

ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า



นางสาวเซาวณี ล่องชูผล

สถาบันวิทยบริการ  
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-53-1295-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE THERAPY ON DEPRESSION  
IN OLDER PERSON WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Miss Chaowanee Longchoopol



สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-53-1295-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ  
โรคซึมเศร้า

โดย นางสาวเซาวนีย์ ล่องชุมผล

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุขโข)

สถาบันนวัตกรรมการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เขาวนึ่ ล่องซุผล : ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคัประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ  
โรคซึมเศร้า (THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE THERAPY ON DEPRESSION  
IN OLDER PERSON WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER)

อ.ที่ปรึกษา : รศ.ดร. อรพรรณ ลือบุญวรัชชัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัด  
ประคัประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอายุ  
ระหว่าง 60-75 ปีที่เข้ารับการรักษานในกลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน โดยสุ่มเข้าสู่  
กลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการทำ  
กลุ่มบำบัดประคัประคองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ใน  
การวิจัย คือ โปรแกรมการทำกลุ่มบำบัดประคัประคอง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน  
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค และแบบ  
ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุของคูเปอร์สมิธซึ่งพัฒนาต่อโดยนาตยา วงศ์สิทธิ์  
ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและหาค่าความเที่ยงของแบบ  
ประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .86 และประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเท่ากับ .84  
ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ากลุ่มทดลอง หลังการทำกลุ่มบำบัด  
ประคัประคองลดลงกว่าก่อนทำกลุ่มบำบัดประคัประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ของกลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มบำบัดประคัประคอง  
ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันนวยทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
ปีการศึกษา 2547

ลายมือชื่ออนิสิต.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

##4577568536: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORDS: GROUP SUPPORTIVE THERAPY/ DEPRESSION LEVEL /  
 MAJOR DEPRESSIVE DISORDER/ DEPRESSION IN OLDER PERSON  
 CHAOWANEE LONGCHOOPL: THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE  
 THERAPY ON DEPRESSION IN OLDER PERSON WITH  
 MAJOR DEPRESSIV DISORDER.

THESIS ADVISOR: ASSOC.PROF.ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI ,PH.D

The purpose of this quasi - experimental research was to study the effect of group supportive therapy on depression in older person with major depressive disorder. The 40 samples were older persons, who were 60-75 years old and follow up with Major Depressive Disorder in psychiatric unit of out patient department. The samples were matched by depression level and were randomly assigned into experimental group and control group, 20 in each group. The experimental group received group supportive therapy, that developed by researcher. The control group received regular caring activity. The research instruments consisted group supportive therapy program, personal information form, Beck depressive inventory scale and Coopersmith self- esteem scale. The group supportive therapy was tested for content validity by 5 professional experts. The reliability of these the Beck depressive inventory scale were .86 and Coopersmith self- esteem scale were .84 respectively. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. The depression level in older person with major depressive disorder before and after participating in group supportive therapy was significantly lower, at the .05 level.
2. The depression level in older person with major depressive disorder after participating in group supportive therapy was significantly lower than the older person with major depressive disorder who participated in the regular caring activities, at the .05 level.

Filed of study Mental health and Psychiatric Nursing

Student's signature.....

Academic year 2004

Advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า ให้คำปรึกษา แนะนำ ข้อคิดเห็นและแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องๆ รวมทั้งให้ความเอื้ออาทร เอาใจใส่และให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก ศรีสุขโข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ รวมทั้งคณาจารย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์และให้คำแนะนำต่างๆ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก แพทย์หญิงรุ่งแสง กนกวุฒิ นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุขสวัสดิกุล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาลประจำการฝ่ายจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียนโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัย ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือ และรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความอนุเคราะห์ และช่วยเหลือมาโดยตลอด รวมทั้งเพื่อนนิสิตทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ผู้วิจัยได้พัฒนากระบวนการคิด กระบวนการทางสังคมที่เพิ่มพูนความรู้ ซึ่งช่วยทำให้ผู้วิจัยสามารถทำงานวิจัย สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญา และความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัวล่องชุมผล และครอบครัวโมลา ที่ให้ความสนับสนุน ประคับประคอง เป็นกำลังใจผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้านและกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้

เขาวนีย์ ล่องชุมผล

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	9
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า.....	16
โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	29
การประเมิน การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และการพยาบาล.....	39
กลุ่มบำบัดระดับประคอง.....	43
ผลของกลุ่มบำบัดระดับประคองในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.....	50
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	52

## บทที่

3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	56
วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	76
สรุปผลการวิจัย.....	78
อภิปรายผลการวิจัย.....	79
ข้อเสนอแนะ.....	81
รายการอ้างอิง.....	82
ภาคผนวก.....	96
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	97
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	99
ภาคผนวก ค ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	110
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์.....	116
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	118
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	120



## สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ต่อเดือน ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการ เจ็บป่วยในครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว.....	72
2	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลัง การทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	74
3	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลัง การทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	75

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ในทางจิตเวชที่พบได้บ่อยที่สุดชนิดหนึ่ง (Dunner, 1991 อ้างถึงใน สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Calarco and Krone, 1991; Gull, 1987; Lambert, 1985; Neese, 1991; Penden 1993) องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับสอง รองจากโรคหัวใจขาดเลือด (วีระ ชูรุจิพร, 2542; Varcarolis, 2002; Charney...[et al.], 2003) นอกจากนี้ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามักมีความผิดปกติทางจิตเวชชนิดอื่นร่วมด้วย เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Emery, Mcdermott, Holcomb and Marty, 1993; Wanger, 1984) มักมองตนเองในแง่ลบคิดว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และยากต่อการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (Flores cited in Kaplan and Sadock, 1993) มีปัญหาด้านการปรับตัว แยกตัว และมีความรู้สึกสิ้นหวัง เป็นต้น (Stuart and Sundeen, 1995)

โรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (Shives, 2002; Blazer, 1993 cited in Maas...[et al.], 2001; Barder, Slimmer, and LeSage, 1994; Blixen, Wilkinson and Schuring, 1994; Burckhardt, 1987; Gull, 1987; Keane and Sells, 1991; Hagerty, 1995) ซึ่งมักไม่ได้รับการยอมรับและรักษา โดยมีอัตราความชุกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 – 18 ประชากรผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับความทุกข์ทรมานและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ลดลงผลกระทบที่ผู้สูงอายุได้รับจากโรคซึมเศร้านั้น มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่า โรคทางกายที่สำคัญอื่นๆ ส่งผลให้การปฏิบัติภารกิจ หรือกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุบกพร่องลงจากเดิม หรืออาจทำงานไม่ได้เลย ก่อให้เกิดภาวะและปัญหาแก่ครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ จิตใจ และสังคม โรคซึมเศร้านี้ยังเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคทางกาย ทำให้โรคทางกายที่เป็นอยู่กำเริบหนักขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) มีความคิดฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายในที่สุด ทั้งที่เป็นโรคที่รักษาให้หายเป็นปกติได้หากผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (Charney ...[et al.], 2003)

จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2541 พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 5.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8.4 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2542 ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 5.5 ล้านคน หรือร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 10.8 ล้านคน หรือร้อยละ 15.3 ในปี พ.ศ. 2563 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544) แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราความชุก

ของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากการรวบรวมข้อมูลทางสถิติของผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 – 75 ปี) ที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดพิษณุโลก พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ (ต.ค.– ก.ย.) ปี พ.ศ. 2541 มีผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 75 คน ปี พ.ศ. 2542 จำนวน 86 คน ปี พ.ศ. 2543 จำนวน 146 คน ปี พ.ศ. 2544 จำนวน 164 คน ปี พ.ศ. 2545 จำนวน 240 คน ปี พ.ศ. 2546 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2545 – เม.ย. 2546) มีผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 716 คน (งานเวชสารสนเทศ ฝ่ายงานและสถิติ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก, 2546)

ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) มีสาเหตุมาจากการสูญเสีย และการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (บุญพา ณ นคร, 2545) จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในบั้นปลายของผู้สูงอายุ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543) ซึ่งทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการพัฒนาไปในทางเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโต (Patrick, Wood, Craven, Rokosky, and Bruno, 1991) กล่าวคือ อวัยวะต่างๆ เสื่อมลง การทำกิจวัตรประจำวันลดลง หรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง มีความคิดอัตโนมัติเชิงลบต่อตนเอง จากการสูญเสียสภาพลักษณะของตนเอง เกิดความเครียดและเศร้าหมองอันเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมาได้ (อาภา ใจงาม, 2533; บุญพา ณ นคร, 2545; บรรลุ ศิริพานิช, 2542; Hunter, 1992)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ญาติหรือคู่ชีวิตด้วยการตายจาก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพรัดพราก ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้า (กรกช สังขชาติ, 2536)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การสูญเสียสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ การเกษียณอายุการทำงาน ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ การสูญเสียสัมพันธภาพภายในครอบครัว เนื่องจากสภาพสังคมไทยเปลี่ยนไปจากเดิม ทำให้โครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยาย (extended family) เป็นครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานลดลง บทบาทการเป็นที่ปรึกษาของครอบครัวลดลง จากเดิมผู้สูงอายุมีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว และเป็นผู้ถ่ายทอดวิชาการ เป็นที่เคารพและนับถือของบุตรหลาน ปัจจุบันการรับรู้ของบุตรหลานได้รับจากภายนอกทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับ รู้สึกถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่งทางใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และเกิดโรคซึมเศร้า (กรกช สังขชาติ, 2536) การเปลี่ยนแปลงสภาพทาง

สังคม การปรับบทบาทจากหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกถึงการสูญเสียอำนาจ และบทบาททางสังคม รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ เป็นภาระของ ครอบครัวและสังคม การลดความสำคัญกับชุมชน การรับมอบหมายจากชุมชนลดลง ทำให้ ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นในการเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก การเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรส การ สูญเสียคู่ชีวิต จะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ เนื่องจากคู่ชีวิตได้รับการสนับสนุนทางสังคมของชีวิต ทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี และปรับตัวได้ดีกว่าคนที่ขาดคู่ชีวิต (พิชญภรณ์ มูลศิลป์, 2537; เจษฎา บุญทา, 2545; ศากุล ช่างไม้, 2540) สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ (Major Depressive Disorder) ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าขึ้นอยู่กับความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเอง เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น และในทางกลับกันเมื่อความรุนแรงของโรคซึมเศร้าลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก็จะมีเพิ่ม มากขึ้น (Beck, 1967; Wilson and Kran, 1980; Ingham...[et al], 1986)

จากปัญหาดังกล่าว หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธีอาจเป็นสาเหตุของการพยายาม ฆ่าตัวตายได้ (Charney ...[et al.], 2003) โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิต ความพิการและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น (Kass...[et al], 1999; Horton- Deutsch...[et al], 2002) และส่งผลกระทบต่อชีวิต เพราะจะกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตาย สูงขึ้น (Lavretsky and Kumar, 2003) สำหรับปัญหาจิตเวชกับการฆ่าตัวตายและการฆ่าผู้อื่น พบว่าเป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 15 ในผู้ที่ฆ่าตัวตายร้อยละ 40-75 พบว่า เป็น โรคซึมเศร้าร่วมด้วย และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 19-24 จะฆ่าตัวตาย สำเร็จในเวลาต่อมา ซึ่งประชากรผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีความคิดฆ่าตัวตายและการ พยายามฆ่าตัวตาย เกือบครึ่งหนึ่งในประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วย โรคซึมเศร้า (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2541)

จากการศึกษาของเกอร์แลนด์ (Gurland, 1981 อ้างถึงใน พัทรี ต้นสิริ, 2536) พบว่าช่วง อายุที่ผู้สูงอายุจะเกิดโรคซึมเศร้านักเกิดก่อนอายุ 65 ปี โดยมีจำนวนสูงสุด ในช่วงอายุ 65 - 70 ปี และสิ่งที่มีมักจะเกิดตามมา คือ ปัญหาการฆ่าตัวตาย 80 % ของผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี ซึ่งพยายาม ฆ่าตัวตายจะมีประวัติซึมเศร้านมาก่อน การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุมักรุนแรง และอันตรายมากกว่า วัยอื่นๆ เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมดแล้วประชากรสูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าถึง 5 เท่า ของคนทั่วไปที่มีการฆ่าตัวตาย ในประเทศสหรัฐอเมริกาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงคือ ผู้ที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคซึมเศร้าและ ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้เข้ารับ การรักษาในสถานบริการปฐมภูมิ 1 เดือน ก่อนกระทำการฆ่าตัวตาย (Robie...[et al], 1999) การศึกษาในยุโรป 8 ประเทศ พบอุบัติการณ์โรคซึมเศร้าในวัยชรา (มากกว่า 65 ปี) ร้อยละ 8.8 ในไอซ์แลนด์ ร้อยละ 23.6 ในเมืองมิวนิก และในประเทศเยอรมัน เฉลี่ยร้อยละ 12.3 โดยเป็น

เพศหญิงร้อยละ 14.1 และเพศชาย ร้อยละ 8.6 (Copeland, 1999 อ้างถึงใน ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

จะเห็นว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เป็นกลุ่มที่ควรจะได้รับดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าต่อครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ซึ่งความคลุมเครือของอาการแสดงต่างๆ ทำให้เกิดการวินิจฉัยและการรักษาที่ผิดพลาดไม่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลต่อระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการใช้บริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น การสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ก่อให้เกิดภาวะครอบครัว ภาวะโรค การสูญเสียสุขภาพของผู้สูงอายุ ความบกพร่องในการทำหน้าที่ และกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุ และเกิดปัญหาที่รุนแรงตามมา คือ ปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ (Well and Strickland, 1982)

แนวทางการรักษาที่นิยมใช้ในโรคซึมเศร้า คือ การรักษาทางยาและการรักษาด้วยกลุ่มบำบัด แม้ว่า การรักษาทางยาจะได้ผลดีในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรง แต่พบว่า ร้อยละ 35 - 40 ไม่ตอบสนองกับยาต้านเศร้า หรือผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวนหนึ่งปฏิเสธการรับประทานยา เนื่องจากไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ นอกจากนี้แล้วยังพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าสูง (Beck...[et al.], 1979; Dobson, 1989; Fennell, 1990; Gloaguen...[et al.], 1998) เนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นความผิดปกติของร่างกาย และหลังจากเริ่มใช้ยาต้านเศร้าในการรักษาโรคซึมเศร้าระยะหนึ่งแล้ว พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายจากโรคซึมเศร้ายังไม่ลดลง การรักษาด้วยกลุ่มบำบัดเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาด้วยการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเรียนรู้วิธีในการแก้ไขปัญหา จึงทำให้การรักษาด้วยกลุ่มบำบัด มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าระยะยาว และสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ (Beck...[et al.], 1979; Dobson, 1989; Gloaguen...[et al.], 1998)

กลุ่มบำบัดระดับประคอง (Group Supportive Therapy) ตามแนวคิดของยาลอม (Yalom, 1995) เป็นการบำบัดแบบกลุ่มวิธีหนึ่ง ซึ่งถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยทั่วไปหลายประเภท กล่าวคือกลุ่มบำบัดระดับประคอง ช่วยให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสมปัจจุบัน บำบัดจะพัฒนา ส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ มีปัจจัยบำบัดดังนี้

1) การรับรู้ที่ตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น (altruism) เป็นกระบวนการที่สมาชิกมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกอื่นๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง และเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นในฐานะผู้ให้

2) การผูกพันจิตใจต่อกัน(group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความหมายต่อกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวหมดไป ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้

3) การมีความเป็นสากล (universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าตนเองไม่ใช่ผู้ที่มีปัญหาเพียงผู้เดียว แต่ทุกคนมีปัญหาเช่นกัน ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างจากผู้อื่น ความรู้สึกที่ตนเองมีทุกข์เพียงผู้เดียวจะลดลง รู้สึกสบายใจขึ้น และเกิดความรู้สึกใหม่ที่ไม่ได้อยู่เพียงผู้เดียวในโลก แต่เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และปัญหาเช่นเดียวกันอีกมากมาย

4) การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ (interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น รู้ว่าตนเองพูด และแสดงความคิดเห็นเช่นไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรกับตนเอง จากการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าตนเองเป็นอย่างไร และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ช่วยให้ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับคนอื่น ลดความวิตกกังวล เปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความเชื่อถือไว้วางใจผู้อื่น

5) การให้ข้อมูล (imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิก หรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหา ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นความจริงและกระจ่างชัด การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นมากที่ต้องให้ในระยะแรกของการทำกลุ่มเพื่อเป็นการเตรียมกลุ่ม และสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกลุ่ม

6) การได้ระบายออก(catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้พูดระบาย (ventilate) และแสดงอารมณ์ลึกๆ ทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีออกมาให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ถ้าหากกลุ่มมีความผูกพันทางใจสูง สมาชิกจะได้พูดระบายออกและมีการเปิดเผยตนเองสูงด้วย การได้ระบายออกจะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ คลายกังวล ทำให้เข้าใจชีวิต มีพัฒนาการด้านจิตใจ และอารมณ์ในทางที่ดี พร้อมทั้งมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาวิตได้

7) การเลียนแบบพฤติกรรม (imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้ และเลียนแบบพฤติกรรมของผู้อื่นที่ตนพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกอื่น ทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองได้ แต่ถ้าสมาชิกทำตามผู้อื่นโดยไม่มีเอกลักษณ์ของตนเอง อาจทำให้เกิดความสับสนได้

8) การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (the corrective recapitulation of the primary family group member) กลุ่มเป็นสถานการณ์จำลองคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวของสมาชิก ทำให้สมาชิกแสดงต่อกลุ่มคล้ายกับแสดงในครอบครัวของตนเอง ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มต้องเสนอแนะพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิก ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และแก้ไขพฤติกรรม

9) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing or interpersonal learning output) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น เรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิก เมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

10) การรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดความหวังในชีวิต ได้รับกำลังใจมากขึ้น เมื่อทราบว่าผู้อื่นก็มีปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิตที่ต้องเผชิญ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายมากขึ้น สมาชิกมองโลกในแง่ดีและเชื่อว่าตนเองจะดีขึ้น เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้

11) การได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต (existential factor) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหาบางอย่าง เข้าใจธรรมชาติของชีวิต ว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ปัญหาบางอย่างผู้อื่นสามารถช่วยได้ แต่บางปัญหาก็ต้องเผชิญตามลำพัง และถ้าปัญหานั้นแก้ไขไม่ได้ต้องปล่อยไป ซึ่งทำให้สมาชิกทุกคนสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคได้ เกิดความเชื่อมั่น และความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อยเสียใจ ท้อแท้ลดลงหรือหมดไป สมาชิกดำรงอยู่ได้ด้วยความสุข

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ากลุ่มบำบัดระดับประคับประคองได้ผลดีในการรักษา โดยการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ หรือทางจิตเวชอย่างระมัดระวังมารวมกันในกลุ่มเพื่อให้การรักษ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงทัศนคติและวิธีการแก้ปัญหาที่บกพร่องของผู้ป่วยในกลุ่ม โดยมีมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ อาทิเช่น การทำกลุ่มประคับประคองต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา นักบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 75 ปี มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีปัญหาสมองเสื่อม จำนวน 230 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมกลุ่มประคับประคองในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบมีขั้นตอน มีการระบายนปัญหาพร้อมกันในการแก้ไขปัญหา พบว่าระดับความซึมเศร้า ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุลดลง จากการมีปฏิสัมพันธ์กัน ก่อให้เกิดการตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเองและนำไปสู่การปฏิบัติช่วยเหลือตนเองได้ มีการปรับปรุงการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นให้เหมาะสมขึ้น (รัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์ และจินตนา ตั้งวรพงค์ชัย, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับ Brandman (1994) พบว่า การทำกลุ่มบำบัดระดับประคับประคองช่วยให้สมาชิกแสดงอารมณ์ และความรู้สึกร่วมกัน ก่อให้เกิดสังคมเล็กภายในกลุ่ม ที่สะท้อนสังคมจริงของสมาชิกภายในกลุ่มประคับประคอง ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสร้างสัมพันธภาพที่ไม่เหมาะสมในกลุ่ม และกลุ่มก็พยายามทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสม สมาชิกจะช่วยกันอภิปรายและแก้ไขปัญหาความซึมเศร้าของสมาชิก แสดงความคิดเห็นช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน ทำให้การสื่อสารในกลุ่มมีประสิทธิภาพ ลดความซึมเศร้าและความวิตกกังวล ก่อให้เกิด

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และนำไปสู่การปฏิบัติช่วยเหลือตนเองได้ มีการปรับปรุงการ สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นให้เหมาะสมขึ้น จากการศึกษาของ Evenbeth (1977) พบว่า กลุ่ม ปรึกษาประคับประคองจะช่วยให้สมาชิกที่ซึมเศร้าได้ปรับปรุงการสร้างสัมพันธภาพ และทักษะของการเข้า สังคม สมาชิกได้มีการเล่าประสบการณ์ชีวิตของตนเอง ได้เรียนรู้ประสบการณ์ชีวิตผู้อื่น สมาชิก ต้องการเพื่อนเพื่อระบายปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งการต่อสู้เผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ กลุ่ม ปรึกษาประคับประคองจะทำให้สมาชิกเกิดทักษะใหม่ๆ ได้เห็นรูปแบบพฤติกรรมผู้อื่น ได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันและเรียนรู้แนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติ ปรับพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมมากขึ้น และลดความซึมเศร้าได้ จากการศึกษาของ Badger (1996) พบว่าการได้รับกลุ่มจิตบำบัด ปรึกษาประคับประคองและจิตศึกษา ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคดีขึ้น และได้รับการ สนับสนุนปรึกษาประคับประคองด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประภาส จิตตาศิริวัตร, 2544) จากการศึกษาของไกรวรรณ เจริญกุล (2539) ได้ศึกษาการจัด กลุ่มจิตบำบัดปรึกษาประคับประคองและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท พบว่าเกิดปัจจัยบำบัดที่ สำคัญหลายลักษณะ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่า มีความหวัง การยอมรับ มีความรู้สึกเป็นสากล และจากการศึกษาของศรีวรรณ ต้นศิริ (2535) ศึกษาผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลด ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

นอกจากนี้กลุ่มบำบัดปรึกษาประคับประคอง ยังช่วยให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้น Agapetus (1994) ได้ศึกษาจิตบำบัดแบบกลุ่มในผู้ป่วยนอกที่มีปัญหาในการหายใจ พบว่า ความหวัง คือปัจจัยบำบัดสำคัญที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา ไม้เกาะ (2537) ศึกษาผลของกลุ่มการบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง พบว่าเกิด ปัจจัยบำบัดหลายประการ เช่น การรู้สึกมีความหวังได้ระบายออกและมีความเป็นสากลจากการ ศึกษาของ นาดยา วงศ์ลิกภัย (2532) ได้ศึกษาผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ที่มีต่อความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองของวัยรุ่น พบว่านักศึกษาที่เข้าร่วมประสบการณ์กลุ่มจิตสัมพันธ์ มีความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองสูงกว่า นักศึกษาที่อยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาของ ยุทธการ ไสเมือง (2544) ศึกษาผลการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อพัฒนา การเห็นคุณค่าใน ตนเองของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดขอนแก่น พบว่าเด็ก และเยาวชนที่กระทำผิดซ้ำหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์มีคะแนน การเห็นคุณค่าในตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และค่าคะแนนสูงกว่าเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดซ้ำที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มสัมพันธ์ จากการศึกษาของสุดคนึง ฤทธิ์ฤทัย (2541) ศึกษาผลของกลุ่มปรึกษาประคับประคองต่อ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเชื่อมั่นในตนเองของมารดา ที่ดูแลบุตรตามลำพัง พบว่ามี ปัจจัยบำบัดที่ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น คือ รู้สึกมีความหวัง มีความรู้สึกเป็นสากล และการพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม การศึกษาของสุนทรี วัฒนเบญจโสภา



(2543) ได้ศึกษาผลของการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็ง ที่รับรังสีรักษาพบว่าปัจจัยบำบัดที่พบมากที่สุดคือ การรู้สึกมีความหวัง รองลงมา คือ การมีความเป็นสากล และผูกใจดีต่อกัน การศึกษาของ Pollack (1990) ได้ศึกษาการใช้จิตบำบัดเป็นกลุ่ม ในผู้ป่วยโรคจิตทางอารมณ์แบบสองขั้ว พบว่าจิตบำบัดทำให้สมาชิกมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ช่วยเหลือกัน มีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของ Klose and Tinius (1992) พบว่าสัมพันธ์ภาพซึ่งกันและกัน จะเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นเนื่องจากการมีสัมพันธ์ภาพซึ่งกันและกัน จัดเป็นการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามหน้าที่ (functional self – esteem ซึ่งเกิดจากการประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลรอบข้างในสังคม

จากที่กล่าวมานั้นกลุ่มบำบัดระดับประคับประคอง สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะงานวิจัยของ รัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์ และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย (2542) ใช้การทำกลุ่มประคับประคองต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งผลวิจัยสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจใช้กลุ่มบำบัดระดับประคับประคอง เพื่อลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Major Depressive Disorder ผู้วิจัยมุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในกลุ่มตามแนวคิดสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านั้นยังคงดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคม ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า และลดการเข้ารับการรักษาตัวใหม่ในโรงพยาบาล (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542)

กลุ่มบำบัดระดับประคับประคอง มีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ทำให้สมาชิกเข้าใจในปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดปัจจัยบำบัดซึ่งส่งผลดีต่อการดำเนินของโรค ที่มุ่งเน้นเพื่อช่วยลดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าของผู้รับการรักษา ส่งเสริมการตัดสินใจที่มั่นคงในสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงมีการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดพฤติกรรมแยกตัวจากสังคมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพิ่มโอกาสแสดงบทบาททางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากการร่วมกันในการแก้ปัญหาขณะเข้าร่วมกลุ่มของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดภาวะพึ่งพาคนอื่น มีความเชื่อมั่นในตนเอง ความนับถือตนเองการควบคุมอารมณ์ และมีทักษะในการปรับตัว ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ลดลง และช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ( K a p l a n , 1 9 9 5 )

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการใช้กลุ่มบำบัด  
ระดับประคอง
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในกลุ่มที่ใช้กลุ่มบำบัด  
ระดับประคองกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ มักเกิดควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ คือ เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปสภาพจิตใจ และอารมณ์ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพกายหรือความเจ็บป่วยของตน (พัชรี ต้นสิริ, 2533; วชิราภรณ์ สุมวงศ์, 2536) นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจเกิดความคับข้องใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เนื่องมาจากการสูญเสียภาพลักษณ์ (self image) และการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย และการกลัวความตาย (นภาพร วงศ์ใหญ่, 2542; Esberger and Hughes, 1989; Hogstel, 1994)

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว่าเหว โดดเดี่ยว ซึมเศร้า ไร้ค่า และสิ้นหวัง (ทรงธรรม สวเนียง, 2540; Staab and Hodges, 1996; Stanley and Beare, 1995) การเกษียณอายุราชการ หรือออกจากงาน ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม ขาดการติดต่อเพื่อนฝูง และสูญเสียรายได้ หรือรายได้ลดลง กลายเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง เกิดความเหงา และวิตกกังวล (พรธณี เหมือนวงศ์, 2535; Hunter, 1992) รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม การมีค่านิยมทางวัตถุมากกว่าจิตใจ ทำให้บุตรหลานมีเจตคติต่อผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไป มองเห็นคุณค่าผู้สูงอายุลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า น้อยใจ ท้อแท้ และเบื่อหน่ายชีวิต (วิจิตร บุญยะโหดระ, 2538; อภา ใจงาม, 2533) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Emery, Mcdermott, Holcomb and Marty, 1993; Wangner, 1984) สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง มักมองตนเองในแง่ลบ ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และยากต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Kaplan and Sadock, 1993) และกลายเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด อาการซึมเศร้าเป็นอาการที่ค่อยๆเกิดขึ้น โดยมีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ถ้าสังเกตพบอาการซึมเศร้าได้ตั้งแต่แรก จะสามารถป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นได้ แต่ถ้าโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และรุนแรงเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากขึ้น

การแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า นอกจากตัวผู้สูงอายุเองแล้ว ครอบครัวจัดว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม และใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการดูแล และช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Roth, 1989 อ้างถึงใน รุ่งทิพย์ แแบ่งใจ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิศา ชูโต พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อบอุน ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ว้าเหว่ และซึมเศร้า (รุ่งทิพย์ แแบ่งใจ, 2542) เนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมแรกของบุคคล ประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน และความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นสิ่งที่มิมีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิด การมองโลกและมองตนเอง นอกจากนี้ความสัมพันธ์ในครอบครัว ยังเป็นตัวกำหนดคุณภาพของความสัมพันธ์ที่บุคคลจะมีต่อบุคคลอื่นด้วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) และในขณะที่เดียวกันครอบครัวที่มีปัญหา ก็อาจไปสู่ความเศร้าหมองได้เช่นกัน ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี จะช่วยในการป้องกันปัญหาและส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคลต่อไป (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้ผลดี คือ กลุ่มบำบัดระดับประคอง ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน คือ เพื่อเกื้อหนุนการทำงานของจิตใญ่ ยุทธวิธีในการรักษาประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์ในการรักษาที่ดี การช่วยการทำงานของจิตใญ่ หรืออิโงของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบายและแสดงออกถึงความรู้สึกภายในใจมองเห็นพฤติกรรมของตนเองที่มีส่วนทำให้เกิดปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีขึ้น ลดการบิดเบือนความเป็นจริง เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย การให้คำชมเชยและกำลังใจ (praise and encouragement) การให้ความรู้ (education) การรักษารวมไปถึงการให้คำแนะนำ (advice and suggestion) การให้มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในสภาพแวดล้อม (environmental interventions) (Rockland, 1993)

การรักษาโดยการให้กลุ่มบำบัดระดับประคอง ผู้ให้การบำบัดมีบทบาทเป็นผู้ที่ช่วยเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทที่สอดคล้องกับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (Shea...[et al], 1999) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง เป็นบุคลากรทางด้านการศึกษาที่มีบทบาทในการให้การบำบัดดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน เป็นการพัฒนามาบทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง ในการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใญ่แก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งในบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชชั้นสูง สามารถกระทำได้ในรูปแบบของกลุ่มบำบัด ที่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะในด้านกลุ่มบำบัด ซึ่งแนวคิดที่ทักกันอย่างแพร่หลาย คือ แนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Yalom (1995) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการเรียนรู้วิธีที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการกลุ่ม ทำให้สมาชิกเกิดการปฏิสัมพันธ์

ซึ่งกันและกัน มีการระดับประคองความรู้สึกร่วมกัน มีการเรียนรู้แก้ไขปัญหาในสถานการณ์เดียวกัน และมีการปรับปรุงในทิศทางที่เหมาะสม

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เนื่องจากกลุ่มบำบัดระดับประคองได้ผลดีในการรักษา มีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาความทุกข์ทางใจ เป็นกลไกที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการปรับตัวที่เหมาะสมขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และพบว่ากลุ่มบำบัดระดับประคองสามารถลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้สูงขึ้น ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งผลการวิจัยจะทำให้ได้แนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

### จากทฤษฎีและแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานดังนี้

1. ระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง ลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด
2. ระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองลดลงมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองต่อระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง ถึงรุนแรง ที่มีอายุ 60 - 75 ปี

