าหมายให้กำลังใจและช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และมีทักษะในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ประเมินผลโดยให้ผู้ป่วยบอกเล่าผลของการปรับเปลี่ยนความคิดแบบใหม่ทดแทนความคิดทางลบแบบเดิม ผลของการฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความคิดและการทดลองใช้ ในสถานการณ์จริง และปัญหาอุปสรรคในการปลูกต้นอ่อนทานตะวัน รวมถึงสาธิตวิธีการจัดการกับอารมณ์และความคิดที่นำมาใช้ 1 วิธี

กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง (วัดนับในสัปดาห์ที่ 5)

ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที

อุปกรณ์

1. กระดาษ A4
2. ปากกา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความคิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของตนเอง และเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินผลการเรียนรู้ในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง
3. เพื่อติดตามผลการดำเนิน โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ด้านทักษะและการเรียนรู้
4. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดตนเองอย่างต่อเนื่อง ให้เกิดทักษะและสามารถป้องกันการเกิดปัญหาทางอารมณ์จากความคิดทางลบซ้ำ

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าความรู้สึกจากการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองและประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง
2. ผู้บำบัดสรุปและประเมินผลการดำเนิน โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถผู้บำบัดตนเองอย่างต่อเนื่องและสามารถนำการปรับความคิดและพฤติกรรมกลับไปใช้เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางอารมณ์จากความคิดทางลบซ้ำได้ในอนาคต ประเมินผลโดยให้ผู้ป่วยบอกเล่าผลที่ได้จากการเรียนรู้ในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอนตั้งแต่การค้นหาความคิดอัตโนมัติ การตรวจสอบความคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะ ซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง สังเกตได้จาก สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง ความร่วมมือในการบำบัด และการบอกเล่าของผู้ป่วย

ใบความรู้ที่ 1 โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ การเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่งที่ตอบสนองต่อความสูญเสีย ความผิดหวัง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดหู่ ไม่กระตือรือร้น เบื่อหน่ายสิ่งต่าง ๆ รอบตัว แยกตัวเอง ชอบอยู่เฉยๆ คนเดียว ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า เป็นภาระต่อคนอื่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ความจำไม่ดี ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตายหรือคิดทำร้ายตนเองได้ โดยอาการเหล่านี้ต้องมีอาการเกือบทั้งวัน เกือบทุกวัน เป็นเวลานาน อย่างน้อย 2 สัปดาห์ติดต่อกันขึ้นไป



สาเหตุของโรคซึมเศร้า

ด้านร่างกาย

- โรคทางกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคหัวใจ โรคไทรอยด์ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม โรคกระเพาะ เป็นต้น
- ยาบางชนิด เช่น ยารักษาความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร ยาขับปัสสาวะ ยารักษาภาวะเรื้อรัง เป็นต้น
- พันธุกรรม คือ คนที่มีบุคคลในครอบครัว เช่น ปู่ย่าตายาย พ่อแม่ พี่น้อง เป็นโรคซึมเศร้า ทำให้ตนเองมีโอกาสที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าคนอื่น ๆ
- สารสื่อประสาทในสมองบางชนิดลดลง * ส่วนมากมักจะเกิดจากสาเหตุนี้

ด้านจิตใจ

- ✦ ความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง คือ การที่คนเรามีความคิดด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตของตนเอง
- ✦ บุคลิกภาพที่มีความผิดปกติบางชนิด เช่น บุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำ บุคลิกภาพแบบพึ่งพา เป็นต้น ซึ่งบุคลิกภาพเหล่านี้ถูกปลูกฝังมานานตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อมีเหตุการณ์เข้ามากระตุ้นก็สามารถเป็นโรคซึมเศร้าได้ง่าย
- ✦ ปัญหาต่างๆในชีวิต ความเครียด การสูญเสีย ความเสียใจ ไม่สบายใจ ความทุกข์ จากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ปัญหาในครอบครัว เป็นต้น

ด้านสังคม

- ❖ สถานะความเป็นอยู่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว เนื่องจากโสด คู่ชีวิตหรือคนใกล้ชิดเสียชีวิตจากไป หรือบุตรหลานแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น จะรู้สึกเหงา อ้างว้าง ไม่มีคนเข้าใจและเห็นใจ รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง
- ❖ ความขัดแย้งกันภายในครอบครัว
- ❖ ขาดความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น งานบุญ งานประเพณี งานของเพื่อนบ้าน กิจกรรมในชุมชน

อาการของโรคซึมเศร้าเป็นอย่างไร

ด้านความคิด

- ไม่มีสมาธิ / เหม่อลอย
- หลงลืมง่าย
- คิดซ้ำ ตัดสินใจไม่ได้ / ไม่มีมั่นใจในตนเอง
- ไม่มีใครรัก / ไม่มีใครสนใจ
- โลกนี้ไม่ยุติธรรม
- ไม่มีค่า / ไร้ประโยชน์
- ทำอะไรก็ผิด / ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ
- หมดหวัง / สิ้นหวัง
- ทำอะไรไม่ได้ / เป็นภาระ

ด้านอารมณ์

- เศร้า
- หดหู่ ไม่สดชื่น
- เบื่อ / ไม่อยากทำอะไร
- หงุดหงิด
- กังวล
- อยากร้องไห้
- โกรธ
- ท้อแท้
- น้อยใจ

ด้านร่างกาย

- เพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง
- นอนไม่หลับ / นอนมากเกินไป
- เบื่ออาหาร / กินไม่ได้ / กินมากขึ้น
- น้ำหนักลด / น้ำหนักตัวเพิ่มปกติ
- ความต้องการทางเพศลดลง
- ปวดศีรษะ
- ปวดท้อง / อาหารไม่ย่อย / ท้องผูก / ท้องเสีย และคลื่นไส้อาเจียน
- ปวดเมื่อยตัว

ด้านพฤติกรรม

- กระวนกระวาย / กระสับกระส่าย / อยู่หนึ่งไม่ได้
- ไม่อยากพูดคุยกับใคร
- ไม่อยากออกไปไหน
- กระตือรือร้น
- เชื่องช้าลง
- บ่นมากขึ้น

อาการโรคซึมเศร้าดีขึ้นได้อย่างไร

1. เข้าใจโรคซึมเศร้าที่ตนเองเป็นอยู่ว่าเกิดขึ้นเอง โดยสาเหตุหลักมักจะเกิดจากสารสื่อประสาท(สารเคมี)บางชนิดในสมองลดลง
2. รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ดีที่สุดคือการรักษาทางการแพทย์ ด้วยการกินยาที่ไปเพิ่มสารสื่อประสาทในสมองที่เรียกว่า “ยาต้านเศร้า” อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการบำบัดรักษาทางจิตใจที่ได้ผลดีในโรคซึมเศร้า เช่น จิตบำบัดแบบมุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จิตบำบัดแบบการแก้ไขปัญญา และการปรับความคิดและพฤติกรรม

เมื่ออาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้นแล้ว แพทย์อาจพิจารณา/แนะนำให้ทำกิจกรรมต่อไปนี้ ร่วมกับการรักษาด้วยการกินยา และ/หรือการบำบัดรักษาทางจิตใจ

- ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 – 45 นาที เช่น เดินเล่นรอบ ๆ บ้าน ว่ายน้ำ ไร่กระบอง โยคะ เป็นต้น
- ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุด โดยเฉพาะกิจกรรมการดูแลตัวเอง เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร
- ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบ หรือที่ทำแล้วเกิดความรู้สึกดี เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ฟังเพลง วาดรูป
- พูดคุยกับคนอื่น เพื่อระบายออก เพื่อความเพลิดเพลิน ช่วยคลายความเศร้า
- ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การฝึกการหายใจอย่างมีสติ การทำจิตให้สงบ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักศาสนา
- เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ร่วมงานสังคม/ชุมชน พบปะญาติ/เพื่อนฝูง เข้าร่วมชมรมที่สนใจ โทรศัพทหาลูกหลานที่อยู่ไกล หรือเข้าสังคมโดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่นไลน์ เล่นเฟซบุ๊ก

คำแนะนำเพิ่มเติม แม้อาการโรคซึมเศร้าจะดีขึ้นหรือรู้สึกเหมือนหายแล้วอย่าเพิ่งหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เพราะยาต้านเศร้าไม่ทำให้เสพติด แม้อาการหายแล้วแพทย์จะยังคงให้กินยาต่อไปอีกระยะหนึ่ง เพื่อป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า

ใบความรู้ที่ 2

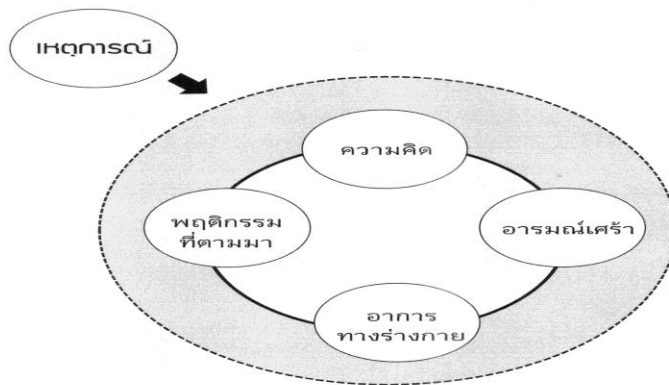
การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า

การปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดรักษาทางจิตรูปแบบหนึ่ง สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งจะช่วยให้สามารถเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น

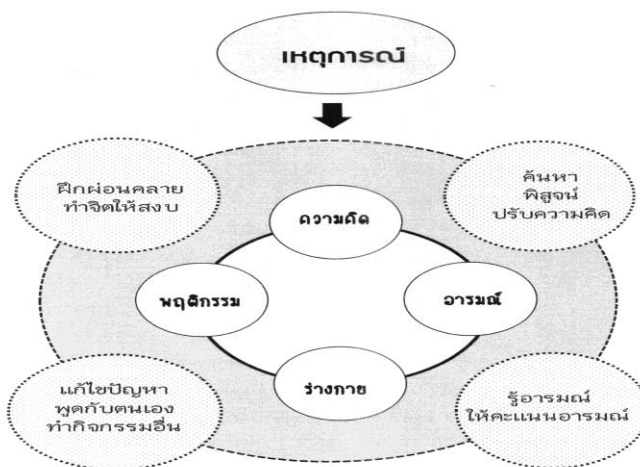
การปรับความคิดและพฤติกรรม สามารถบำบัดรักษาได้ด้วยตนเอง เมื่อได้เรียนรู้วิธีการจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญในการปรับความคิดและพฤติกรรม

การปรับความคิดและพฤติกรรมมีที่มาจากจิตแพทย์ชาวต่างประเทศ ซึ่งได้ทำการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้าส่วนหนึ่งเกิดจากการที่คนเราเจอสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่งกับตนเอง แล้วนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติ ส่งผลให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกขึ้นมา และนอกจากอารมณ์ความรู้สึกแล้ว ยังส่งผลต่อพฤติกรรมและอาการทางร่างกายด้วย โดยอารมณ์เศร้าและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดจากระบบการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง หากว่าบุคคลนั้นมีวิธีการจัดการกับความ คิดที่บิดเบือนนั้นได้ ก็จะทำให้อารมณ์เศร้าและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดีขึ้นได้

ตัวอย่าง วงจรการเกิดโรคซึมเศร้า



ใบความรู้ที่ 3
 แนวทางแก้ไขปัญห
 ตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า



ใบงานที่ 1

แบบบันทึกความเชื่อมโยงของสิ่งเร้า ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ

ให้ท่านบอกเล่าเรื่องราวของตนเองที่เกิดขึ้น และส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึก เพื่อค้นหาความคิดที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจของตนเอง

สถานการณ์ / เหตุการณ์ ที่เกิดขึ้น คือ	
.....	
ความคิดที่ทำให้ทุกข์ใจ	
.....	
พฤติกรรมที่ตามมา	อารมณ์/ความรู้สึก
.....
.....
อาการทางร่างกาย	
.....	

ใบงานที่ 2

แบบพิสูจน์ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ

1. เคยมีครั้งไหนสักครั้งไหม ที่ความคิดนี้ของท่านไม่จริง

คำตอบ เคยมี ไม่เคยมี

2. ตอนที่ท่านไม่ได้อยู่ในอารมณ์นี้ ความคิดต่างไปจากนี้หรือเปล่า

คำตอบ ต่าง ไม่ต่าง

3. ท่านลองบอกเหตุผลที่ทำให้ท่านเชื่อว่าความคิดนี้เป็นจริง

คำตอบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. ถ้าคนที่ท่านรัก รู้ว่าท่านคิดแบบนี้ ท่านคิดว่าเขาจะรู้สึกอย่างไร

คำตอบ

.....

.....

.....

.....

5. ถ้าคนที่ท่านรัก คิดแบบนี้ ท่านจะบอกเขาว่าอย่างไร

คำตอบ

.....

.....

.....

6. เคยมีครั้งไหนสักครั้งไหม ที่ความคิดแบบนี้ของคนที่ท่านรัก ไม่จริง

คำตอบ เคยมี ไม่เคยมี

7. หากความคิดนี้ของคนที่ท่านรักไม่จริง ท่านจะหาเหตุผลอะไรมาบอกว่าสิ่งที่เขาคิดไม่ได้ถูกทั้ง 100%

คำตอบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. ถ้าหากท่านหรือคนที่ท่านรัก เคยมีความคิดแบบนี้มาแล้วในอดีต ท่านหรือเขามีวิธีคิดอย่างไร ถึงทำให้มีความรู้สึกดีขึ้นได้

คำตอบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

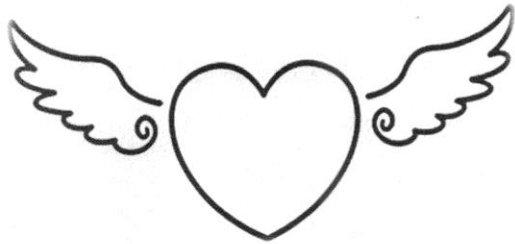
9. ถ้าความคิดนี้ของท่านเป็นจริง แล้วจะมีประโยชน์หรือไม่ หากท่านยังคงความคิดเช่นนั้น

คำตอบ มี ไม่มี

หมายเหตุ สามารถนำคำถามเหล่านี้มาใช้ได้ทุกครั้งที่ท่านมีความคิดที่ทำให้รู้สึกเป็นทุกข์เกิดขึ้น

คู่มือ

ดูแลใจ ให้ไกลทุกข์



จัดทำโดย

ศิริษา รอดเจริญ

นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก : ศศ.ดร.วิภาญจน์ คงสุวรรณ

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : ดร.วิณา คັນฉวี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คำแนะนำในการใช้คู่มือ

1. คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ท่านใช้ในการฝึกทักษะต่างๆในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง
2. ขอให้ท่านอ่านและทำความเข้าใจคู่มือฉบับนี้ละเอียดก่อนลงมือปฏิบัติ
3. คู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองฉบับนี้มีรายละเอียดในการทำกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การปรับเปลี่ยนความคิดแบบใหม่ทดแทนความคิดทางลบแบบเดิมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความคิด รวมถึงการทดลองจัดการกับอารมณ์และความคิดในสถานการณ์จริง ประกอบด้วย
“การทำจิตให้นิ่ง”
“การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ”
“การพูดกับตนเอง”

สัปดาห์ที่ 3 การเพิ่มกิจกรรมที่ชอบในชีวิตประจำวันและการใช้เวลาว่างให้มีประโยชน์
“การปลูกต้นอ่อนทานตะวัน”

หมายเหตุ เริ่มนับสัปดาห์ที่ 1 หลังจากพบกันที่คลินิก 1 วัน และหลังสิ้นสุดการปลูกต้นอ่อนทานตะวัน หยุดพักการทำกิจกรรม 1 สัปดาห์ และมาพบกันในวันนัดครั้งต่อไป

xx

ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือของท่าน
ในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง

๙ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

สารบัญ

	หน้า
สัปดาห์ที่ 1 การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดแบบใหม่	1
สัปดาห์ที่ 2 การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความคิด	14
“การกำจัดให้นิ่ง”	15
“การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ”	18
“การพูดกับตนเอง”	23
สัปดาห์ที่ 3 การเพิ่มกิจกรรมที่ชอบในชีวิตประจำวัน และการใช้เวลาว่างให้มีประโยชน์	27
“การปลูกต้นอ่อนทานตะวัน”	28

✎ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

1

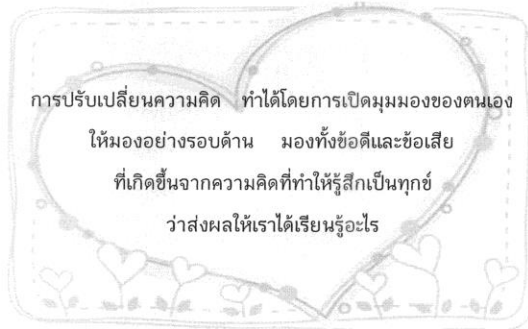
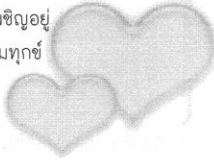
สัปดาห์ที่ 1

การฝึกทักษะ การปรับเปลี่ยนความคิดแบบใหม่

(เริ่มนับสัปดาห์ที่ 1 หลังจากพบกันที่คลินิก 1 วัน)

✎ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

การใช้ชีวิตประจำวันของคนเรา ไม่สามารถเจอกับสิ่งที่สมหวัง หรือถูกใจได้เสมอไป และบางครั้งเราเองก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลง สิ่งที่ไม่ถูกใจนั้นได้ ดังนั้นเราต้องมีวิธีการที่จะอยู่กับสิ่งนั้นให้ได้ โดยไม่รู้สึกริษใจหรือทุกข์ใจจนทนไม่ได้ ด้วยการฝึกการปรับเปลี่ยน ความคิดที่มีต่อตนเอง ต่อผู้อื่น หรือต่อสิ่งที่เผชิญอยู่ เพื่อให้มีการดำเนินชีวิตต่อไป ไม่จมอยู่กับความทุกข์ ท้อแท้ สิ้นหวัง



☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

ตัวอย่าง

การปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อให้ความรู้สึกเป็นทุกข์เบาบางลง

ความคิดแบบเดิมที่ทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ :
คิดว่าตนเอง เป็นภาระ ให้ลูก ไม่มีประโยชน์ กับลูก
ลูกต้องมาคอยดูแล คอยพาไปหาหมอ

ความคิดแบบใหม่ที่ทำให้รู้สึกดีขึ้น :
ถึงแม้ว่าเราต้องคอยให้ลูกมาดูแล คอยพาไปหาหมอ
แต่ช่วงที่อยู่ว่างๆ เราก็สามารถทำประโยชน์ ให้ลูกได้บ้าง
ช่วยเลี้ยงหลาน ลูกไม่ต้องเอาไปจ้างคนอื่นเลี้ยง
และลูกก็ไม่ต้องทุกข์ใจ เพราะถ้าต้องไปฝากคนอื่นเลี้ยง
ไม่รู้ว่าจะดูแลหลานได้ดีไหม เขาจะทุบตีหลานหรือเปล่า

☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

คำชี้แจง

ขอให้ท่านนำความคิดที่ทำให้รู้สึกเป็นทุกข์และพิสูจน์ได้แล้วว่าความคิดของท่านนั้นเป็นจริง *แต่ไม่มีประโยชน์ที่จะคิด* เพราะทำให้ท่านรู้สึกเป็นทุกข์ มาปรับเปลี่ยนเป็นความคิดแบบอื่นๆ (ความคิดแบบใหม่) แล้วทดลองปฏิบัติตามความคิดใหม่ที่จะทำให้ท่านมีความรู้สึก/อารมณ์ที่ดีขึ้น

แล้วเราจะกลับมาคุยกันทางโทรศัพท์ในสัปดาห์หน้าว่าหลังจากคิดแบบใหม่แล้วอารมณ์ของท่านเป็นอย่างไรบ้าง

ความคิดแบบใหม่ที่ทำให้รู้สึกดีขึ้น :

.....
.....
.....
.....

☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

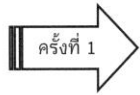
คำชี้แจง ขอให้ท่านฝึกทักษะการปรับความคิดและการแก้ไขปัญหา โดยนำ การเรียนรู้ที่ได้รับ เริ่มจากขั้นตอนแรกคือการค้นหาความคิด การพิสูจน์ ความคิด และการปรับเปลี่ยนความคิดที่ทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ รวมถึงเลือก วิธีการแก้ไขปัญหาคือจะทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้น

(โดยให้ฝึกปฏิบัติอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือมากกว่านั้น โดยเลือกวันที่ ต้องการปฏิบัติได้ตามที่ท่านสะดวกหรือเมื่อมีเหตุการณ์ใหม่ที่ทำให้ทุกข์ใจ และบันทึกการฝึกและทบทวนลงในแบบบันทึกที่กำหนดให้)



☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

แบบบันทึกการฝึกและทบทวน
การปรับความคิดและการแก้ไขปัญหา



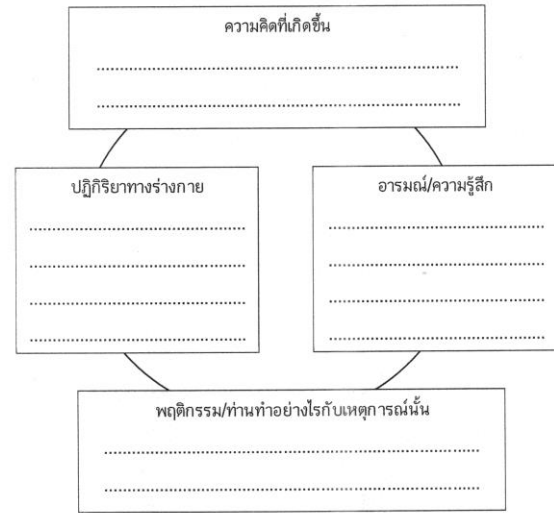
วันที่.....

① วันนี้เกิดเหตุการณ์อะไรบ้างที่ทำให้ท่านรู้สึกเป็นทุกข์หรือไม่สบายใจ
เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คือ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

② แล้วเหตุการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อตัวท่านบ้าง



③ ท่านให้คะแนนอารมณ์/ความรู้สึกที่เป็นทุกข์/ไม่สบายใจของท่าน
จากความคิดที่เกิดขึ้นในขณะนั้นเท่าไร (วงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับ
ความรู้สึกของท่าน)

0 คะแนน คือ ทุกข์เล็กน้อย จนถึง 10 คะแนน คือ ทุกข์มากที่สุด

ทุกข์เล็กน้อย

ทุกข์มากที่สุด

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

๔ ท่านอย่าเพิ่งเชื่อความคิดที่ทำให้ท่านรู้สึกเป็นทุกข์นี้ก่อนจนกว่าจะได้รับการพิสูจน์ โดยการตั้งคำถามและตอบคำถามต่อไปนี้

☒ ความคิดนั้นเป็นจริงหรือไม่

ตอบ จริง ไม่จริง

☒ หากความคิดนั้นเป็นจริง ท่านสามารถคิดเป็นอย่างอื่นได้อีกบ้างไหม

ตอบ ไม่ได้

ได้ เช่น

.....
.....
.....
.....
.....
.....