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า** หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 - 75 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าจากจิตแพทย์ตาม ICD10

**ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ** หมายถึง ภาวะที่มีความแปรปรวนทางอารมณ์ในผู้สูงอายุ มีลักษณะโศกเศร้า เสียใจ อ่างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องช้า มีอึดทนโน้ตสนั่นแฉ่งเกี่ยวกับตนเอง ต้องการจะหลีกเลี่ยง หรืออยากตาย มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย นอนไม่หลับ น้ำหนักลด การทำกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลง สามารถประเมินความแปรปรวนทางอารมณ์เหล่านี้ ได้ทั้งด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory [BDI]) ของ Beck (1979)

**กลุ่มบำบัดระดับประคอง** หมายถึง กระบวนการบำบัดสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่ใช้กลุ่มในการบำบัดเพื่อช่วยเหลือให้สมาชิกกลุ่มปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมไปในทิศทางที่เหมาะสม แผนการทำกลุ่มสร้างโดยผู้วิจัยใช้แนวคิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของ Yalom (1995) มีรายละเอียดดังนี้ ระยะเวลาเตรียมกลุ่ม (1 สัปดาห์ก่อนที่เข้ากลุ่ม) โดยเตรียมความพร้อมสมาชิกกลุ่มบำบัด, ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า, ชี้แจงและตอบคำถามสมาชิกเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินกลุ่มบำบัดระดับประคอง ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นในระยะนี้ คือ การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ และการพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม

**ระยะเริ่มกลุ่ม (ครั้งที่ 1 – 2)** ชี้แจงให้สมาชิกทราบความหมาย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา จำนวนครั้งของการทำกลุ่ม, ผู้นำบัดกระตุ้นให้สมาชิกกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการเข้ากลุ่ม, กำหนดบทบาทหน้าที่ข้อตกลงร่วมกัน ให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กัน ได้พูดแสดงความต้องการ แสดงความรู้สึก รับฟังและร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความเห็นใจ เข้าใจ และให้กำลังใจกันและกัน ประกอบด้วย 2 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ด้วยโรคซึมเศร้า ปัจจัยบำบัดที่สามารถเกิดขึ้น คือ การรับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อผู้อื่น ผูกพันจิตใจต่อกัน มีความเป็นสากล เรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ ให้ข้อมูล ได้ระบายออก เลียนแบบพฤติกรรม พัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม รู้สึกมีความหวัง และได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต

กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับผลกระทบของโรคซึมเศร้า ต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ปัจจัยบำบัดที่สามารถเกิดขึ้น คือ การรับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อผู้อื่น ผูกพันจิตใจต่อกัน มีความเป็นสากล เรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ ให้ข้อมูล ได้ระบายออก เลียนแบบพฤติกรรม พัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม รู้สึกมีความหวัง และได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต

**ระยะทำงานกลุ่ม (ครั้งที่ 3 – 5)** ผู้นำบัดชี้ชวนให้สมาชิกทบทวนความรู้สึก และประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่มทุกครั้งเริ่มกลุ่ม, ผู้นำบัดกระตุ้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการแลกเปลี่ยนความคิด กระตุ้นให้เกิดการสะท้อนกลับในลักษณะระดับประคอง ให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน, ผู้นำบัดชักชวนให้สมาชิกเห็นถึงความสำคัญของการอยู่ร่วมกันในกลุ่ม ซึ่งอาจจะแตกต่างกันในด้านความคิด และประสบการณ์ ควรเคารพในเหตุผลและให้เกียรติซึ่งกันและกัน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพของสมาชิก ภายในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และปัญหาที่เกิดขึ้น ปัจจัยบำบัดที่สามารถเกิดขึ้น คือ การรับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อผู้อื่น ผูกพันจิตใจต่อกัน มีความเป็นสากล เรียนรู้มนุษยสัมพันธ์

ให้ข้อมูล ได้ระบายออก เลียนแบบพฤติกรรม พัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม รู้สึกมีความหวัง ได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต และการแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว

กิจกรรมที่ 4 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัว ที่เหมาะสมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เมื่อเผชิญปัญหา ปัจจัยบำบัดที่สามารถเกิดขึ้น คือ การรับรู้ ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น ผูกพันจิตใจต่อกัน มีความเป็นสากล เรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ ให้ข้อมูล ได้ระบายออก เลียนแบบพฤติกรรม พัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม รู้สึกมีความหวัง และได้เรียนรู้ ความจริงของชีวิต

กิจกรรมที่ 5 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเผชิญกับโรคซึมเศร้า และ แนวทางแก้ไข ปัจจัยบำบัดที่สามารถเกิดขึ้น คือ การรับรู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น ผูกพัน จิตใจต่อกัน มีความเป็นสากล เรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ ให้ข้อมูล ได้ระบายออก เลียนแบบพฤติกรรม พัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม รู้สึกมีความหวัง และได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต

**ระยะยุดิกลุ่ม (ครั้งที่ 6)** เปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนเนื้อหา บอกถึงความรู้สึก และประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่ม, ผู้บำบัดอธิบายเชิงเหตุผลเพื่อให้สมาชิกนำประสบการณ์ ที่ได้จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน, เปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวอำลาต่อกัน การทำกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที

**การดูแลตามปกติ** หมายถึง กระบวนการดูแลที่จัดขึ้นโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจัดให้มีกิจกรรมการดูแล การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด การให้คำปรึกษารายบุคคล และ การสอนสุขศึกษาายกลุ่ม

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการพัฒนาบทบาทของพยาบาล ในการบำบัดทางการแพทย์สุขภาพจิตและ จิตเวช
2. ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และความเป็ยงเบนทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการดูแล ที่เหมาะสม
3. เป็นแนวทางในการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการค้นคว้าวิจัย โดยนำเสนอเนื้อหาตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
  - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
  - 1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า
  - 1.3 อาการ และอาการแสดงของโรคซึมเศร้า
  - 1.4 การรักษาโรคซึมเศร้า
  - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 2.1 แนวคิดและความหมายของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 2.2 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 2.3 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 2.4 อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 2.5 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 2.6 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
3. การประเมิน การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และการพยาบาล
  - 3.1 การประเมินโรคซึมเศร้า
  - 3.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
  - 3.3 การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
4. กลุ่มบำบัดระดับประคอง
  - 4.1 กลุ่มบำบัดระดับประคองตามแนวคิดสัมพันธภาพของบุคคล
  - 4.2 องค์ประกอบสภาพทางคลินิก

- 4.3 เป้าหมายของกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพของบุคคล
  - 4.4 บทบาทพยาบาลในการบำบัด
  - 4.5 พัฒนาการกลุ่ม
  - 4.6 ปัจจัยบำบัด
5. ผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้า
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

### 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นความแปรปรวนทางอารมณ์ (mood disorders) เป็นภาวะที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม (Beck, 1967; Beck...[et al.], 1979) ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับคนปกติทั่วไป มีการเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าภาวะซึมเศร้านั้นเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ และเป็นครั้งคราว ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางคลินิก (วิจารณ์ วิชัชยะ, 2533; อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) แต่ถ้าภาวะซึมเศร้านั้นเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีระยะเวลาการแสดงออกติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ติดต่อกัน ขึ้นไป ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จะถือว่ามีอาการผิดปกติทางคลินิก และก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น และกลายเป็นโรคซึมเศร้าตามมาได้ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2544; Beck, 1967; Beck ...[et al.], 1979)

Beck (1967) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ อ่างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องช้า เป็นต้น มีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ต้องการที่จะหลีกหนี หรืออยากตาย มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เป็นต้น และการทำกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลง เช่น เชื่องช้า กระวนกระวาย เป็นต้น

Beck และคณะ (1979) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไปคือ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติม หรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับ เหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่า คิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking)

Zauazniewski, Jaclene A. and Rong, Jjin – Ru (1999) ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าว่าเป็นการสะท้อนถึงมุมมองด้านลบต่อตนเอง โลก และอนาคต มีการตอบสนองในการเริ่มต้น ดำรงไว้ และการกำเริบของอารมณ์ แรงจูงใจ ความรู้สึกอารมณ์เศร้าใจ เสียใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถ และไม่เป็นที่ปรารถนา

Wulsin, Lawson R. (1996) ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าว่า เป็นความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่าในตนเอง มีอารมณ์เศร้าหมอง หดหู่ใจ ขาดความเพลิดเพลินสนุกสนาน ความสนใจ สิ่งต่างๆ ลดลง มีความรู้สึกผิด และมีความคิดฆ่าตัวตาย

Isaacs (2001) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า คือ อารมณ์เศร้า รู้สึกผิด รู้สึกว่าคุณค่าในตัวเอง ลดลง ไม่มีประโยชน์ และสิ้นหวัง

Tucker, Sharon, Brust, Susan, and Richardson, Beverly (2002) ให้ความหมาย โรคซึมเศร้าไว้ว่า เป็นความรู้สึกผิด มีอารมณ์เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง รู้สึกว่าไม่มีคุณค่าในตนเอง ลดลง รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง เหนงา และขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม

สเปญญ อุ๋นอรุณ (ม.ป.ป.) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า เป็นอาการป่วยทางอารมณ์ที่ต้องได้รับการรักษา มีอารมณ์เศร้า หดหู่ ไม่แจ่มใส ไม่สนใจสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง คิดแต่เรื่องร้ายๆ เมื่อชีวิตจนคิดฆ่าตัวตาย

Seligman กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นลักษณะที่แสดงว่าบุคคลหมดหวัง มีอุปสรรคขัดขวาง จุดประสงค์ที่ตั้งใจ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกซึมเศร้า เสียใจ ไม่มีคุณค่า ต้อยต่ำ บุคคลจะมีแต่ความรู้สึกสูญเสียที่ตนเองไม่ประสบความสำเร็จ หรือเกิดความล้มเหลวในชีวิต (Seligman cited in Wilson, Spence, and Kavanang, 1989)

Lewinsohn, Youngern, and Grosscup กล่าวว่า โรคซึมเศร้า เกิดจากผลของการเสริมแรงทางบวกที่อาจเกิดขึ้นได้ ก่อให้เกิดการเพิ่มความตระหนักรู้ในตนเอง (self – awareness) การคิดที่มุ่งเน้นตนเองมากกว่าคนอื่น (focus on the self) การคิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเองมากขึ้น (self-criticism) และคาดหวังอนาคตในทางลบ (negative expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ (dysphoria) ในความคิด พฤติกรรม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Lewinsohn, Youngern, and Grosscup cited in Wilson, Spence, and Kavanang; 1989)

อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า (Depression) หมายถึง อารมณ์เศร้า ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุขไปจนถึงอยากตาย

มณวิภา สารินทร์ (2538) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า เป็น อารมณ์ที่เป็นทุกข์ ความรู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่มีเรี่ยวแรง มีความคิดฆ่าตัวตาย

เคน และบุฟูฟาโน (1998) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นการแปรปรวนของอารมณ์บ่อยครั้งที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเสีย มีลักษณะอาการเศร้า เสียใจ (sadness) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) ความสลดใจ (despondence) การสูญเสียความหวัง และความรู้สึกว่างเปล่า (emptiness) อาจเกี่ยวข้องกับความโกรธหรือความรู้สึกก้าวร้าวของบุคคลได้อีกด้วย

ดวงใจ กษานติกุล (2542) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ที่เป็นทุกข์ ความรู้สึก เศร้าหมอง จิตใจหด หู่ เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่มีเรี่ยวแรง อารมณ์ทางเพศลดลง คิดอยากตายเป็นต้น อาการเหล่านี้ยังมีผลกระทบต่อบุคคลทางด้านสังคม และอาชีพ ทำให้คนมีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เงียบขรึม รวมทั้งมี สมรรถภาพในการทำกิจกรรมลดลงด้วย

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางจิตเวชที่ประกอบด้วยอาการหลายอย่าง เช่น ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ ซึมเศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนิตตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงเป็นอยู่เป็นระยะเวลานาน และเกี่ยวข้องกับ การสูญเสีย

รัชนีบูล เศรษฐภูมิวิรินทร์ (2544) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทั้งอารมณ์ และพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทั้งผู้มีความผิดปกติทางฝ่ายกายและฝ่ายใจ

ซัดเจน จันทรพัฒน์ (2542) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคล ทางจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทาง อารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางความคิด การรับรู้ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่ อ่างว่าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (ม.ป.ป.) ให้ความหมายเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะหนึ่งซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงชีวิตของ คนเรา การเกิดภาวะซึมเศร้าไม่ได้ หมายความว่า ผู้ที่เป็นนั้นจะเป็นคนอ่อนแอ ล้มเหลว หรือไม่มี ความสามารถ แต่เป็นเพียงการเจ็บป่วยอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างมีสาเหตุ และไม่มีสาเหตุ ซึ่งเป็น ภาวะที่สามารถรักษาให้หายได้

เอี่ยมเดือน เนตรเขม (2541) กล่าวว่าถึง ภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นภาวะที่แสดงอาการ เบี่ยงเบนทางด้านกรคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ และความเบี่ยงเบนเกี่ยวกับร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งจะไม่สามารถสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นานๆจิตใจห่อเหี่ยว หม่นหมอง หมดหวัง ไม่สดชื่น

มานิช หล่อตระกุล (2544) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะที่ทำให้ เกิดความเบื่อหน่าย ไม่มีสมาธิ มีอารมณ์ซึมเศร้า ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมลดลง รู้สึกตนเองไร้ค่า คิดเรื่องตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย นอนไม่หลับความคิดเปลี่ยนไปในทางลบ เบื่ออาหาร

อรวรรณ ลีทองอิน (2543) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความเจ็บเหงา ความหมด พลังอำนาจในตนเอง ภาวะการเรียนรู้การช่วยเหลือตนเองไม่ได้

อมรชัย หาญผดุงธรรมะ (2542) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึก หรือไม่ต้องการทำอะไร ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และรู้สึกเศร้า

สมชาย พลอยเลื่อมแสง (2541) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีความรู้สึกเสียใจ เศร้าใจ ผิดหวัง สิ้นหวัง เบื่อหน่าย ท้อแท้ อ่อนอกอ่อนใจ คับข้องใจ ทอดอาลัยในชีวิต

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูล (2545) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะความรู้สึกที่เกิดจากกระบวนการทางปัญญาที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ตนไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งแสดงออกในลักษณะของความเบี่ยงเบนในด้านการคิด และการรับรู้ แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม ไม่สนใจ ทำกิจกรรม มีความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง มีพฤติกรรมถอยหนี เศร้าใจ เสียใจ ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไร้คุณค่า

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ารวบรวมมาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า มีผู้ให้ความหมายที่คล้ายคลึงกันในแง่ของอาการ และอาการแสดง แต่แตกต่างกันออกไปในแง่ของความรุนแรง และปัจจัยเหตุของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

## 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า

การอธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ทำได้ไม่ค่อยชัดเจน ส่วนมากอธิบายสาเหตุหลายประการผสมผสานกัน ส่วนใหญ่เป็นการอธิบายสาเหตุของความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่าอารมณ์คลุ้มคลั่งทฤษฎีต่างๆ โดยอธิบายถึงปัจจัยเหตุของโรคซึมเศร้าสามารถแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ปัจจัยด้านชีววิทยา และปัจจัยด้านจิตใจ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544; สุชาติ พลภาคย์, 2542; Dryden and Golden, 1987; Kah and Kupper, 1993; Kaplan and Sandock, 1989; Pearson, 1995) มีรายละเอียดดังนี้