☒ หากความคิดนั้นเป็นความจริง ท่านคิดว่าหากท่านยังคิดเช่นนั้น จะมีประโยชน์กับความรู้สึกของท่านหรือไม่

ตอบ มี ไม่มี

☒ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

๕ หากท่านคิดว่าความคิดที่ทำให้ท่านรู้สึกเป็นทุกข์ใจนั้นเป็นจริง แต่มันไม่มีประโยชน์ เพราะทำให้ท่านเป็นทุกข์

ดังนั้นท่านจะมีวิธีการแก้ปัญหาอย่างไรบ้างเพื่อให้ความรู้สึกทุกข์ใจของท่านเบาบางลง

(ให้ท่าน ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับสิ่งที่ท่านเลือกปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา เพื่อลดความรู้สึกเป็นทุกข์ใจ โดยสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

-1 ปรับเปลี่ยนความคิดที่ทำให้เรารู้สึกเป็นทุกข์
-2 หาวิธีการจัดการกับอารมณ์/ความรู้สึกเป็นทุกข์ของตนเอง เช่น การทำจิตให้สงบ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การพูดกับตนเอง
-3 หากิจกรรมอื่นที่มีประโยชน์มาทำ เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และเกิดความเพลิดเพลิน
-4 ขอความช่วยเหลือจากคนที่เรารักและไว้ใจ เมื่อยังไม่สามารถคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง หรือ แก้ไขปัญหาได้น้อย
-5 อื่นๆ โปรดระบุ.....

๖ หลังจากที่ท่านได้แก้ไขปัญหาโดยการปรับเปลี่ยนความคิด และการแก้ไขปัญหาวัยวิธีอื่นๆ เพื่อให้ความรู้สึกทุกข์ใจของท่านเบาบางลง

ท่านให้คะแนนอารมณ์/ความรู้สึกที่เป็นทุกข์/ไม่สบายใจของท่าน หลังจากที่ได้แก้ไขปัญหานั้น (วงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน)

0 คะแนน คือ ทุกข์เล็กน้อย จนถึง 10 คะแนน คือ ทุกข์มากที่สุด

ทุกข์เล็กน้อย ทุกข์มากที่สุด

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

☒ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

แบบบันทึกการฝึกและทบทวน
การปรับความคิดและการแก้ไขปัญหา



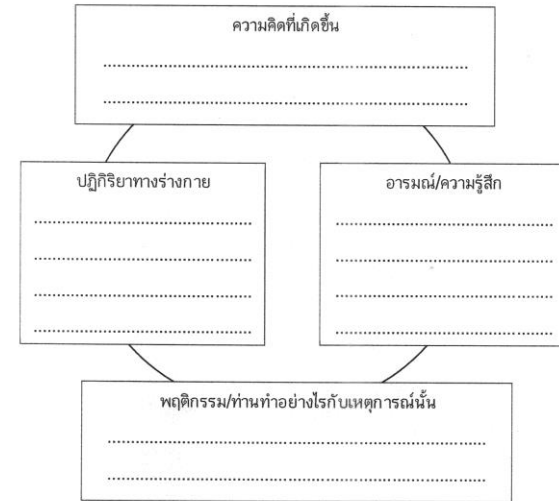
วันที่.....

① วันนี้เกิดเหตุการณ์อะไรบ้างที่ทำให้ท่านรู้สึกเป็นทุกข์หรือไม่สบายใจ
เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คือ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

② แล้วเหตุการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อตัวท่านบ้าง



③ ท่านให้คะแนนอารมณ์/ความรู้สึกที่เป็นทุกข์/ไม่สบายใจของท่าน
จากความคิดที่เกิดขึ้นในขณะนั้นเท่าไร (วงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับ
ความรู้สึกของท่าน)

0 คะแนน คือ ทุกข์เล็กน้อย จนถึง 10 คะแนน คือ ทุกข์มากที่สุด

ทุกข์เล็กน้อย

ทุกข์มากที่สุด

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

④ ท่านอย่าเพิ่งเชื่อความคิดที่ทำให้ท่านรู้สึกเป็นทุกข์นี้ก่อนจนกว่าจะได้รับการพิสูจน์ โดยการตั้งคำถามและตอบคำถามต่อไปนี้

☒ ความคิดนั้นเป็นจริงหรือไม่

ตอบ จริง ไม่จริง

☒ หากความคิดนั้นเป็นจริง ท่านสามารถคิดเป็นอย่างอื่นได้อีกบ้างไหม

ตอบ ไม่ได้

ได้ เช่น

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☒ หากความคิดนั้นเป็นความจริง ท่านคิดว่าหากท่านยังคิดเช่นนั้น จะมีประโยชน์กับความรู้สึกของท่านหรือไม่

ตอบ มี ไม่มี

☒ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

⑤ หากท่านคิดว่าความคิดที่ทำให้ท่านรู้สึกเป็นทุกข์ใจนั้นเป็นจริง แต่มันไม่มีประโยชน์ เพราะทำให้ท่านเป็นทุกข์

ดังนั้นท่านจะมีวิธีการแก้ปัญหาอย่างไรบ้างเพื่อให้ความรู้สึกทุกใจของท่านเบาบางลง

(ให้ท่าน ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับสิ่งที่ท่านเลือกปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา เพื่อลดความรู้สึกเป็นทุกข์ใจ โดยสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

.....1 ปรับเปลี่ยนความคิดที่ทำให้เรารู้สึกเป็นทุกข์

.....2 หาวิธีการจัดการกับอารมณ์/ความรู้สึกเป็นทุกข์ของตนเอง เช่น การทำจิตใจให้สงบ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การพูดกับตนเอง

.....3 หากิจกรรมอื่นที่มีประโยชน์มาทำ เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และเกิดความเพลิดเพลิน

.....4 ขอความช่วยเหลือจากคนที่เรารักและไว้ใจ เมื่อยังไม่สามารถคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง หรือ แก้ไขปัญหาได้น้อย

.....5 อื่นๆ โปรดระบุ.....

.....

⑥ หลังจากที่ท่านได้แก้ไขปัญหาโดยการปรับเปลี่ยนความคิด และการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีอื่นๆ เพื่อให้ความรู้สึกทุกใจของท่านเบาบางลง

ท่านให้คะแนนอารมณ์/ความรู้สึกที่เป็นทุกข์/ไม่สบายใจของท่าน หลังจากที่ได้แก้ไขปัญหานั้น (วงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน)

0 คะแนน คือ ทุกข์เล็กน้อย จนถึง 10 คะแนน คือ ทุกข์มากที่สุด

ทุกข์เล็กน้อย

ทุกข์มากที่สุด

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

☒ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

สัปดาห์ที่ 2

การฝึกทักษะ การจัดการกับอารมณ์และความคิด

☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

"การทำจิตให้นิ่ง"

การทำจิตให้นิ่งสงบ วางจากความคิดทั้งปวง
จดจ่ออยู่กับสิ่งๆเดียวโดยเฉพาะ เช่น ลมหายใจ
เพราะการรู้ลมหายใจ ไม่ต้องใช้ความคิดหรือจินตนาการใดๆ
เพื่อนำไปสู่การหยุดความคิดที่ทำให้เราเป็นทุกข์



การทำจิตให้นิ่งสงบโดยจดจ่ออยู่กับลมหายใจ ตามรู้ลมหายใจ
ในช่วงแรกของการฝึกจะมีอุปสรรคมากมาย เพราะจิตจะไปย้อมอยู่นิ่ง
กับลมหายใจ จนกว่าจะมีความชำนาญมากขึ้น การตามรู้ลมหายใจก็จะค่อยๆ
เบาขึ้น หรือแม้จะออกแวกบ้างก็รู้ตัวกลับมาตามรู้ลมหายใจได้เร็ว
ภาวะที่ทำให้จิตตามรู้ลมหายใจได้นี้ จะสามารถทำให้ความคิดหยุด
เมื่อความคิดหยุด จิตที่ว่างจากความคิด ก็จะเป็นจิตที่สงบ และเมื่อมีความสงบ
ต่อเนื่อง ร่างกายและจิตใจก็จะผ่อนคลาย อารมณ์ก็จะดีขึ้น ท่านสามารถฝึก
การทำจิตให้สงบได้ง่ายๆ 3 ขั้นตอน ดังนี้

☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

ขั้นที่ 1 การฝึกรับรู้ลมหายใจ

- ❖ นั่งหลังตรง ศีรษะตรง หลังตาเบาๆ หายใจเข้าออกยาวๆ ลึก 4 – 5 ลมหายใจ
- ❖ ลองยกหลังมือขึ้นยังบริเวณปลายจมูก จะรับรู้ถึงลมหายใจอุ่นๆ ได้ง่าย เพราะที่บริเวณหลังมือมีปลายประสาทรับรู้หนาแน่น แต่เมื่อเอามือลง และลองรับรู้ลมหายใจที่บริเวณปลายจมูกเพียงอย่างเดียว จะรู้สึกว่าจะต้องใช้ความตั้งใจมากขึ้นจึงจะจับความรู้สึกของลมหายใจเข้าออกได้ เพราะบริเวณปลายจมูกมีประสาทรับรู้ น้อยกว่า
- ❖ ลองหายใจยาวๆ อีกสัก 5 – 6 ลมหายใจ สังเกตสัมผัสของลมหายใจที่ปลายจมูกข้างที่รู้สึกชัดกว่า คุไปให้ต่อเมื่อด้วยลมหายใจปกติ พยายามสังเกตไประยะหนึ่ง สัก 1 - 2 นาที ด้วยลมหายใจปกติ

ขั้นที่ 2 การจัดการกับความคิด

- ❖ นั่งหลังตรง ศีรษะตรง หลังตาเบา ๆ หายใจเข้าออกยาว ๆ ลึก 4 – 5 ลมหายใจ
- ❖ ระหว่างนี้ อาจมีความคิดบางอย่างเกิดขึ้นในใจ ให้ท่านรู้ตัวว่ามีความคิดเกิดขึ้น แต่อย่าไปติดตามปล่อยความคิดนั้นให้ผ่านเลยไป หันความสนใจมาอยู่ที่ลมหายใจเท่านั้น คุลมหายใจให้ต่อเนื่องให้มากที่สุด
- ❖ อย่าสั่งตัวเองให้หยุดคิด หรือว่าวุ่นใจไปกับความคิดเหล่านั้น เพราะจะทำให้จิตไม่สงบ
- ❖ ให้ปล่อยความคิดนั้นให้ผ่านไป แล้วกลับมาคุลมหายใจต่อ
- ❖ ถ้ามีความคิดผ่านเข้ามาในใจมาก ให้คุลมหายใจเข้าออกยาวๆ ลึก 1- 2 ครั้ง แล้วเริ่มจับความรู้สึกของลมหายใจที่จมูกใหม่อีกครั้ง พยายามคุลมหายใจต่อไปให้นานที่สุด เท่าที่จะทำได้ ลองทำสัก 3 - 4 นาที

☞ คู่มือดูแลสุขภาพให้ไกลทุกข์

ขั้นที่ 3 การจัดการกับความง่วง

- ❖ คราวนี้ ให้คุลมหลับอีกครั้ง อย่างเบาๆ รับรู้ลมหายใจให้ต่อเนื่องและยาวนานมากขึ้น
- ❖ แม้จะมีความคิดผ่านเข้ามา ก็ไม่ติดตาม ปล่อยความคิดนั้นให้ผ่านไป อาจหายใจยาวๆ ลึก 1 – 2 ครั้ง แล้วกลับมารับรู้ลมหายใจอย่างต่อเนื่อง พยายามอยู่กับลมหายใจให้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้
- ❖ ในระหว่างนี้อาจรู้สึกง่วง ให้จัดการกับความง่วงโดยพยายามยืดตัวให้ตรง เพื่อให้ร่างกายตื่นตัว และหายใจเข้าออกแรงๆ ลึก 5 – 6 ครั้ง หรือทำท่างาจินตนาการถึงแสงที่สว่างจ้าขึ้นในใจสักครู่หนึ่ง เมื่อหายง่วงแล้ว ก็กลับมารับรู้ลมหายใจอย่างต่อเนื่องต่อไป อย่างน้อยสัก 8 – 10 นาที

(สมาธิลีลิตาอีก 1 นาที)

- ❖ ให้ลีลิตาได้ พยายามรักษาระดับสายตาให้อยู่แค่บริเวณปลายจมูก และยังมีสมาธิอยู่กับลมหายใจต่อไปอีกสัก 1 นาที โดยไม่ต้องสนใจสิ่งรอบกวนภายนอก ไม่ต้องสนใจสิ่งที่เห็น มีสมาธิแบบลีลิตา อย่างน้อย 1 นาที

โดยทั่วไปควรฝึกทำทุกวัน วันละ 10 – 20 นาที โดยเลือกเวลาที่ท่านสะดวก ช่วงเวลาที่ดีที่สุดคือช่วงเช้านุหรือช่วงก่อนนอน เพราะจะเป็นช่วงที่สงบ ท่านจะนั่งบนเก้าอี้ก็ได้แต่ไม่ควรพิงพนักนั่งให้หลังตรง ศีรษะตรง นิ้วหัวแม่มือจรดกัน ทำนี้จะเป็นการทำให้ร่างกายสมดุลและช่วยให้นั่งนานๆ ได้ดี

☞ คู่มือดูแลสุขภาพให้ไกลทุกข์

“การพอนคลายกล้ามเนื้อ”

ความเครียด ความทุกข์ใจ มีผลทำให้เกิดการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ
ในส่วนต่างๆของร่างกาย การหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อทำให้เกิดอาการเจ็บปวด
เช่น ปวดต้นคอ ปวดหลัง ปวดไหล่ ฯลฯ

การฝึกการคลายกล้ามเนื้อจะช่วยให้อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง
รู้สึกสบายตัวขึ้นและเมื่อร่างกายพอนคลาย จิตใจก็จะพอนคลายความเครียด
ความทุกข์ใจลง

วิธีการฝึก

เลือกสถานที่ที่สงบ ปราศจากเสียงรบกวน นั่งในท่าที่สบาย
สวมเสื้อผ้าด้วยชุดที่หลวมๆหรือคลายเสื้อผ้าให้หลวม ถอดรองเท้า หลับตา
ทำจิตให้ว่าง จดจ่ออยู่ที่กล้ามเนื้อส่วนต่างๆที่ทำการฝึก

กล้ามเนื้อที่ฝึกเกร็งและคลาย มี 10 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 มือและแขนขวา

โดยกำมือ เกร็งแขน นับ 1 2 3 4 5 แล้วคลาย นับ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

กลุ่มที่ 2 มือและแขนซ้าย

โดยกำมือ เกร็งแขน นับ 1 2 3 4 5 แล้วคลาย นับ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

กลุ่มที่ 3 หน้าผาก

โดยครึ่งแรก เลิกคิ้วสูง นับ 1 2 3 4 5 แล้วคลาย นับ 1 2 3 4 5 6
7 8 9 10

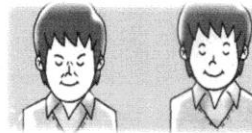


ต่อมา ขมวดคิ้ว นับ 1 2 3 4 5 แล้วคลาย นับ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



กลุ่มที่ 4 ตา แก้ม จมูก

โดยหลับตานาน ย่นจมูก นับ 1 2 3 4 5 แล้วคลาย นับ 1 2 3 4 5 6
7 8 9 10



☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

กลุ่มที่ 5 ขากรรไกร ลิ้น ริมนิปาก

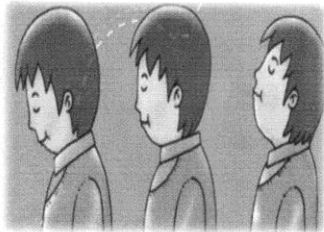
โดยครั้งแรก กัดฟัน ใช้ลิ้นดันเพดานปาก นับ 1 2 3 4 5 แล้วคลาย
นับ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ต่อมา เน้มปากแน่น นับ 1 2 3 4 5 แล้วคลาย นับ 1 2 3 4 5 6
7 8 9 10

กลุ่มที่ 6 คอ

โดยครั้งแรกก้มหน้าให้คางจดคอ นับ 1 2 3 4 5 แล้วคลาย นับ 1 2 3
4 5 6 7 8 9 10

ต่อมา เงยหน้าจนสุด นับ 1 2 3 4 5 แล้วคลาย นับ 1 2 3 4 5 6
7 8 9 10

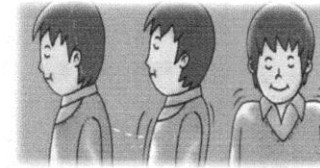


☞ คู่มือดูแลใจให้โลกทุกซ์

กลุ่มที่ 7 อก ไหล่ และหลัง

โดยครั้งแรกหายใจเข้าลึกๆ กลั้นไว้ นับ 1 2 3 4 5 แล้วคลาย
นับ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

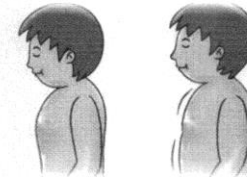
ต่อมา ยกไหล่ขึ้นให้สุด นับ 1 2 3 4 5 แล้วคลาย นับ 1 2 3 4 5
6 7 8 9 10



กลุ่มที่ 8 หน้าท้อง และก้น

โดยครั้งแรก แอ้มท้อง นับ 1 2 3 4 5 แล้วคลาย นับ 1 2 3 4 5 6
7 8 9 10

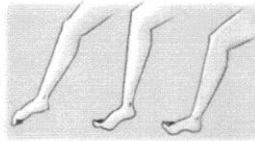
ต่อมา ขมิบก้น นับ 1 2 3 4 5 แล้วคลาย นับ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



☞ คู่มือดูแลใจให้โลกทุกซ์

กลุ่มที่ 9 เท้าและขาขวา

โดยครั้งแรก เหยียดขา งอนิ้วเท้าแบบจิกลง นับ 1 2 3 4 5 แล้วคลาย
นับ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ต่อมา เหยียดขา กระจกปลายเท้าขึ้นเข้าหาตัว นับ 1 2 3 4 5
แล้วคลาย นับ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



กลุ่มที่ 10 เท้าและขาซ้าย

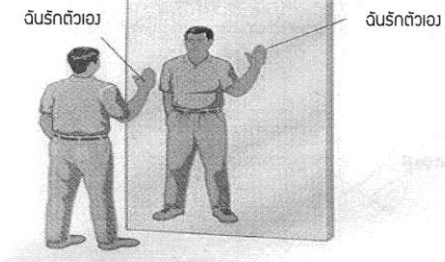
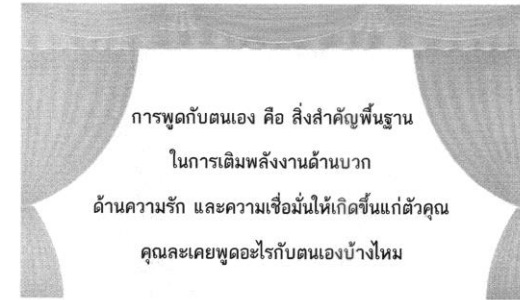
โดยทำเช่นเดียวกับกับเท้าและขาขวา

ข้อแนะนำสำหรับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

- ① ควรฝึกประมาณ 8 - 12 ครั้ง เพื่อให้เกิดความชำนาญ
- ② เมื่อคุ้นเคยกับการผ่อนคลายแล้ว ให้ฝึกคลายกล้ามเนื้อได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องเกร็งก่อน
- ③ อาจเลือกคลายกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนที่เป็นปัญหาเท่านั้นก็ได้ เช่น บริเวณใบหน้า ต้นคอ เป็นต้น ไม่จำเป็นต้องคลายกล้ามเนื้อทั้งตัว จะช่วยให้ใช้เวลาน้อยลงและสะดวก

๙ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

“การพูดกับตนเอง”



ผู้ที่ไม่ได้พูดกับตนเองเป็นประจำ สามารถเรียนรู้ประโยค
ที่แนะนำให้พูดกับตนเองและเทคนิคการพูด ได้จากหน้าถัดไป

๙ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

ประโยคแนะนำ สำหรับการพูดกับตนเอง

① ฉันรักตัวเอง

(เป็นคำพูดพื้นฐานที่คุณควรจะมีพูดกับตนเองทุกวัน และด้วยความมั่นใจ)

② ฉันภูมิใจในตัวเอง

③ ฉันทำได้ และ ฉันจะทำให้ดีที่สุดเท่าที่ฉันทำได้

④ ฉันมีความสามารถในการทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ

ตามกำลังกาย กำลังใจที่ฉันมีอยู่ในขณะนี้

⑤ ฉันให้เกียรติผู้อื่น เพราะนั่นหมายถึงว่า ฉันให้เกียรติตนเอง

⑥ ฉันรักชีวิตของฉัน ฉันมีความสุข และได้เรียนรู้กับชีวิตของฉัน

⑦ ฉันไม่ต้องเหมือนใคร เพราะฉันคือฉันเอง ที่ฉันภูมิใจ

ท่านจะสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงของตัวเอง คือ รู้สึกสดชื่น มองโลกในด้านบวก มีความคิดแจ่มใส โดยท่านเลือกพูด 7 ประโยค จากด้านบน ร่วมกับการใช้เทคนิคการพูดกับตนเอง ดังต่อไปนี้

เทคนิคการพูดกับตนเอง

1. การพูดตอนเช้า : เลือกการพูด 7 ประโยคด้านบน ในช่วงเช้า หลังท่านตื่นนอน อาบน้ำเรียบร้อยแล้ว โดยควรกำหนดเวลาพูดให้แน่นอนทุกวัน

2. การพูดต่อหน้ากระจก : ที่สามารถมองเห็นหน้าของท่าน ปากของท่านในขณะที่พูดอย่างชัดเจน ให้พูดต่อหน้ากระจกเสมือนท่านพูดอยู่กับตัวเอง ผ่านการจ้องตา มองปาก ให้ได้ยืนยันว่าท่านพูดอะไรกับตัวท่านเองในกระจก

3. การพูดด้วยความเชื่อมั่น : พูดด้วยความเชื่อมั่น ผ่านการคิดถึงเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตของท่าน ที่สอดคล้องกับประโยคที่ท่านพูด มองหาด้านดี และคิดเสมอว่าทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของท่าน ไม่ว่าจะดีหรือร้าย คือส่วนประกอบที่ทำให้ท่านเป็นตัวท่านเองในขณะนี้ และท่านจะดำเนินชีวิตไปได้อย่างดีที่สุด

คำชี้แจง

ขอให้ท่านฝึกทำจิตใจนี้บ่อยๆ ฟอนคลายกล้ามเนื้อ

และพูดกับตนเอง อย่างน้อย 3 วันใบสัปดาห์นี้ กิจกรรมละ

1 ครั้งต่อวัน หรืออาจมากกว่านั้นทั้งจำนวนวันและช่วงเวลา

(เลือกวันที่ท่านสะดวก) และนำไปใช้จัดการกับอารมณ์และ

ความคิดเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้ทุกข์ใจด้วย และขอให้ท่าน

บันทึกการฝึกในตารางในหน้าถัดไป

ตารางบันทึกการฝึกปฏิบัติ
การทำจิตให้หนึ่ง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการพูดกับตนเอง

คำชี้แจง ให้ท่าน ✓ ลงในช่องที่ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติจริงมากที่สุด

เวลา	กิจกรรม	การทำจิตให้หนึ่ง	การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	การพูดกับตนเอง
วันที่ 1				
เช้า				
กลางวัน				
เย็น				
ก่อนนอน				
เวลาอื่นๆ				
วันที่ 2				
เช้า				
กลางวัน				
เย็น				
ก่อนนอน				
เวลาอื่นๆ				
วันที่ 3				
เช้า				
กลางวัน				
เย็น				
ก่อนนอน				
เวลาอื่นๆ				
วันที่ 4				
เช้า				
กลางวัน				
เย็น				
ก่อนนอน				
เวลาอื่นๆ				

☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

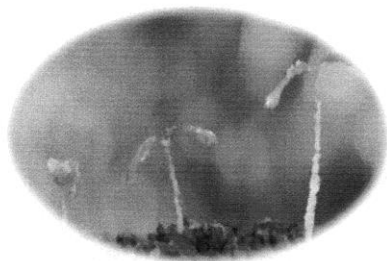
สัปดาห์ที่ 3

การเพิ่มกิจกรรมที่ชอบในชีวิตประจำวัน
และการใช้เวลาว่างให้ประโยชน์

☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกข์

“การปลูกต้นอ่อนทานตะวัน”