### 1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา

1) ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory) อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง (Schildkraut อ้างถึงใน ซาลินี สุวรรณยศ, 2542) ซิลด์ครอท ได้ตั้งสมมติฐานที่เรียกว่าสมมติฐานแคทีคอลามีน (catecholamine) กล่าวว่าโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดระดับของสารสื่อประสาทในสมอง กลุ่มแคทีคอลามีน ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) โดปามีน (dopamine) และซีโรโทนิน (serotonin) โดยเฉพาะอย่างยิ่งนอร์อิพิเนฟริน สาเหตุการลดของสารสื่อประสาทกลุ่มแคทีคอลามีนนั้น อาจจะเนื่องมาจากพันธุกรรมองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมหรืออาจจะเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง คือ นอร์อิพิเนฟริน มีการแพร่กระจายไปที่อื่นๆ หรือเกิดการดูดซึมกลับหรือถูกเผาผลาญไปก่อนโดยสารกลุ่มนี้จะลดลง

เมื่ออายุมากขึ้น (Hagerty, 1995) จากการศึกษาของซาโน (Sano, 1989) พบว่าระดับความเข้มข้นของสารซีโรโตนินจะลดต่ำลงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับมีภาวะสมองเสื่อม (dementia)

2) ทฤษฎียีน หรือพันธุกรรม (Genetic Theory) กล่าวถึง การเกิดโรคซึมเศร้า ว่าเป็นลักษณะความบกพร่องทางพันธุกรรม โดยถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งสู่อีกหนึ่ง เช่น โรคจิตซึมเศร้าชนิด 2 ขั้ว (manic-depressive psychosis) ซึ่งเป็นโรคที่มีความรู้สึกลบอย่างมา และอาการซึมเศร้าในขั้นรุนแรงเกิดสลับกันเป็นต้น และจากข้อมูลทางวิชาการพบว่าถ้าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันคนใดคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้า โอกาสที่แฝดอีกคนจะเกิดโรคนี้อาจสูงถึง ร้อยละ 70-80 ถ้าเป็นฝาแฝดจากไข่คนละใบโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าจะพบประมาณร้อยละ 14 การที่ฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมียีนที่คล้ายกันจึงพบอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น จึงแสดงให้เห็นว่าพันธุกรรมเป็นอีกปัจจัยเหตุหนึ่งของโรคซึมเศร้า และจากการรายงานของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน พบว่าโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะพบในผู้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย หรือพี่น้องบิดามารดาเดียวกัน มากกว่าประชากรทั่วไป ประมาณ 1 เท่าครึ่ง ถึง 3 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

#### 1.2.2. ปัจจัยด้านจิตใจ

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) อธิบายว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก เนื่องมาจากความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (narcissistic personality) เมื่อบุคคลประสบกับการสูญเสีย ทั้งสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง มีผลทำให้ตัวตน (ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลาย ซึ่งตัวตนเป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ (perception) ความจำ (memory) การตัดสินใจ (judgement) ความมีเหตุผล (reasoning) การแก้ปัญหา (problem solving) และการตัดสินใจในการกระทำ (decision making) ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความมีเหตุผล (logical) และความถูกต้องเหมาะสม (correct) เมื่อตัวตนลดต่ำลงหรือ ถูกทำลาย จึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเองออกจากความซึมเศร้า และความรู้สึกสูญเสีย เกิดการยับยั้งไม่ให้เกิดการต่อสู้เพื่อปกป้องตนเอง รู้สึกผิดและบันดลโทษ ขาดความสามารถ ในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดจัดการกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ ทำให้มีความคิด ในทางลบต่อตนเอง

2) ทฤษฎีความสิ้นหวัง หรือการยอมจำนนจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness Theory) ของเซลิกันแมน (Seligman cited in Wilson, Spence, and Kavanang, 1989) อธิบายว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไข

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น (helplessness) ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดการปล่อยสถานการณ์แบบเลยตามเลย ไม่ยอมแก้ไขประกอบกับขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า สรุปรวมแนวคิดนี้โรคซึมเศร้าอาจเกิดจากการถูกลดโทษ การพ่ายแพ้ การล้มเหลว การสูญเสีย หรือ การประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตในด้านลบมาก่อน ก่อให้เกิดการเรียนรู้หรือมีความคิดว่าไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆได้ ไม่ว่าจะแก้ไขปัญหาในชีวิตอย่างไร ก็จะไม่ประสบผลสำเร็จทั้งสิ้น แล้วพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ความสิ้นหวังเกิดขึ้น

3) ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (Reduced Positive Reinforcement Theory) ของลีวินซอน (Lewinsohn cited in Wilson, Spence, and Kavanang, 1989) ซึ่งเชื่อว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่น การรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำ (low self-esteem) ความรู้สึกผิด (guilt) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวได้ เป็นต้น เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตทำให้บุคคลเกิดการลดการเสริมแรงตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองสูงขึ้น (self-awareness) การคิดที่มุ่งเน้นตนเองมากกว่าคนอื่น (focus on the self) เพิ่มการคิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (self-criticism) และคาดหวังอนาคตในทางลบ (negative expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ (dysphoria) ความบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธภาพกับผู้อื่น

4) ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) ของ Beck (1967) ได้พัฒนาทฤษฎีปัญญานิยมขึ้นมา โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไปกระบวนการทางปัญญาจะรับรู้ และแปลความสิ่งเร้าที่เข้ามา ทำให้บุคคลแสดงอารมณ์และพฤติกรรมต่อสิ่งเร้า นั้น และอารมณ์และพฤติกรรมนั้น จะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางปัญญาด้วยในขณะเดียวกันองค์ประกอบเสริมก็มีอิทธิพล ต่อกระบวนการทางปัญญาตามความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎีนี้ จึงทำให้เกิดข้อเสนอในการแก้ไขปัญหามหาอารมณ์ของโรคซึมเศร้า โดยการปรับกระบวนการทางปัญญา เช่น ความคิด ความเชื่อ กฎส่วนตัว ความคาดหวัง จินตภาพ การระบุเหตุ การพูดกับตนเอง การคิดทางลบต่อตนเอง เป็นต้น จะส่งผลให้อารมณ์ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงตาม (Dryden and Golden อ้างถึงใน ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534)

### 1.3 อาการ และอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า พิจารณาจากอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า ที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความแปรปรวนด้านร่างกาย และพฤติกรรม แบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าออกได้ 3 ระดับ คือ โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Beck, 1967; Beck ...[et al.], 1979) มีรายละเอียด ดังนี้

1.3.1 ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่าคิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

2) ระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลวไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตน หรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือการควบคุมของตน ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้นแม้ยังไม่มีอาการแสดง

3) ระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

1.3.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน แต่ก็ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้านี้ก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งเรื่อง ครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆ ลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2) ระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกดูถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

3) ระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก ลึกลับ รังเกียจตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจกับสิ่งต่างๆ หมดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา

1.3.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจรู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคมหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าดังนี้

1) ระดับเล็กน้อย ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

2) ระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ จำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความต้องการที่จะหลีกหนีจากสถานการณ์ต่างๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลี้ยงและแยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

3) ระดับรุนแรง หมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าจะไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป

1.3.4 ความแปรปรวนด้านร่างกาย และพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนหลับ แปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยล้า น้ำหนักลด โดยมีความแปรปรวน แตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลงหลับายกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

2) ระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร หรือลิ้มรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนเวลาเช้า เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

3) ระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลดนอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้



## 1.4 การรักษาโรคซึมเศร้า

แนวทางการรักษาตามปัจจัยเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า คือ การรักษาด้านชีววิทยา การรักษาทางยา และการรักษาทางจิตใจ เช่น จิตบำบัดแบบวิเคราะห์ กลไกทางจิต การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรมบำบัดทางปัญญา เป็นต้น (ดวงใจ กษานติกุล, 2542; ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540; มาโนช หล่อตระกูล, 2544; สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Chaput...[et al.], 1998; Kah and Kupper, 1993; Pearson, 1995) มีรายละเอียด ดังนี้

1.4.1 การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาโดยใช้ยาต้านเศร้า (antidepressant) กลุ่มต่างๆ เช่น ยาด้านเศร่ากลุ่มไตรไซคลิก (tricyclic) ยาด้านเศร่ากลุ่มโมโนเอไมน์ (monoamine oxidase inhibitors) เป็นต้น ยาด้านเศร่าส่วนใหญ่มีฤทธิ์ไปขัดขวางการดูดกลับ (reuptake) เข้าเซลล์ประสาทของสารสื่อประสาทที่สำคัญ 3 ชนิด คือ นอร์อิพิเนฟริน โดปามีน และซีโรโทนิน ที่จุดต่อของปลายประสาททำให้สารเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้น โรคซึมเศร่าจึงหมดไปหรือดีขึ้น ยาแต่ละชนิดมีฤทธิ์ขัดขวางสารสื่อประสาทต่างๆกัน เช่น ยาอิมิพรามิน (imipramine) มีฤทธิ์ขัดขวางการดูดซึมกลับเข้าเซลล์ของนอร์อิพิเนฟริน ส่วนยาเอมิทริปไทลีน (amitriptyline) มีฤทธิ์ขัดขวางการดูดซึมกลับเข้าเซลล์ของซีโรโทนิน เป็นต้น การรักษาด้วยยาด้านเศร่าจะต้องใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ ในการออกฤทธิ์ให้ผู้ป่วยมีอาการเป็นปกติ ลดความรู้สึกท้อแท้หรือความรู้สึกผิด และยาจะทำให้ผู้ป่วยหลับได้ดีขึ้น ในช่วงเวลา 1-3 วัน ทั้งความสนใจในสิ่งต่างๆ จะดีขึ้นด้วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เป็นเวลานานกว่า 1 เดือนสามารถลดยาได้ แต่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาติดต่อกันไปเป็นเวลา 6 เดือนถึงหนึ่งปี เพื่อป้องกันอาการกำเริบ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยซึมเศร่ารุนแรงมีอาการกำเริบได้อีก และร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต

1.4.2 การรักษาทางจิตใจ เป็นการรักษาที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าและช่วยทำให้ผู้รับการบำบัดร่วมมือในการรักษา มีแนวทางการรักษาตามกรอบแนวคิดของแต่ละทฤษฎี ที่อธิบายถึงปัจจัยเหตุของการเกิดโรคซึมเศร่าดังต่อไปนี้

1) จิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิต (psychodynamic psychotherapy) มีรากฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่เชื่อว่า ความขัดแย้งในจิตใต้สำนึกเป็นต้นเหตุของปัญหาที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า การบำบัดจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้า และปรับปรุงบุคลิกภาพของผู้รับการบำบัด โดยพยายามวิเคราะห์ปมขัดแย้ง (dynamic focus) ที่สำคัญๆ เพียงเรื่องเดียว เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นต้น แล้ววิเคราะห์ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้รับการบำบัด เพื่อค้นหาความขัดแย้งในอดีตหรือในจิตใต้สำนึกให้ปรากฏขึ้น แต่การทำจิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิตมีข้อจำกัดในการใช้ระยะเวลา

ในการบำบัดที่ยาวนานไม่สามารถกำหนดระยะเวลาในการรักษา มุ่งให้ผู้รับการบำบัดระบายความขัดแย้งในจิตใจได้สำนึก โดยไม่คำนึงถึงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ทำให้ความซึมเศร้ายังคงอยู่

2) การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) วัตถุประสงค์ของการบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ โดยเน้นที่ปัญหาความคับข้องใจในชีวิตปัจจุบัน มิได้มุ่งเปลี่ยนบุคลิกภาพหรือแก้ไขความขัดแย้งในจิตใจได้สำนึก ด้วยกระบวนการให้ความรู้ อธิบายให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงธรรมชาติ อากาโร วิธีการรักษา และการดำเนินของโรค ผู้บำบัดพูดระดับประคอง ให้ความหวังและกำลังใจกับผู้รับการบำบัด เน้นให้ทราบว่าภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยๆ ในบุคคลทั่วไป ให้ผู้รับการบำบัดปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ เพื่อช่วยให้ปรับตัวได้กับความเครียดในชีวิต

3) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) เฟอร์สเตอร์ (Ferster อ้างถึงในดวงใจสถานติกุล, 2536; Kazdin, 2001) เป็นผู้ที่ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้า โดยอธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (reinforcement) ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การพรากจากการเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และการขาดทักษะทางสังคมทำให้ขาดโอกาสที่จะได้แรงเสริมจากสังคม ยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่า เมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมาย เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบกับเหตุการณ์ที่ดีจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลง

4) การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) พัฒนาขึ้นโดย (Beck... [et al], 1979) รูปแบบการบำบัดทางปัญญา มีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีปัญญานิยมว่าอารมณ์ ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด การประเมินสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ในชีวิต ด้วยความคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม โลก และอนาคต การบำบัดทางปัญญาจึงมีวัตถุประสงค์ ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตามความเป็นจริง แล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจถึงความคิดที่เป็นปัจจัยเหตุทำให้เกิดโรคซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

5) พฤติกรรมบำบัดทางปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy) แนวคิดทฤษฎี CBT มีพื้นฐานอยู่บนการจำแนกแยกแยะความเชื่อ ข้อกำหนด และการคิดระบบความคิดขึ้นใหม่ โดยไม่มีเหตุผลของผู้ป่วยซึมเศร้า และการทำความเข้าใจความคิดที่ผิดพลาดนั้น

นำมาซึ่งการค้นพบกระบวนการคิดเชิงลบ ที่นำมาเป็นทางเลือกในการนำมาใช้ยืนยันความคิดและการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย (Stewart, 1994) เป็นการผสมผสานการบำบัดที่หลากหลาย ซึ่งการเรียนรู้สามารถนำมาใช้ในการป้องกัน หรือบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าได้ CBT มุ่งเน้นให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความเชื่อที่ผิด การแปลผลข้อมูลที่เป็นลบ รวมถึงการทดสอบความเชื่อให้ถูกต้องเหมาะสม (Beck, ... [et al.], 1979)

6) กลุ่มบำบัดระดับประคอง ตามแนวคิดของยาลอม (Yalom, 1995) เป็นการบำบัดรักษาแบบกลุ่ม ซึ่งถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยทั่วไปหลายประเภท ซึ่งพบว่าได้ผลดีในการรักษา เนื่องจากกลุ่มบำบัดระดับประคองมีเป้าหมายในการแก้ปัญหาคือ ความทุกข์ใจ อันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยทางจิต โดยสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ มาร่วมแสดงความรู้สึก อภิปรายในปัญหานั้น ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในกลุ่ม และมีการดำเนินไปตามพัฒนาการของกลุ่ม มีเป้าหมายและส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ทำให้สมาชิกเข้าใจในปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดปัจจัยบำบัดซึ่งผลดีต่อการรักษา

กลุ่มบำบัดระดับประคอง เป็นการรักษาที่มุ่งตรงต่อการช่วยลดอาการทางจิตใจของผู้รับการรักษา ช่วยให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และนับถือตนเอง นอกจากนี้ยังช่วยการทำงานของอวัยวะ หมายถึง การคิด การปกป้องจิตใจตนเอง การควบคุมอารมณ์ และมีทักษะในการปรับตัว (Pinker, 1988)

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคซึมเศร้า พบว่าการรักษาด้วยยาจะได้ผลดีในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง แต่ในขณะที่เดียวกันพบว่าผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าไม่ตอบสนองต่อยาร้อยละ 35 - 40 หรือผู้ที่รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าจำนวนหนึ่ง ปฏิเสธการรับประทานยา เนื่องจากไม่สามารถทนฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ นอกจากนี้แล้วพบว่าผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้ามีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้สูง (Beck...[et al.], 1979; Dobson, 1989; Fennell, 1990; Foa and Emmelkamp, 1983)

การรักษาทางกลุ่มบำบัด ช่วยทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าได้เรียนรู้วิธีที่จะแก้ไขภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีปัจจัยเหตุมาจากความคิดและจิตใจของตน ร่วมกับการปรับพฤติกรรม จึงมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าในระยะเวลานานกว่าการรักษาด้วยยาต้านเศร้า สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ดี ซึ่งการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดที่มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ จากงานวิจัยของ Gloaguen และคณะ(1998) เปรียบเทียบประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดกับยาต้านเศร้า จิตบำบัดแบบวิเคราะห์ กลไกทางจิต และการบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อภาวะซึมเศร้า พบว่าจิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิตและการบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสามารถป้องกัน

การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในระยะเวลานานกว่าการรักษาด้วยยาต้านเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (จรัสวรรณ เทียนประภาส, และพัชรี ต้นลี, 2536; American Psychiatric Association, 2000) มีเป้าหมายหลัก 3 ประการ

1.5.1 ป้องกันการทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง และมีที่ท้าวว่าจะทำร้ายตนเองต้องอาศัยพยาบาลจิตเวชดูแลใกล้ชิด การรับประทานยาให้ครบถ้วนตรงตามเวลา จำนวนเม็ดยาที่ได้รับในแต่ละมื้อต้องตรวจสอบอย่างรอบคอบ และให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า เพื่อป้องกันผู้ป่วยสะสมยาไว้ เครื่องมือเครื่องใช้ที่เป็นของแหลมมีคม หรือจำพวกแก้ว ซึ่งสามารถนำมาใช้ทำร้ายตนเองได้ควรเก็บไว้ให้ห่างผู้ป่วย ผู้ยาควรใส่กุญแจไว้ตลอดเวลา พยาบาลควรเป็นผู้จัดยาให้ทุกครั้ง วัตถุประสงค์ที่สามารถจะนำมาใช้ทำอันตรายได้ เช่น เข็มขัด รองเท้า ควรนำออกไปให้พ้นจากผู้ป่วย ตรวจเช็คผู้ป่วยบ่อยๆ โดยไม่จำกัดเวลาแน่นอน ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังตื่นนอน มักต้องการคนที่คุยด้วย พยาบาลควรมีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างน้อย 2 – 3 นาที บางเวลาอาจจำเป็นต้องผูกมัดผู้ป่วยบางคนบ้าง เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาจำพวก LSD ซึ่งมักมีอาการรุนแรง เนื่องจากผลข้างเคียงของยา

1.5.2 ดำรงรักษากระบวนการทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเอง ละเลยต่อกิจวัตรประจำวัน แม้กระทั่งการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ ยกเว้นบางวันที่มีอาการซึมเศร้าอ่อนๆ อาจมีความอยากอาหารสูงขึ้น ถ้ามีเพื่อนรับประทานอาหารในรายที่ละเลยต่ออาหาร พยาบาลต้องคอยดูแล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับอาหารครบถ้วนตามเวลา แม้ในเรื่องการขับถ่ายซึ่งมักปรากฏว่าท้องผูก เนื่องจากกระเพาะอาหาร และลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง พยาบาลจะต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตื่นมาดื่มน้ำ ซึ่งจะช่วยทางการขับถ่าย ปัสสาวะได้ เพราะผู้ป่วยซึมเศร้ามักมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะนานเกินไป ทำให้เกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบ และเนื่องจากผู้ป่วยมักจะนั่งเป็นส่วนใหญ่ จึงมักมีการบวมในส่วนแขน ขา หรือ บริเวณก้นกบ ผู้ป่วยซึมเศร้ามักต้องการการดูแลช่วยเหลือในเรื่องสุขอนามัย และความสวยงาม ซึ่งถ้าปล่อยให้ทำเองเขาจะต้องใช้ความพยายามมากหรือละเลยไป พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยปรับปรุงสภาพร่างกายและบุคลิกภาพด้วย เพราะจะเป็นสิ่งช่วยให้เขาลดอาการซึมเศร้าลงได้ เช่น การสวมเสื้อผ้าใหม่ๆ หรือแต่งตัวให้สวยงามขึ้น

1.5.3 ช่วยให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่ตามลำพังมักจะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น คนทุกคนต้องการแรงกระตุ้นจากผู้อื่น ให้เกิดการตื่นตัวและตอบสนอง สิ่งที่ยาบาลควรทำสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ตามลำพังคือ ให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มทำกิจกรรมต่างๆ คอยสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง เพราะผู้ป่วยซึมเศร้าไม่เหมือนกับผู้ป่วยวิตกกังวล ซึ่งจะคอยบอกเล่าปัญหาของตนให้ฟังอยู่เสมอ ยาบาลต้องอยู่ใกล้ชิด แม้เพียงสัมผัสก็ช่วยให้เขารู้สึกว่ามีเพื่อน ไม่ได้อ้างว้างอยู่คนเดียว เขาจะอบอุ่นใจขึ้นว่ายังมีคนสนใจเขาอยู่ ผู้ป่วยอาจจะดีขึ้น หรืออาจจะพาเพื่อนที่มีความสนใจสิ่งเดียวกันมาอยู่เป็นเพื่อน และสิ่งสำคัญที่สุดคือ ยาบาลจะต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ได้ปริมาณเพียงพอ และออกกำลังกาย เพราะนอกจากจะทำให้ไม่มีเวลาว่าง เว้นจากการหมกมุ่นครุ่นคิดแล้ว ประโยชน์ที่จะตามมาจากการออกกำลังกายคือ การนอนหลับได้มากขึ้น และอยากอาหารมากขึ้น ยาบาลควรจัดให้ผู้ป่วยได้ทำเป็นประจำทุกวัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นพร้อมที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีในสภาพร่างกายที่ดีด้วย (health mind in the health body)

## 2. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิต เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ ที่มนุษย์ต้องประสบ และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กระบวนการสูงอายุนั้นเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่มีการพัฒนา และมีความเสื่อมสภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามวัยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินไปตลอดชีวิต (นิตยา บุญมาเลิศ, 2542) ในภาคพื้นเอเชีย จะถือเอา 60 ปี ขึ้นไป เป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ เป็นที่ตกลงกันระหว่างประเทศให้ยึดอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) โดยมีการให้ความหมาย ผู้สูงอายุ 2 ลักษณะ คือ บุคคล ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ช่วงอายุ ดังนี้ วัยสูงอายุเริ่มต้น (young old age) อายุ 65-74 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (middle old age) อายุ 75-84 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (old old age) อายุมากกว่า 85 ปี ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาใช้เกณฑ์ของผู้สูงอายุ โดยเริ่มที่อายุ 60 ปี และแบ่งอายุเป็น 3 ช่วง คือ วัยสูงอายุตอนต้น (elderly) คือ บุคคลที่มีอายุ 60-74 ปี วัยสูงอายุ ตอนกลาง (old) คือ ผู้ที่มีอายุ 75-90 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (very old) คือ บุคคลที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (World Health Organization [WHO], 1988) สำหรับประเทศไทยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

## 2.1 แนวคิดและความหมายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพบได้ทั่วไป และเป็นความผิดปกติทางจิตที่สำคัญของผู้สูงอายุ (Okawumabua, Baker, Wong, and Pilgram cited in Berroa and Phillips, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับ รายงานของสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Mental Health's Epidemiology Catchment Area Program) ที่พบว่าความผิดปกติทางจิตในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด คือ โรคซึมเศร้า (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543) ซึ่งบ่อยครั้งที่โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุถูกละเลย วินิจฉัยผิดพลาด และได้รับการรักษาไม่เพียงพอเป็นผลให้เกิดการป่วยและการตายโดยไม่จำเป็น (Reugg, Zisook and Swerdlow cited in Kurlowicz, 1993)

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของร่างกายการทำงานหน้าที่ เสื่อมลง การรับรู้ลดลง สิ่งที่เคยมีอยู่แต่เดิมอ่อนแอ ความบีบคั้นในชีวิต ภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักลด ภาวะกดดันทางจิตใจ การสูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง การเป็นโรคเรื้อรัง และการเป็นภรรยาของผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคซึมเศร้าได้ (Evers and Marin, 2002) เยซาเวจ และบริงค์ (Yesavage and Brink cited in Rush...[et al]., 2000) ให้มุมมองโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก การรู้คิด (cognitive aspects) มากกว่าอาการที่ปรากฏทางกาย โดยกล่าวว่า อาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความสนใจในเรื่องเพศลดลง เป็นสิ่งที่พบได้ทั่วไปใน ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและไม่ใช่ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบกับเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจทำให้การ เคลื่อนไหว และการมีกิจกรรมต่างๆในผู้สูงอายุลดลง นอกจากนี้ ภาวะสมองเสื่อมยังมีผลต่อ สมาธิ และกระบวนการรู้คิดของผู้สูงอายุได้ แต่สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแตกต่างจาก ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ การคิดถึงความตาย และความรู้สึกสิ้นหวังในอนาคต

## 2.2 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของโซโลมอน (Solomon, 1981) และซอลซ์แมน (Salzman, 1992) พบว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีประสบการณ์ซึมเศร้าอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ที่รุนแรง ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ในการศึกษาของจาโคบีและออปเพนไฮเมอร์ (Jacoby and Oppenheimer, 1991) รวมถึงการศึกษาของคานอฟสกี (Kanowski, 1994) พบว่าผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 10-15 จะมีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 3 จะป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบในเพศหญิง มากกว่าเพศชาย ในผู้ที่มีอายุมากอาการจะยิ่งรุนแรงมากขึ้น ในการศึกษาของโจนส์ (Jones, 2003) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย 2-3 เท่า อุบัติการณ์ของ โรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 2-3 ต่อปี พบในการดูแลที่บ้านร้อยละ 13 (Copeland...[et al].

cited in Hughes, 1997) ในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชพบประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาลทางกาย (Solomon, 1981) เบอรินและคณะ (Burn...[et al.], 1993) พบว่าปัญหาทางจิตเวชในผู้สูงอายุที่รักษาโรคทางกาย จะพบโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 23

สำหรับในประเทศไทย ศิริชัย ดาริกานนท์, สมจิตร พิมพ์พนิตย์, ปัทมา ยิงยมสาร, และประทวน เข้มเงิน (2539) ได้ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาท โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบมีความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 43.1 โดยมีภาวะซึมเศร้าวระดับเล็กน้อยร้อยละ 55.5 ระดับปานกลางร้อยละ 32.7 และระดับรุนแรงร้อยละ 11.8 ส่วนมานิต ทับมณี (2541) สำรวจผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.1 ซึ่งเท่ากับการศึกษาของ กนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2542) สำรวจชุมชนเมือง โดยใช้เครื่องมือเดียวกัน พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองร้อยละ 35.1 ในชุมชนชนบทจังหวัดระนองและบุรีรัมย์พบร้อยละ 17-19 รวมทั้งชุมชนเมืองและชนบทพบร้อยละ 24.1 การศึกษาในภาคเหนือ เกษราภรณ์ คุณานุกัณนชัยเดช (2543) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) แบบสั้น 15 ข้อ พบว่ามีความชุกของโรคซึมเศร้าวร้อยละ 29.3 ส่วนการศึกษาในภาคใต้ของ ประภาส จิตตาศิริวัตร (2544) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในจังหวัดชุมพรโดยใช้ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบมีความชุกของภาวะซึมเศร้าวร้อยละ 41 อรพรรณ ทองแดง และคณะ (2544) ศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานครร้อยละ 12.78 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ของ ปรีชา ศตวรรษอำรง และคณะ (2544) ซึ่งใช้เครื่องมือเดียวกันในกรุงเทพมหานคร นครสวรรค์ นครราชสีมา และสุราษฎร์ธานีพบร้อยละ 14

ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบว่ามีค่าแตกต่างกันนั้น อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การใช้เครื่องมือที่ต่างกันในการประเมินภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

### 2.3 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญต่อสภาวะจิตใจและความรู้สึกนึกคิด เพราะผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตเปลี่ยนไปจากผู้ให้เป็นผู้รับ จากผู้นำ เป็นผู้ตาม ต้องพึ่งพา และต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัว ให้เข้ากับสภาวะการณ์ที่

เปลี่ยนแปลงไป ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา จากการศึกษา งานวิจัยและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่ ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้านั้น สามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน (บุญพา ณ นคร, 2545) ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เกิดขึ้นในทุกระบบของร่างกาย ซึ่งเป็นการ เปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่างๆ รวมทั้งปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระบบผิวหนัง ขาดความตึงตัว ผิวหนังเหี่ยวและหยาบ,ระบบกล้ามเนื้อและ กระดูก มีการสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้เกิดกระดูกผุใน ผู้สูงอายุกล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลง เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย ลิ้นหัวใจแข็งหนา และมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่ว และตีบได้,ระบบทางเดินหายใจจะมีความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลงความแข็งแรง และการหดขยาย ของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้า และหายใจออกลดลง ทำให้ได้รับออกซิเจนต่ำ มักเหนื่อยและ หอบง่าย ,ระบบทางเดินอาหาร ความรู้สึกหิวอาหารน้อยลง เนื่องจากการเคลื่อนไหวของกระเพาะ อาหารลดลง นอกจากนี้ระบบประสาทและประสาทสัมผัสมีการทำงานของสมองและประสาท อัดโนมีติทำงานมีประสิทธิภาพลดลง ความเร็วในการรับและส่งสัญญาณประสาทลดลง ทำให้ ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกริยาต่างๆ ลดลงเช่นกัน (นิตยา บุญมาเลิศ, 2542)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายต่างๆ ดังกล่าว อาจส่งผลต่อการเกิดปัญหาจิตใจทำให้ ผู้สูงอายุสูญเสียภาพลักษณ์เกิดความเครียด วิดกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (บรรลุ ศิริพานิช, 2540) และส่งผลต่อการทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทีลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทำให้ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า และเป็นภาระของผู้อื่น จนส่งผลให้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพิ่มมากขึ้น (อรวรรณ อุทัยเสน, 2540)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้ เมื่ออายุมากขึ้นเกิดภาวะความจำเสื่อมทำให้การรับรู้ต่อสังคม ลดลง มีความยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของสังคม การพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก ทำให้บางครั้งผู้สูงอายุรู้สึกหงุดหงิด โกรธง่าย ว้าวุ่น และเหงา (พัชรี ต้นศิริ, 2533) บางครั้งรู้สึกโดดเดี่ยวและสิ้นหวัง อาจเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง ท้อแท้และเบื่อหน่ายในชีวิต (วิจิตร บุญยะไพศร, 2533) จากสภาวะจิตใจต่างๆ อาจเป็นสาเหตุของ การเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา เช่น ภาวะเครียด วิดกกังวล และโรคซึมเศร้า (อาภา ใจงาม, 2533) บางครั้งเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ เนื่องจากต้องพึ่งพาบุคคลอื่นเกิดความรู้สึกหมดหวัง สิ้นหวัง เนื่องจากความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544) จากการศึกษาความชุกของภาวะวิกฤตจิตทางจิตในต่างประเทศ พบว่าผู้สูงอายุมีอาการเฉยชา (apathy) ก้าวร้าว (aggressive) วิดกกังวล (anxiety) ประสาทหลอน (hallucination) คิดเป็นร้อยละ



72, 60, 48 และ 22 ตามลำดับ (บุญพา ณ นคร, 2545) สำหรับในประเทศไทยจากสถิติโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคจิตที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2541-2543 คิดเป็น ร้อยละ 3.82, 3.95 และ 4.05 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2544) และจากการศึกษาของ ศรีวรรณ ตันศิริ (2535) พบว่าโรคซึมเศร้า พบในผู้สูงอายุไทยคิดเป็น ร้อยละ 12-20 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความลำบากในการปรับตัว แยกตัวจากสังคม ความคล่องตัวในการคิดและการติดต่อสื่อสารจะลดลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) จากการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เนื่องจากบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลและหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลับกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัยเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคม มีความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ความคับข้องใจทางสังคมจากการเปลี่ยนบทบาทหลังเกษียณอายุ การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียเพื่อนร่วมงาน มีรายได้ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไร้คุณค่า (บรรลุ ศิริพานิชย์, 2542) การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไป หน้าที่รับผิดชอบการยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้าปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มไม่กล้าแสดงออก ทำให้ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง และทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาททางสังคมเกิดความเครียดสูง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) นอกจากนี้การสูญเสียคู่วิตหรือบุคคลอันเป็นที่รักและหากการสูญเสียนั้นเป็นไปอย่างกะทันหัน จะทำให้มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอย่างรุนแรง จากการศึกษาสภาพสมรสที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุ ของพิชญภรณ์ มูลศิลป์ (2537) พบว่าการมีชีวิตคู่และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่วิตทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่ดี มีกำลังใจในการเผชิญชีวิต

4. การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ เป็นผลต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากผู้สูงอายุพบกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทการทำงาน บทบาทในครอบครัว ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงและต้องพึ่งพาคนอื่น ทำให้เกิดความขัดแย้งในใจ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง เกิดความเครียด เศร้าหมอง จนเกิดเป็นโรคซึมเศร้าซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่ ขาดการกระตือรือร้นและขาดแรงจูงใจ ต่อการดำเนินชีวิตรู้สึกหมดหวังในชีวิต อาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุกระทำอัตวิบาตกรรมได้ (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544)

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีระดับความรุนแรงแตกต่างกัน ทั้งในระดับที่มีอารมณ์เศร้าเล็กน้อย ไม่ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต จนถึงระดับที่มีอารมณ์เศร้ารุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายร่างกายตนเอง ประมาณร้อยละ 20 – 40 ในช่วงชีวิตของผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น 1 – 2 ครั้ง ในจำนวนนี้พบว่า มีเพียงร้อยละ 5 – 10 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัด (Valent, 1994) นอกจากนี้ยังพบว่า อุบัติการณ์เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีสูงถึงร้อยละ 13 ต่อปี และอุบัติการณ์สูงขึ้นในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรัง พบสูงถึง 1 ใน 3 (Dreyfus, 1989; Gomez and Domez, 1993) ทั้งนี้เนื่องจากโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มักมีอาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะเจาะจง และมีความแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น กล่าวคือ ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค และการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยลงตามกระบวนการของวัยสูงอายุ อาจทำให้รู้สึกเศร้า ผิดหวัง สิ้นหวัง หรือหมดความสุขได้เป็นครั้งคราวเมื่อมีความคับข้องใจ หรือรู้สึกสูญเสีย (Buschmann, Dixon, and Tichy, 1995)

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น มีผลต่อการใช้กระบวนการทางความคิด สติปัญญา และแรงจูงใจของผู้สูงอายุที่ลดลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ การให้ความหมาย การแปลความ การใช้ความคิดและสติปัญญาในการตัดสินใจ และความสนใจต่อสิ่งต่างๆลดลง จึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากเดิม ที่พบบ่อยได้แก่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โศกเศร้า ร้องไห้ ก้าวร้าว รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง หมดหวัง ไม่มีความสุข แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเอง และไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (Buschmann, Dixon, and Tichy, 1995; Dreyfus, 1989) อาการทางร่างกายที่พบบ่อยที่สุด คือ เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด และนอนไม่หลับ (Gull, 1987)

## 2.4 อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุนั้นมักจะแสดงอาการที่ไม่ชัดเจน พบได้น้อยที่ผู้สูงอายุ จะแสดงออกด้วยการพูดบ่นถึงอาการของตนเอง แต่ที่เห็นเด่นชัด คือ มีอารมณ์น้อยลงจนถึงไม่มีอารมณ์ ในการทำสิ่งใดๆเลย นำมาซึ่งการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุผิดพลาด หรือมีการวินิจฉัยที่ต่ำกว่า ที่ควรจะเป็น อาการที่มีแนวโน้มที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า คืออาการเจ็บป่วยทางกาย เพิ่มขึ้น แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ มักเริ่มจากการนอนไม่หลับ อาการอยู่ไม่นิ่ง และบ่อยครั้งที่พบว่าอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ไม่แสดงอาการซึมเศร้าตรงๆ อาการทางกายที่พบบ่อย รวมไปถึงอาการกังวลใจ การคิดถึงความตาย สมาธิลดลง อยู่ไม่นิ่งหรือซ้าลง (Tallis and Fillit, 2003) อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่พบบ่อย และอาการซึมเศร้าที่รุนแรงส่งผลรบกวน

การรู้คิดของผู้สูงอายุ คือ อาการหลงลืมและการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ที่คล้ายกับโรคสมองเสื่อม (Frisch and Frisch, 2002) รูปแบบอาการที่พบนั้นแตกต่างกันตามเพศ พบว่าอารมณ์เศร้า รู้สึกผิด วิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ไม่คงที่ในแต่ละวัน ในเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย (Tallis and Fillit, 2003) ส่วนอายุนั้นมีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ ส่วนอาการไฮโปคอนเดรีย (hypochondriasis) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ (Tallis and Fillit, 2003) ปริณส์ และคณะ (Prince...[et al]. cited in Tallis and Fillit, 2003) ได้จำแนกอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มความเจ็บปวดจากอารมณ์รวมถึงการมีอารมณ์ลดลง การร้องไห้ และกลุ่มแรงจูงใจซึ่งรวมถึงการขาดความสนใจ ไม่มีสมาธิ อารมณ์สนุกสนานลดลง

สรุปได้ว่าอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นมีทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และการรู้คิด ได้แก่ หวาดระแวง มองโลกแง่ร้าย โศกเศร้า ภูมิใจในตนเองลดลง ไม่มีสมาธิ แบบแผนการรับประทานอาหารและการพักผ่อนนอนหลับผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น

## 2.5 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งทางสาธารณสุข เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีอัตราการตายหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีรายงานการฆ่าตัวตายสูง (Burn...[et al]., 1993) จากรายงานการศึกษาของ เมอร์ฟี และคณะ (Murphy...[et al]. อ้างถึงใน สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2543) ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าจำนวน 120 ราย ติดตามผลระยะ 2 ปี พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 20 การฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาในปี ค.ศ. 1988 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุสูงกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยอัตราการฆ่าตัวตายในประชาชนทั่วไปมี 12.4 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราฆ่าตัวตายในผู้ที่มีอายุ 80-84 ปีเท่ากับ 26.5 ต่อแสนประชากร (National Institutes of Health, 1991) และตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 ถึง ค.ศ. 1992 อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 9 ในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปและร้อยละ 35 ในผู้ที่มีอายุ 80-84 ปี (Lebowitz...[et al]. cited in Evers and Marin, 2002) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และในปี ค.ศ. 1998 รายงานว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 13 ของประชากร เสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 19 (Center for Mental Health Services cited in Holkup, 2003)

นอกจากนี้แล้วโรคซึมเศร้ายังส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจด้วย ทั้งในการสูญเสีย ค่าใช้จ่ายโดยตรงในการรักษาพยาบาล และการสูญเสียทางอ้อมเนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าไม่สามารถทำงานได้ การตายก่อนวัยอันควร หรือการที่ผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาในการทำงานไปกับการดูแลและการพยาบาล (Hirschfeld...[et al]., 1997) ในสหรัฐอเมริกา พบว่า โรคซึมเศร้ามักก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 43 พันล้านเหรียญ อีก 31 พันล้านเหรียญเป็นการสูญเสียทางอ้อม จากการไม่สามารถทำงานได้ 23 พันล้านเหรียญ และอีก 8 พันล้านเหรียญ เกิดจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Finkenstein...[et al], 1996)

อย่างไรก็ตามแม้ว่าปัญหาโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุจะทวีความรุนแรงมากขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อมากมาย กลับพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่ได้รับการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้และความสนใจในอาการที่เกิดขึ้น (วีระ ชูรุจิพร, 2542) นอกจากนี้สาเหตุอาการของโรคซึมเศร้าในวัยผู้สูงอายุ มีความแตกต่างจากที่พบในวัยผู้ใหญ่ทำให้การวินิจฉัยทำได้ยากเพราะผู้ป่วยแสดงอาการไม่ชัดเจน มีโรคทางกายร่วมด้วย หรือแสดงอาการคล้ายโรคสมองเสื่อม และบ่อยครั้งที่โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุมักต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านร่างกาย สังคม หรือเศรษฐกิจ (อรพรรณ ทองแดง และคณะ, 2544) ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวนไม่น้อย จึงไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคและรักษาอย่างเหมาะสม ตั้งแต่ระยะแรก ทำให้มีอาการเรื้อรัง กลับเป็นซ้ำบ่อย หรืออาจเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายก่อนได้รับการรักษา (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541)

## 2.6 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (American Psychiatric Association ,2000)

จุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่สำคัญมี 3 ประการ คือ

**ประการแรก** ให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยซึมเศร้ามักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ามาก มักจะทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัวตาย แม้ไม่อาจป้องกันได้ทั้งหมด แต่การทราบถึงปัจจัยเสี่ยง หรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวัง และให้ความเอาใจใส่มากขึ้น ดังนี้

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส
2. ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันทั้งด้านการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหาร และอื่นๆ

3. ให้การดูแลใกล้ชิดสิ่งแวดลอมที่ปลอดภัยที่สุด สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ผู้ป่วยซึมเศร้ามักต้องการเพื่อน ต้องการคนเข้าใจ ช่วยปลดปล่อยใจให้กำลังใจ โดยเฉพาะช่วงตื่นนอนใหม่ๆ หากมีคนพูดคุยด้วย จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นที่มีคนห่วงใย

4. จัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคม หรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่างๆ เช่น แก้ว เข็ม เข็มขัด ตลอดจน หน้าต่าง ประตู กระจก หรือทางเข้าออกสู่ระเบียงภายนอกที่ลึบตา ควรหมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้ป่วยเก็บยาไว้ ยาที่ใช้รักษาต้องให้รับประทานต่อหน้าเพื่อป้องกันการเก็บสะสมยา

5. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดอาการซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น เคร่งครัดการให้ยาผู้ป่วยให้ตรงขนาด ตรงเวลา และติดตามอาการข้างเคียงของยา หรือผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องรักษาด้วยการช็อคไฟฟ้า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีอาการหลงผิดประสาทหลอน บางครั้งอาจได้รับการผูกมัด ควรให้การดูแลใกล้ชิด หมั่นตรวจสอบอาการผู้ป่วยและปลดเครื่องผูกมัดบ่อยๆ เพราะการผูกมัดอาจทำให้ผู้สูงอายุบาดเจ็บเป็นอันตรายได้

6. พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้น และการทบทวนประเด็นปัญหาให้กระจ่าง แยกแยะสิ่งที่ถูกต้อง และสิ่งที่บอกร่องควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกผิด หรือตำหนิตนเองของผู้สูงอายุ

7. ควรทำสัญญากับผู้สูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเองเช่น “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายภายในสัปดาห์นี้” หรือ “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายขณะอยู่ในโรงพยาบาล” หรือ “ถ้าฉันคิดฆ่าตัวตายฉันจะบอกให้ท่านทราบ” เป็นต้น การทำสัญญาและรักษาสัญญาเป็นสิ่งมีประโยชน์ เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหา และหาแนวทางช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

### **ประการที่สอง** ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นจากโรคซึมเศร้าโดยเร็ว ควรปฏิบัติดังนี้

1. ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ โดย

1.1 ให้ผู้สูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้ และมีผู้ที่ห่วงใยผู้สูงอายุ เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ ญาติ และเพื่อนๆ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย ได้แก่ เจตคติของคนในสังคมที่ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุลดลง ฉะนั้นพยาบาลต้องเป็นคนช่างสังเกต การพูดจาและท่าทางที่แสดงต่อผู้สูงอายุ ควรให้ความยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าของผู้สูงอายุ

1.2 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่งที่คุณสูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด ตำหนิตนเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึก จะช่วยคลายความอึดอัด กระวนกระวาย ช่วยให้อาการซึมเศร้ามลดลง

1.3 รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้สูงอายุ เช่น อารมณ์โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้าน เพราะผู้ป่วยซึมเศร้าจะไวต่อการถูกปฏิเสธ หรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่งที่ผู้สูงอายุพูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.4 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เพื่อให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น

1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้ป่วยอื่นๆ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัด หรือมีประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุคิดถึงใหม่ๆที่ดีแก่ชีวิต เช่น มีเพื่อน มีสังคม และมีกิจกรรมใหม่ที่พอใจ เป็นต้น

## 2. ให้ผู้สูงอายุทบทวนอาการเศร้าของตนเอง

2.1 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทบทวนสถานการณ์ และวิเคราะห์ความสูญเสีย หรือปัญหาที่เกิดขึ้นมาว่า เหมาะสมเพียงใด ผู้สูงอายุเศร้าเกินไปหรือไม่

2.2 ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้สิ่งดีๆในชีวิต โดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตด้านที่ดีที่พึงพอใจ เป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาทรห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การประสบความสำเร็จในชีวิต การช่วยเหลือผู้อื่น การมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เป็นต้น

2.3 ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความกระจ่างในประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง หรือความขมขื่น ไม่พอใจต่างๆ ให้น้อยลง และให้มองอีกด้านหนึ่งที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

2.4 ให้กำลังใจผู้สูงอายุ ในการเผชิญปัญหา และแก้ไขสถานการณ์ โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้สูงอายุที่ผ่านอุปสรรคต่างๆมากมาย เป็นผู้มีประสบการณ์ชีวิต หลากหลาย ซึ่งจะช่วยเหลือคลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปด้วยดี

## 3. ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

3.1 ให้ผู้สูงอายุทราบว่าโรคซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้สูงอายุและจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้อาการต่างๆดีขึ้น

3.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้

ผู้สูงอายุมีแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคมเป็นสาเหตุให้เกิดโรคซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งเสริมให้คิดทำร้ายตนเอง การมองสิ่งต่างๆ ในด้านดี ช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น เป็นต้น

3.3 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก และวิธีคิดที่ว่าจะช่วยลดความซึมเศร้า

3.4 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

3.5 ให้ผู้สูงอายุและญาติ ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ การปรับตัวที่เหมาะสม และวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดความซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมองโลกในแง่ดี และการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

3.6 ให้ผู้สูงอายุและญาติทราบถึงความสำคัญ ของการรับประทานยาต้านเศร้า ซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2- 3 สัปดาห์ และจำเป็นต้องรับประทานต่อไป เพื่อให้อาการดีขึ้น พร้อมทั้งสังเกตอาการหรือผลข้างเคียงของยา เช่น อาการท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่า ถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือเหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง

**ประการที่สาม** ผู้สูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย จึงมักมีอาการท้องผูกเนื่องจากดื่มน้ำน้อย และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขน ขา และมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาต้านเศร้าด้วย ดังนั้นพยาบาลควรสังเกต และให้ความเอาใจใส่ โดย

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควรบันทึกปริมาณอาหารและน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

2. ชั่งน้ำหนักตัว เพื่อสังเกตการบวมและติดตามภาวะโภชนาการ

3. จัดให้มีกิจกรรมต่างๆรวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากโรคซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความอยากอาหาร และนอนหลับได้ดีขึ้น

4. ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม จะทำให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง

5. บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ให้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความไม่สุขสบายทั้งจากโรคซึมเศร้า และจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยารักษาโรคด้วย ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นจากปัญหาต่างๆ เหล่านี้ จะช่วยให้อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ แวนตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ต้นไม้และสัตว์เลี้ยง เพื่อให้เพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกรักและผูกพัน เป็นต้น

สรุปได้ว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวร้ายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความสูงอายุนี้จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพกายและจิตใจ พันธุกรรม เชื้อชาติ ศาสนา ภาวะเศรษฐกิจ และอิทธิพลของสังคมวัฒนธรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อจิตใจผู้สูงอายุมาก ที่สำคัญคือความรู้สึกในคุณค่าของตนลดน้อยลง ซึ่งทำให้เกิดความเครียดหรือโรคซึมเศร้าได้ง่าย (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องพยายามปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้สามารถควบคุมสภาพปัญหา หรือโรคซึมเศร้าได้ ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วยและคงความมีสุขภาพดี แต่ถ้ายิ่งปรับตัวนั้นไม่สมดุลโอกาสการเจ็บป่วย ย่อมเกิดขึ้นได้เสมอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