ก่อนปลูก รู้จักประโยชน์ของต้นอ่อนทานตะวันกันก่อนนะ



สารอาหารสำคัญ ใน “ต้นอ่อนทานตะวัน” ประกอบด้วย

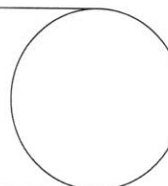
1. **ไขมัน** ในต้นอ่อนทานตะวันมีไขมันอิ่มตัว ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน และไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว ซึ่งไขมันที่อยู่ในต้นอ่อนทานตะวันนี้ล้วนแต่เป็นไขมันชนิดดี มีประโยชน์ต่อร่างกาย
2. **คาร์โบไฮเดรต ไฟเบอร์ โปรตีน** ในส่วนของโปรตีน เมื่อเทียบกับโปรตีนในถั่ว ต้นอ่อนทานตะวันจะมีโปรตีนสูงกว่า
3. **แคลเซียมและธาตุเหล็ก** ต้นอ่อนทานตะวันมีแคลเซียมและธาตุเหล็กสูง
4. ต้นอ่อนทานตะวันอุดมไปด้วย **วิตามินหลายชนิด** เช่น วิตามินเอ วิตามินอี วิตามินบี1 วิตามินบี6 และยังมี โอมะก้า3 โอมะก้า6 และโอมะก้า9 อีกด้วย

☞ คู่มือดูแลใจให้ปลอดภัย

สรรพคุณ...ประโยชน์ของต้นทานตะวันอ่อน

1. ต้นอ่อนทานตะวันช่วยควบคุมระดับคอเลสเตอรอลในเลือดและป้องกันโรคไขมันในเส้นเลือด
2. ต้นอ่อนทานตะวันป้องกันโรคหลายชนิด เช่น มะเร็ง เบาหวาน เนื่องจากในต้นอ่อนทานตะวันมีสารกาบา (GABA)
3. ต้นอ่อนทานตะวันช่วยควบคุมน้ำหนักและดูแลผิวพรรณ
4. ต้นอ่อนทานตะวันช่วยบำรุงเซลล์สมอง ป้องกันการเกิดโรคอัลไซเมอร์ด้วยธาตุเหล็ก
5. ต้นอ่อนทานตะวันช่วยบำรุงสายตา รวมถึงชะลอความแก่
6. ต้นอ่อนทานตะวันช่วยป้องกันการติดเชื้อในทางเดินหายใจ
7. ต้นอ่อนทานตะวันช่วยบำรุงกระดูกและฟันให้แข็งแรง เนื่องจากต้นอ่อนทานตะวันมีแคลเซียมสูง
8. ต้นอ่อนทานตะวันมีสารอาหารโพแทสเซียม หากสตรีมีครรภ์ได้รับประทานจะมีผลดีต่อสุขภาพทั้งของตนเองและทารกในครรภ์

“ท่านคิดว่าถ้าท่านปลูกสำเร็จ
จะมีประโยชน์ต่อท่าน
และคนในครอบครัวหรือไม่”



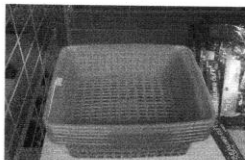
☞ คู่มือดูแลใจให้ปลอดภัย

เมื่อท่านคิดว่าต้นอ่อนทานตะวันมีประโยชน์

ขอให้ท่านปลูกต้นอ่อนทานตะวันจากเมล็ดทานตะวันที่ได้รับไป ตามขั้นตอนการเพาะต้นอ่อนทานตะวัน จากผู้ที่ยังไม่เคยเริ่มปลูก ต่อยอดไป จนถึงมืออาชีพได้ดังนี้

สิ่งที่ต้องเตรียม

1. ถาดสำหรับปลูก เช่น ถาด หรือตะกร้า
2. ดิน
3. เมล็ดทานตะวัน
4. ผ้าขนหนูเก่าๆ
5. อุปกรณ์สำหรับรดน้ำ



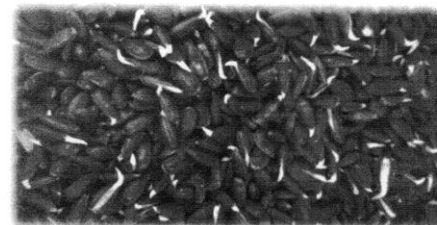
พอได้ครบแล้ว มาเริ่มกันเลย

☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกซ์

วันที่ 1

☞ นำเมล็ดทานตะวันไปแช่น้ำ 4-6 ชั่วโมง ระหว่างแช่จะมีฟองอากาศ ซึ่งเกิดจากน้ำเข้าไปในเมล็ด หลังจากนั้นเทน้ำออก

☞ นำเมล็ดทานตะวันที่แช่น้ำแล้วมาบ่มในผ้าขนหนู ประมาณ 18-20 ชั่วโมง (ทิ้งไว้ข้ามคืน) ทุกๆ 5 ชั่วโมง ให้คนกลับไปกลับมา เมล็ดจะเริ่มออกเป็นตุ่มๆ แสดงว่าเริ่มเพาะได้แล้ว ให้เรานำดินใส่ถาดที่เตรียมไว้



วันที่ 2

☞ โรยเมล็ดที่ออกเป็นตุ่มๆลงดิน โดยไม่ให้หนา หรือบางจนเกินไป

☞ โรยดินกลบบาง ๆ และรดน้ำพอชุ่ม

☞ ทิ้งไว้ประมาณ 1 คืน

☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกซ์

วันที่ 3

☞ ให้นำถาดดอกมารดน้ำตามปกติ แยกถาดออกไว้ในร่มรดน้ำวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น

วันที่ 4

☞ รดน้ำต่อวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น พอประมาณ

วันที่ 5

☞ รดน้ำบ้างๆ เพื่อให้ดินหลุดจากใบ สามารถเริ่มเก็บเมล็ดที่ติดใบออกได้ รดน้ำเช้า-เย็นต่อ

วันที่ 6

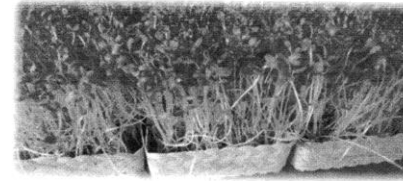
☞ รดน้ำต่อเช้า-เย็น พอประมาณ

วันที่ 7

☞ รดน้ำเช้า-เย็นปกติ และนำออกมารับแสง

☞ ในวันที่จะตัดต้นจะเริ่มเขียว สามารถตัดได้ในวันที่ 6-7 หรือมากกว่าก็ได้ แล้วแต่ความยาวของต้น

☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกซ



การตัด ใช้มือรวบโคนต้นเป็นกระจุก นำกรรไกรหรือมีดคมๆ ตัดที่โคนต้น สาเหตุที่ต้องใช้มีดคมมากๆ เพื่อป้องกันโคนต้นช้ำ แล้วนำมาล้างในกะละมัง 2 น้ำ เก็บเศษดิน เศษราก และเมล็ดที่ติดมาออก ผึ่งให้แห้ง พร้อมรับประทาน หรือจะใส่ถุงเข้าตู้เย็น โดยมัดปากถุงให้แน่นไม่ต้องเจาะรู แต่ต้องผึ่งให้สะเด็ดน้ำก่อนนะ สามารถเก็บได้ 5-7 วัน

เทคนิคสำคัญ: คือการเรียนรู้และลงมือทำ

สุดท้าย ฝากให้ท่านลองนำดินอ่อนทานตะวัน ไปทำเมนูอาหารที่ทานขึ้นขอบ และนำกลับมาเผ่าผู้กิน ฟิง ในสัปดาห์ที่จะพบกับอีกครึ่งที่คลิสิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์นะคะ

☞ คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกซ

ภาคผนวก ง

ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ซอย.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 เบอร์โทรศัพท์.....

มีความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยที่ทำโดยนางศิริณยา รอดเจริญ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยมีผศ.ดร.วินิภาญจน์ คงสุวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ดร.วิณา คั่นห้อง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ผลของการวิจัยจะใช้เป็นแนวทางในการบำบัดรักษาทางจิตสังคมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้า

ถ้าข้าพเจ้าตกลงใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะถูกสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น หากข้าพเจ้าเข้าสู่กลุ่มทดลอง จะได้รับการเตรียมความพร้อมและเข้าร่วมกิจกรรมใน โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง 3 กิจกรรม โดยจะพบกับผู้วิจัยในกิจกรรมที่ 1 (วันนี้) และ กิจกรรมที่ 3 (วันนัดครั้งต่อไป) ครั้งละ 60 นาที ส่วนกิจกรรมที่ 2 จะได้รับคู่มือไปฝึกทักษะ การปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองที่บ้าน เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และหยุดพักกิจกรรม 1 สัปดาห์ ก่อนเริ่มกิจกรรมที่ 3 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ และระหว่างการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยจะมีการติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อติดตามปัญหาอุปสรรค ให้กำลังใจ และให้การช่วยเหลือตามความต้องการ ถ้าข้าพเจ้าเข้าสู่กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในระหว่างการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะอยู่ให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา และในกรณีที่ข้าพเจ้าถูกสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม แต่ต้องการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะดูแลให้ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะถูกขอให้ตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง คือ ในกิจกรรมที่ 1 และ กิจกรรมที่ 3 ของการวิจัย โดยมีอิสระในการที่จะเลือกตอบแบบสอบถามตามความรู้สึก/ความคิดเห็นของตนเอง

ข้าพเจ้าได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้และขอเข้าร่วมในการวิจัย โดยสมัครใจและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น ข้าพเจ้าจะไม่ได้รับประโยชน์ส่วนตัวใดๆทั้งสิ้น จากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลและคำตอบจะถูกปิดไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยจะถูกเสนอ ในภาพรวมเท่านั้น ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะถามข้อสงสัย ปฏิเสธข้อซักถาม และถอนตัวออกจากการวิจัย ได้ทุกเมื่อที่ข้าพเจ้าต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ไม่มีโทษ ทั้งทางด้านการแพทย์ กฎหมายและสังคม แต่อาจเกิดความเหนื่อยล้า หรือเบื่อหน่ายจากการ ทำกิจกรรมบ้าง หากเกิดอาการดังกล่าว ข้าพเจ้าสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อหยุดพักหรือขอเลื่อนเวลาในการทำกิจกรรม และผลการวิจัยครั้งนี้จะนำไปใช้ประโยชน์ ในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตต่อไป

ถ้าข้าพเจ้ามีข้อสงสัยหรือมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัยสามารถติดต่อสอบถามจากผู้วิจัย โดยตรงได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 081-8919715 หรือ อีเมล nan-siya@hotmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากรายละเอียดข้างต้นแล้ว และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(นางศิรินยา รอดเจริญ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก จ
เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

4/6/2018

สำนักงานมาตรฐานการวิจัยในคน

Certificate of Completion

National Research Council of Thailand (NRCT) and Forum for Ethical Review Committee in Thailand (FERCIT)

Certify that

Siranya Rodcharoen

Has completed the ON-LINE RESEARCH ETHICS TRAINING
Course หลักสูตรหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำหรับนักศึกษา/นักวิจัย

Date approved
(06/04/2561)

Date expired
(06/04/2564)



(ผู้มีอำนาจลงนาม)



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
 โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ: 2018 NSt – Qn 022

ชื่อโครงการ: ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

รหัสหนังสือรับรอง: PSU IRB 2018 – NSt 021

ชื่อหัวหน้าโครงการ: นางศิรินยา รอดเจริญ

หน่วยงานที่สังกัด: หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย
 2. เครื่องมือวิจัย
 3. ใบเชิญชวนและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่รับรอง: 7 มิถุนายน 2561

วันที่หมดอายุ: 7 มิถุนายน 2563

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการ เบลมอนต์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

(ลงนาม).....

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรุณญา เชาวลิต)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



หมายเลขโครงการ SSR REC ๗/๒๕๖๑

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต
ที่อยู่ ๒๙๘ ถนน ธาราธิติ ตำบล ท่าข้าม อำเภอ พุนพิน จังหวัด สุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
เลขที่โครงการวิจัย : SSR REC ๗/๒๕๖๑
ผู้วิจัยหลัก : นางศรินยา รอดเจริญ
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เอกสารที่ได้รับการรับรอง : ๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์
๓. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย
๔. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลงนาม ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
(นายอรรถพงษ์ ถนิมพาสณ์)

ลงนาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
(นายแพทย์จุมภฏ พรหมสีดา)

วันที่รับรอง : ตั้งแต่วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๒
ทั้งนี้ การรับรอนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก จ
เอกสารรับรองการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย



คณะพยาบาลศาสตร์
เลขรับ..... ๖๖๖
วันที่..... ๖ ๖๖, ๖๖
เวลา..... ๖.๖๖

งานบริการการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
๒๕/๒๕ ถ.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐
โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๐-๑๐๗ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๔๘๓๔

ที่ ศร ๐๕๑๗.๐๒ / ๐๐๖๙/๒๖
วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๑
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตามหนังสือที่ ศร ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๗๕๙ ลงวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๑ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย : นาง ศิริญา รอดเจริญ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ : “ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า” โดยมี ผศ.ดร. วีนีกาญจน์ คงสุวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้ : แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : นส. เขียวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๒๔ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี” โดยมี ผศ.ดร. ทศนา บุญทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัยได้รับแจ้งจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ว่าไม่ขัดข้องและยินยอมอนุญาต ให้ นาง ศิริญา รอดเจริญ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอ ได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบบทฟอร์ม หนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม.๐๑๔ มาด้วย เพื่อให้ ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม และส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการการใช้เครื่องมือจำนวน ๒๐๐บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเองหรือ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช

...../๒๐

- ๒ -

ข้อบัญญัติ "หลักสูตรบัณฑิตศึกษา" เลขที่บัญญัติ ๐๑๖-๒๕๔๕๒๘-๕ ประเภทอนุมัติ และแม่ สำเนาหลักฐานการ
โอนเงิน ส่งมายัง E-mail saowanee.mah@mahidol.edu เอกสารตัวจริงส่งมายัง

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ ๒ ถนนวิภาวดี แขวงศิริราช
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐
โทร. ๐-๒๕๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒-๒๕๔๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติหน้าที่แทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

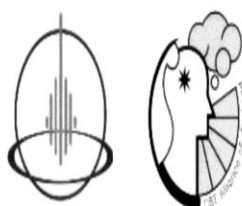
หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ศาลายา ชั้น ๕
ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.

๘ มีนาคม ๒๕๖๕


ศิริกานต์ พิเศษ / ผู้แทนของ ศรชช พท

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองการอบรมด้านการปฏิบัติการพยาบาล



ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชมรมจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย (CAT)

ขอขอบุติบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางศิรินยา รอดเจริญ

ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง

“การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม CBT in Nursing Practice”

ระหว่างวันที่ 23 – 25 พฤษภาคม 2561

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทวิวงศ์ ศรีบุรี)

กรรมการผู้อำนวยการ

ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ณัฏฐ์ พิทยรัตน์เสถียร)

ประธาน

ชมรมจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย (CAT)

(ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ตีะปิ่นตา)

รองประธาน

ชมรมจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย (CAT)

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์พิเชฐ อุดมรัตน์ ประธานชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
และประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย
คลินิกหมอพิเชฐ เลขที่ 80 ถนนนิพัทธ์อุทิศ 1
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

2. ศาสตราจารย์ ดร.คาราวรรณ ต๊ะปันตา อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

3. ดร.วิภาวี เผ่ากันทรารกร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
เขตคลองสาน กรุงเทพฯ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางศิรินยา รอดเจริญ

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5910420045

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่า ปริญญาตรี)	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	2538
ประกาศนียบัตรการพยาบาล เฉพาะทาง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	2547
ประกาศนียบัตรการพยาบาล เฉพาะทาง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	2559

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยชาย 9 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประวัติผู้เขียนชื่อ สกฤษหัตถ์ประจำตัวนักศึกษา