### 3. การประเมิน และการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

#### 3.1 การประเมินโรคซึมเศร้าจากอาการและอาการแสดง

การประเมินภาวะซึมเศร้าจากอาการและอาการแสดง มีการประเมินได้ 2 ประเภท คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (interviewer and observer rated scale) และการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยการประเมินตนเอง (self-report) ซึ่งมีผู้ที่พัฒนาการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยสร้างแบบประเมินเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้รับการประเมินตามทิมัทสัน (Matson, 1993) ยอนเกอร์สและแซมสัน (Yonkers and Samson, 2000) ได้รวบรวมแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ทั้ง 2 ประเภท ดังนี้

##### 3.1.1. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต มีดังนี้

1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression [Ham-D]) สร้างโดยแฮมิลตัน (Hamilton, 1960) แบบประเมินสร้างเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะแรก แบบประเมินนี้ประกอบด้วย



ข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ เน้นการประเมินในด้านอารมณ์ อาการทางกาย เช่น อ่อนล้า ปากแห้ง รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ วิตกกังวล (anxiety) หงุดหงิด กระวนกระวาย และการหยั่งรู้ (agitation and insight) ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินใจอาการซึมเศร้าของผู้รับการประเมินและต้องได้รับการฝึกมาก่อน จึงจะใช้แบบประเมินได้เหมาะสม จากการศึกษาของโอเนกา และ อับราฮัม (Onega and Abraham, 1998) พบว่าไม่สามารถประเมินโรคซึมเศร้าที่เกิดจากการรับรู้ การคิด และจิตวิญญาณได้

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมอนท์โกเมอรี และแอสเบิร์ก (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [MADRS] ) สร้างขึ้นโดยมอนท์โกเมอรี และแอสเบิร์ก (Montgomery and Asberg, 1979) แบบประเมินสร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่รุนแรงของโรคซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผลการรักษา เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ คือต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์

3.1.2 การประเมินภาวะซึมเศร้า โดยการประเมินตนเองซึ่งนิยมนำมาใช้ อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูล และสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้

1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory [BDI] ) สร้างขึ้นครั้งแรกโดยเบ็ค (Beck, 1961) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้า และอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า เน้นการประเมินด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมใช้กับบุคคลอายุตั้งแต่ 13-80 ปี แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถาม 21 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0-63 คะแนน เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นอาการทางกาย 6 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-9 คะแนน) ซึมเศร้าเล็กน้อย (10-16 คะแนน) ซึมเศร้าปานกลาง (17-23 คะแนน) และซึมเศร้ารุนแรง (24 คะแนนขึ้นไป) แบบประเมินนี้ใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นิยมใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยมาก แต่มีข้อจำกัดที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของบุคคลในช่วงอายุ ที่แตกต่างกันมาก

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung Self – Rating Depression Scale [Zung SDS] ) สร้างขึ้นโดยซุง (Zung, 1982) แบบประเมินสร้างขึ้นเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาท ควบคุมการทำงานของร่างกายและจิตใจ (psychomotor disturbance)

แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน คะแนนรวม ตั้งแต่ 0 - 80 คะแนน ข้อจำกัดของแบบประเมิน คือ ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ไม่สามารถแยกโรคซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเองและโรคซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ อีกทั้งยังขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2542)

3) แบบประเมินระดับความวิตกกังวลของภาวะซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา แบบประเมินสร้างเพื่อประเมินอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรม เน้นการประเมินด้านการรู้คิด (cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affect feelings) ด้านพฤติกรรม (behavioral manifestation) และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (somatic disturbance) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวม 0-60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า จากการศึกษาของ Weissma, Sholomskas, Pottenger, Prusoff, and Locke (1977) พบข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้น เป็นแบบเฉียบพลัน หรือเกิดจากการความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอื่น

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

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory) เนื่องจากแบบประเมินมีความเฉพาะกับกลุ่มตัวอย่างโรคซึมเศร้า มีช่วงอายุเดียวกัน อีกทั้งยังผู้วิจัยจำนวนมากนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี และมีการใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก

### 3.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (American Psychiatric Association, 1994)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ข้อบ่งชี้ หรือหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย ต้องมีอาการเหล่านี้ อย่างน้อย 5 อาการ เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และอาการเหล่านี้ต้องมีอาการซึมเศร้า และ/หรือ ขาดความสนใจยินดีกับสิ่งต่างๆ ที่เคยสนใจ ร่วมเป็นหนึ่งในอาการเหล่านี้ด้วย

3.2.1 มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ เกือบทั้งวันหรือเกือบทุกวัน โดยได้รับการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้) หมายเหตุ : ในเด็กและวัยรุ่น อาจพบเป็นลักษณะอารมณ์หงุดหงิด

3.2.2 ความสนใจหรือความสุขใจ ในกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างมาก เป็นทั้งวันหรือเกือบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่นก็ได้)

3.2.3 น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เกิดจากการควบคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (เช่น น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารจนน้ำหนักเปลี่ยนไปมาก หมายเหตุ: ในเด็ก น้ำหนักจะไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ที่ควรจะเป็น

3.2.4 นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป

3.2.5 มี psychomotor agitation หรือ retardation (จากการสังเกตของผู้อื่น ไม่ใช่เพียงความรู้สึกของผู้ป่วยว่า กระวนกระวาย หรือ ซ้ำลง)

3.2.6 รู้สึกอ่อนเพลีย ล้า หรือไม่มีแรง

3.2.7 รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุผล (อาจถึงขั้นหลงผิด)

3.2.8 สมรรถภาพหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจไม่ได้ (ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่นก็ได้)

3.2.9 คิดถึงเรื่องความตายบ่อยครั้ง คิดอยากตาย โดยไม่ได้วางแผนแน่นอนหรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

### 3.3 การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (จรัสวรรณ เทียนประภาส, และพัชรี ตันสิริ, 2536 ; Hogstel, Mildred, 1990)

3.3.1 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ที่ฝังแน่นในจิตใจ โดยการเล่าการพูด หรือการแสดงออก

3.3.2 สนับสนุนให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ด้วยการยอมรับนับถือ ให้เกียรติแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการยอมรับนับถือจากสมาชิกในครอบครัว

3.3.3 สนับสนุนให้เข้ากิจกรรมนันทนาการตามความสนใจ เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน และผ่อนคลายอารมณ์ พร้อมทั้งสร้างสัมพันธ์ภาพที่อบอุ่น ฟังพอใจให้แก่ผู้สูงอายุ

3.3.4 ใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า (Antidepressant Agent) ตามการวินิจฉัยของแพทย์ และคอยสังเกตผลข้างเคียงของยาที่มีต่อผู้สูงอายุ

3.3.5 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) ถ้าผู้สูงอายุมีอาการเศร้ามากๆ ต้องให้การรักษาด้วยยาในปริมาณที่สูง แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาด้วยไฟฟ้า แต่ผู้สูงอายุต้องไม่มี Organic Brain Syndrome และอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

#### 4 . กลุ่มบำบัดระดับประคอง ( Group Supportive Therapy )

กลุ่มบำบัดระดับประคองโดยทั่วไป หมายถึง การบำบัดแบบหนึ่งที่ใช้กลุ่ม ในการบำบัด เพื่อช่วยเหลือให้สมาชิกปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมกลุ่มบำบัด เป็นการทำงานร่วมกัน ระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกผู้ป่วยจำนวนหลายๆคน กลุ่มจะประกอบด้วย ผู้ป่วยมากกว่า 3 คนขึ้นไปมาทำงานร่วมกัน เพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกันการดำเนินกลุ่มส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการหรืออาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม การมีน้ำหนึ่งใจเดียวกันก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งมีพลังได้มากกว่าการบำบัดรายบุคคล (Nudelman, 1996; Yalom, 1995) ซึ่งการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดระดับประคอง เป็นการรักษาทางจิตใจที่ถูกกำหนดโดยวัตถุประสงค์ของการรักษา และตัวผู้ป่วย มากกว่าถูกกำหนดโดยทฤษฎี หรือวิธีการใดโดยเฉพาะ แต่เป็นการนำเทคนิคและยุทธวิธีทางจิตบำบัดจากทฤษฎี หรือหลักการทางจิตในต่างๆ มาใช้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายของการรักษา (Pinker, 1994)

การทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง ได้แนวคิดมาจากการบำบัดรายบุคคล ซึ่งมีหลากหลายทฤษฎีตามความเชื่อของผู้บำบัด และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามสถานการณ์ ทฤษฎีในการทำกลุ่มบำบัดที่นิยมใช้มีดังนี้ ( M a r r a m , 1 9 7 8 )

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) มุ่งเน้นแก้ไขความขัดแย้งของสมาชิกในระดับจิตไร้สำนึก ผู้บำบัดต้องช่วยเอื้อให้สมาชิกตระหนักในปัญหา และปรับแก้ความคับข้องใจนั้น ทำให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงสัญชาตญาณไปในทางสร้างสรรค์

2. ทฤษฎีเอกซิสเทนเชียล และเกสตัลท์ (existential and gestalt theory) เน้นความเป็นอิสระของบุคคล มีเอกลักษณ์ของตนเอง ผู้บำบัดจะต้องเอื้อให้สมาชิกตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง เมื่อสมาชิกตระหนักรู้ถึงสาเหตุของปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้

3. ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (communication theory) มุ่งเน้นการสื่อสารของสมาชิกทุกคน การสื่อสารอาจเป็นภาษาพูด หรือภาษาท่าทาง การสื่อสารจะมีทั้งทางรับสารและการส่งสาร การแปลข่าวสาร ในการส่งข่าวสารนั้นไม่ชัดเจน อาจมีการแปลความหมายของสารไปคนละทิศทาง ทำให้เกิดการเข้าใจผิดกันได้ ผู้บำบัดจะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจในข่าวสารที่ตรงกัน ซึ่งให้สมาชิกกลุ่มตระหนักในเนื้อหา ประเด็น กระบวนการที่เกิดขึ้น และการสื่อสารที่บกพร่อง เน้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการติดต่อสื่อสารที่สอดคล้องกับความคิด ความต้องการ และความรู้สึกของสมาชิก

4. ทฤษฎีพลวัต และกระแสความเคลื่อนไหวของกลุ่ม (group dynamic and group process theory) กลุ่มมีกระแสความเคลื่อนไหวตลอด การทำงานเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก จะมุ่งเน้นประเด็นปัญหาของกลุ่มมากกว่าปัญหาของแต่ละคน ผู้บำบัดต้องชี้ให้เห็นประเด็นปัญหาของกลุ่ม และให้สมาชิกร่วมกันแก้ไขปัญหากลุ่ม

5. ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (behavioral theory) มีแนวคิดที่ว่าทุกพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ในกลุ่ม สมาชิกจะเห็นและรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการให้แรงเสริมทางลบ และทางบวก นอกจากนี้ สมาชิกจะให้เห็นพฤติกรรมตัวแบบที่ดี จะทำให้สมาชิกลอกเลียนแบบ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้

6. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) มุ่งเน้นการปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์จะก่อให้เกิดอารมณ์ และพฤติกรรมแก่สมาชิก ซึ่งสมาชิกบางคนอาจเกิดความวิตกกังวล อันเป็นสาเหตุหลักสำคัญในการทำลายปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้บำบัดจะช่วยให้สมาชิกสามารถเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพมากขึ้น

#### 4 . 1 กลุ่มบำบัดระดับประคองตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

กลุ่มบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) ใช้ได้กับประชากรหลากหลายกลุ่ม ทั้งผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยฝายกายที่มีอาการเจ็บปวดและผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องเผชิญกับความตาย โดดเดี่ยว หมดหวัง มักถูกรบกวนจากความตระหนักในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้ป่วยมักหนีจากการได้รับกำลังใจ กลัวการพวากจากครอบครัว เก็บกด แยกตัวจากสังคม การเข้ากลุ่มมีเป้าหมายเพื่อคลายทุกข์ ลดความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้การสื่อสารที่ดีกับบุคคลอื่น รู้จักไว้วางใจ เรียนรู้ที่จะรัก เข้าใจในอดีตและความสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม ช่วยให้สมาชิกสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เปิดเผยตัวเอง คิดว่าตัวเองมีส่วนร่วม ไม่แยกตัวจากผู้อื่น เกิดการยอมรับและปรับตัวได้

ดังนั้นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นบุคคลที่ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ มีปัญหาเกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จึงเหมาะสมที่จะใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) ในการลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่ม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

#### 4.2 องค์ประกอบสภาพทางคลินิก

องค์ประกอบสภาพทางคลินิก(clinical setting)ลักษณะของกลุ่มบำบัดระดับประคอง ตามแนวคิดของ Yalom (1995) มี 2 ลักษณะ ได้แก่ กลุ่มแบบปิด คือ กลุ่มที่ประกอบด้วย สมาชิกกลุ่มเดิม ไม่มีการรับสมาชิกใหม่เพิ่มและสมาชิกมีการเข้ากลุ่มตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม ส่วนกลุ่มแบบเปิด หมายถึง กลุ่มที่มีสมาชิกบางคนออกไป และมีการรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทน เป็นระยะๆ กลุ่มแบบเปิดจะรักษาจำนวนสมาชิกให้เท่าเดิม การจัดกลุ่มแบบปิดหรือเปิด ขึ้นอยู่กับ ลักษณะของสมาชิกว่า เหมาะสมกับกลุ่มแบบใด ขนาดของกลุ่มบำบัด จำนวนสมาชิกไม่ควรมาก หรือน้อยเกินไป เพราะไม่เกิดผลการบำบัดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่เหมาะสม คือ 5-10 คน หากสมาชิกกลุ่มน้อยอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อการมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง ถ้าสมาชิกมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง (Yalom,1995) ระยะเวลาและความถี่ของการทำกลุ่ม บำบัด ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งควรใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ความถี่ในการเข้าร่วมกลุ่มควรจัดกลุ่มให้มากที่สุดเช่น ทำทุกวันหากทำได้ เพราะผู้ป่วยจะได้ เข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่องทำให้กลุ่มมั่นคงยิ่งขึ้น ในทางปฏิบัติส่วนมากจะทำกลุ่มประมาณ 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ (Yalom,1995; Yalom,1983)

#### 4.3 เป้าหมายของกลุ่มบำบัดระดับประคองตามแนวคิดสัมพันธภาพบุคคล

เป้าหมายของจิตบำบัดกลุ่มตามแนวคิดสัมพันธภาพบุคคล Yalom (1995) ได้เสนอ แนวคิดในการตั้งเป้าหมายของกลุ่มบำบัดดังนี้

4.3.1 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้อยู่ร่วมกันตลอดการรักษา การรักษาแบบกลุ่มถือเป็น แขนงหนึ่งของการรักษา เมื่อสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มแล้วจะทำให้ได้ประสบการณ์การรักษาที่เป็น ประโยชน์ต่อตนเอง และเกิดความรู้สึกสบายใจขึ้น มองเห็นคุณค่าของการบำบัดด้วยกลุ่ม

4.3.2 เพื่อให้สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัด เกิดการเรียนรู้ว่าการได้พูดระบายในกลุ่ม เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง และเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดปัจจัยบำบัด การมีความเป็นสากล

คือ ความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นคนเดียวที่มีปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถ ตัดความคิดเชิงลบต่อตนเองและหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองออกไปได้

4.3.3 เพื่อให้สมาชิกสำรวจปัญหา รู้ว่าอะไรคือ สาเหตุของการเกิดปัญหาและ หาแนวทางแก้ไขปัญหา เกิดการยอมรับว่าตนเองเกี่ยวข้องกัปัญหาอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ พฤติกรรมที่มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่เป็นปัญหา และเกิดประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา

4.3.4 เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก การเข้าร่วมกลุ่มจะทำให้สมาชิก ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้ข้อมูลซึ่งกันและกัน ซึ่งสามารถทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้

#### 4.4 บทบาทของพยาบาลในการบำบัด

คุณสมบัติและงานของผู้บำบัด ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้บำบัด คือ บุคลากรในทีมสุขภาพ ได้แก่ จิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้านจิตเวช พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เจ้าหน้าที่งานเทคนิคจิตเวช ซึ่งผู้บำบัดจำเป็นต้องมีการเรียนรู้ และมีการปฏิบัติ พร้อมทั้งต้องมีการลงมือเป็นผู้นำกลุ่ม และมีการนิเทศอย่างใกล้ชิดจากผู้เชี่ยวชาญ Yalom (1995) งานสำคัญของผู้บำบัด 3 ประการ ดังนี้

4.4.1 การสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม (creation and maintenance of the g r o u p ) มีงานย่อยๆ ที่ผู้บำบัดจะต้องดำเนินการคือ

1) คัดเลือกและเตรียมสมาชิกกลุ่ม ผู้บำบัดจะคัดเลือกสมาชิกที่มีความสนใจ ตั้งใจและเต็มใจในการบำบัด คัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในระยะนี้ผู้บำบัดต้องสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มให้เกิดความไว้วางใจ

2) รักษาทิศทางตามเป้าหมายกลุ่ม ผู้บำบัดจะต้องกระตุ้นให้สมาชิกพูดคุย มีปฏิสัมพันธ์กันในขอบเขต และเป้าหมายของกลุ่มที่กำหนดไว้ร่วมกัน ในระยะนี้สมาชิกในกลุ่มยังไม่รู้จักกัน ผู้บำบัดต้องทำหน้าที่สื่อสารในกลุ่ม แนะนำสมาชิกในกลุ่มได้รู้จักกัน พร้อมทั้งเข้าใจวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม

3) กระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่ม ผู้บำบัดจะทำหน้าที่เชื่อมโยงและ กระตุ้นให้สมาชิกได้พูดคุย มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแสดงความคิดเห็น เสริมสร้างกำลังใจ ให้แก่กัน สมาชิกมีส่วนร่วมในปัญหาของกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มมีพัฒนาการที่ดี เมื่อสมาชิก พูดแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะ จะทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเข้าใจตนเองดีขึ้น

#### 4.4.2 การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม (culture building)

1) บทบาทผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค ผู้บำบัดควรเป็นผู้ที่รอบรู้และเข้าใจเทคนิคการประสานความคิด โดยวิธีการโน้มน้าวจิตใจและนำกลุ่ม ในช่วงแรกๆ ให้สมาชิกร่วมกำหนดกฎระเบียบต่างๆ ในการเข้ากลุ่ม และใช้ประสบการณ์ที่ตนมีอยู่กระตุ้นให้สมาชิกร่วมทำ ความตกลงกัน และชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะได้รับการทำข้อตกลงร่วมกัน โดยผู้บำบัดจะนำกลุ่มไป ในทางที่เหมาะสม

2) บทบาทตัวแบบการมีปฏิสัมพันธ์ ผู้บำบัดจะเป็นตัวแบบในการสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการเลียนแบบจากความใกล้ชิด และเชื่อถือไว้วางใจ ผู้บำบัดแสดงบทบาทของการเปิดเผยตัวเองภายในกลุ่ม ยอมรับฟังสมาชิกคนอื่นๆ โดยไม่ วิจารณ์วิจารณ์พฤติกรรมของบุคคลอื่น ให้การยอมรับในพฤติกรรม มีส่วนแสดงความคิดเห็น ให้ความช่วยเหลือกลุ่ม เพื่อแสดงความเป็นตัวแบบให้สมาชิกกลุ่มได้เลียนแบบ

4.4.3 การทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงกระแสกลุ่มขณะนั้น (activation and process illumination) ในการทำกลุ่ม ผู้บำบัดควรเน้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันที่เกิดขึ้น ขณะนั้น ใช้แนวคิด “ที่นี่เดี๋ยวนี้” (here and now) โดยไม่คำนึงถึงเรื่องราวในอดีต เน้นให้ สมาชิกได้แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อตนเอง และบุคคลอื่นขณะอยู่ในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิก นำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงของตนเองได้

บทบาทพยาบาลในการเป็นผู้บำบัดนั้น ต้องหมั่นพากเพียรหาความรู้เพิ่มเติม โดยการ ฝึกอบรมการฟังคำบรรยาย การอ่านตำรา หรือจากอาจารย์ผู้ควบคุม แนะนำ ต้องรู้จักทฤษฎี ในขั้นพื้นฐาน และรู้เทคนิคในการดำเนินการ เช่น วิธีการฟัง การเข้าใจผู้ป่วยและการตอบสนอง ต่อผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นนักจิตบำบัดที่ดี กล่าวคือ มีจิตใจที่สมประกอบ ไม่มีปัญหา ทางจิตที่เป็นผลเสียในการทำกลุ่มบำบัด มีจิตใจสงบ มีความกังวลน้อย คบกับผู้อื่นได้ยั่งยืน รู้จัก ผู้อื่นและยอมให้ผู้อื่นรัก มีความน่าเชื่อถือ เป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย จริงใจ ยอมรับผู้อื่น ไม่ประเมินค่าของคน ซึ่งคุณลักษณะที่กล่าวมานั้นมีผลโดยตรงต่อการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง ให้บรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (สมพร บุชราทิจ, สุภโชค สิงห์กันต์, และสนทรรศ บุชราทิจ, 2544)

### 4.5 พัฒนาการกลุ่ม

พัฒนาการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) แบ่งพัฒนาการกลุ่มเป็น 3 ระยะคือ

4.5.1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (initiating phase) ระยะนี้เป็นการสื่อสาร เชิงสร้างสัมพันธภาพ ทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย ด้วยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์



กฎกติกา หน้าที่ของสมาชิกกลุ่ม วิธีการดำเนินกลุ่ม ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รู้จัก คำนึงถึงกัน ไว้วางใจกัน รู้สึกผูกพัน เข้าใจตรงกันกับผู้นำบาดทำให้เกิดความร่วมมือนำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย สร้างแรงจูงใจและกระตุ้นสมาชิกมีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม

4.5.2 ระยะเวลาทำงานร่วมกัน (working phase) ผู้นำบาดกำหนดประเด็นในการสนทนาแล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึก กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความผูกพันเป็นหนึ่งเดียว มองเห็นคุณค่าของกันและกัน และตั้งใจที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้นำบาดต้องสังเกต และตระหนักถึงพฤติกรรมบางอย่างของสมาชิกที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม ผู้นำบาดต้องเข้าใจ และแก้ไขปัญหาเพื่อให้กลุ่มดำเนินต่อไป ผู้นำบาดต้องควบคุมและยึดมั่นในกระแสของกลุ่มเข้าใจกลไกทางจิตของแต่ละคน หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หาแนวทางแก้ไขเพื่อป้องกันความขัดแย้ง และมุ่งมั่นที่จะดำเนินกลุ่มให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

4.5.3 ระยะเวลายุติกลุ่ม (terminal phase) เป็นระยะที่สมาชิกจะแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม สังเกตได้จากความรู้สึกร่วมกันของกลุ่ม ความมุ่งมั่นของกลุ่มตามเป้าหมาย ความร่วมมือและการประสานงานภายในกลุ่ม การช่วยเหลือประคับประคองกัน ความสามัคคีในกลุ่มสมาชิกแสดงออกด้วยการเปิดเผยตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากมีความไว้วางใจกลุ่ม ผู้นำบาดต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพกลุ่มด้วยการแจ้งกำหนดการยุติกลุ่ม แจ้งความก้าวหน้าของกลุ่มการบรรลุวัตถุประสงค์ และตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพ กระตุ้นให้สมาชิกหาแนวทางดำเนินชีวิตหลังจากสิ้นสุดการทำกลุ่ม ให้โอกาสสมาชิกพูดความรู้สึก ความประทับใจต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม

## 4.6 ปัจจัยบำบัด

ปัจจัยบำบัด Yalom (1995) กล่าวว่า กลุ่มบำบัดช่วยให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเนื่องจาก 11 ปัจจัยบำบัด เป็นกลไกทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม ปัจจัยบำบัดจะค่อยๆ พัฒนา ส่งเสริม และสนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ มีรายละเอียดดังนี้

4.6.1 การรับรู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น (altruism) เป็นกระบวนการที่สมาชิกมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกอื่นๆ

มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือ และเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง และเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นในฐานะผู้ให้

4.6.2 การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การเข้ากลุ่มสม่ำเสมอ ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความหมายต่อกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวหมดไป

4.6.3 การมีความเป็นสากล (universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าตนเองนั้นมิได้มีปัญหาค้นเดียว ทุกคนมีปัญหาเช่นกัน เป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างจากคนอื่น ความรู้สึกที่ตนเองมีทุกข์อยู่คนเดียวจะลดลง รู้สึกสบายใจขึ้น และเกิดความรู้สึกใหม่ที่ไม่ได้อยู่คนเดียวในโลก แต่ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และปัญหาเช่นเดียวกัน

4.6.4 การเรียนรู้มนุษย์สัมพันธ์ (interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น รู้ว่าตนเองแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรกับตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าตนเองเป็นอย่างไรและนำไปปรับปรุงให้ดีขึ้น ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น ลดความวิตกกังวลเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความเชื่อถือไว้วางใจผู้อื่น

4.6.5 การให้ข้อมูล (imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็น การแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิก หรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้อาจเป็นความจริงและกระจ่างชัด การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นมากที่ต้องให้ในระยะแรกของการทำกลุ่มเพื่อเป็นการเตรียมกลุ่ม และสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกลุ่ม

4.6.6 การได้ระบายออก (catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้พูดระบาย (ventilate) และแสดงอารมณ์ต่างๆ ทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีออกมาให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางใจสูง สมาชิกจะได้พูดระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูง การได้ระบายออก จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ คลายกังวล ทำให้เข้าใจชีวิต และมีพัฒนาการด้านจิตใจ และอารมณ์ในทางที่ดี พร้อมทั้งมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาชีวิตได้

4.6.7 การเลียนแบบพฤติกรรม (imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีโอกาสเรียนรู้ และเลียนแบบพฤติกรรมของผู้อื่นที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่ม และสมาชิก ทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองได้ แต่ถ้าสมาชิกทำตามผู้อื่นโดยไม่รู้ว่าเป็นใครอาจทำให้เกิดความสับสนได้

4.6.8 การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (the corrective recapitulation of the primary family group member) กลุ่มเป็นสถานการณ์จำลองคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวของสมาชิก ซึ่งทำให้สมาชิกแสดงต่อกลุ่มคล้ายกับแสดงในครอบครัวของตนเอง

ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิก ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และแก้ไขพฤติกรรม

4.6.9 การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing or interpersonal learning output) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น เรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น ซึ่งมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

4.6.10 การรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้ หหมดความหวังในชีวิต ได้รับกำลังใจ จากการเห็นว่าผู้อื่นก็มีปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิตที่ต้องเผชิญ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายมากขึ้น สมาชิกมองโลกในแง่ดี และเชื่อว่าตนเองจะดีขึ้น เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้

4.6.11 การได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต (existential factor) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้ตระหนักถึงปัญหาบางอย่าง เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ปัญหาบางอย่างผู้อื่นสามารถช่วยได้ แต่ปัญหาบางอย่างก็ต้องเผชิญตามลำพัง และถ้าปัญหานั้นแก้ไขไม่ได้ต้องปล่อยไป ซึ่งทำให้สมาชิกทุกคนสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคได้ เกิดความเชื่อมั่น ความพึงพอใจในตนเอง สมาชิกดำรงอยู่ได้ด้วยความสุข ดังนั้นความรู้สึกต่ำต้อยเสียใจ ท้อแท้ลดลงหรือหมดไป

## 5 ผลของกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มักมีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ สมองลดลง ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ละเลยการดูแลตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เบื่อชีวิต มีความคิดอยากตาย Newton (1984) กล่าวว่า ผู้สูงอายุควรได้เข้ากลุ่มบำบัดระดับประคอง เพื่อเป็นการป้องกันรักษาขั้นต้น ช่วยไม่ให้ผู้สูงอายุมีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น และส่งผลต่ออัตราการฆ่าตัวตาย

โดยลักษณะของกลุ่มบำบัดระดับประคอง จะส่งผลต่อการรับรู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น (altruism) เป็นกระบวนการที่สมาชิกมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกอื่นๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของผู้อื่นมากกว่าตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านมองเห็นคุณค่าของตนเอง และเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้น ในฐานะผู้ให้, การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความหมายต่อกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน

ทำให้ความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวหมดไป, การมีความเป็นสากล (universality) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ตระหนักว่าตนเองนั้นมีได้มีปัญหาคณะเดียว ทุกคนมีปัญหาเช่นกัน ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างจากผู้อื่น ความรู้สึกที่ตนเองมีทุกข์อยู่คนเดียวจะลดลง รู้สึกสบายใจขึ้น และเกิดความรู้สึกใหม่ที่ไม่ได้อยู่โดดเดี่ยวในโลก แต่ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และปัญหาเช่นเดียวกัน

การเข้ากลุ่มทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้เรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ (interpersonal learning) การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น รู้ว่าตนเองแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรกับตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น ลดความวิตกกังวล เปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความเชื่อถือว่าวางใจผู้อื่น, การให้ข้อมูล (imparting of information) เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก หรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ต้องเป็นความจริงและกระจ่างชัด การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นมากที่สุดให้ในระยะแรกของการทำกลุ่มเพื่อเป็นการเตรียมกลุ่ม และสร้างความไว้วางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อกลุ่ม, การได้ระบายออก(catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้พูดระบาย (ventilate) และแสดงอารมณ์ลึกๆ ทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีออกมาให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางใจสูง สมาชิกจะได้พูดระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูงด้วย การได้ระบายออกจะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ คลายกังวล ทำให้เข้าใจชีวิต มีพัฒนาการด้านจิตใจ และอารมณ์ ในทางที่ดีพร้อมทั้งมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาชีวิตได้, การเลียนแบบพฤติกรรม (imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้มีโอกาสเรียนรู้ และเลียนแบบพฤติกรรม ของผู้อื่นที่ตนพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่ม และสมาชิกในกลุ่ม ทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองได้

นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีการพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing or interpersonal learning output) การเข้ากลุ่มทำให้มีโอกาสในการพัฒนาทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น เรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีความเชื่อถือว่าวางใจบุคคลอื่น เมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป, การรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เคยท้อแท้หมดความหวังในชีวิต ได้รับกำลังใจ จากการเห็นว่า ผู้อื่นก็มีปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิตที่ต้องเผชิญ ทำให้รู้สึกชีวิตมีความหมายมากขึ้น มองโลกในแง่ดี และเชื่อว่าตนเองจะดีขึ้นเกิดความหวังขึ้นมาใหม่ ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้, การได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต (existential factor) การเข้ากลุ่มช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าตระหนักถึงปัญหาบางอย่าง เข้าใจธรรมชาติของชีวิต ว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ปัญหาบางอย่างผู้อื่นสามารถช่วยได้ แต่ก็มีปัญหาบางอย่างที่ต้องเผชิญตามลำพัง และถ้าปัญหานั้น

แก้ไขไม่ได้ต้องปล่อยไป ซึ่งทำให้สมาชิกทุกคนสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคได้ เกิดความเชื่อมั่นและความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อยเสียใจ ท้อแท้ลดลงหรือหมดไป สมาชิกดำรงอยู่ได้ด้วยความสุข ซึ่งทั้งหมดของปัจจัยบำบัดจากการทำกลุ่มบำบัดระดับประคองสามารถส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้

6

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รัชนิบูล เศรษฐภูมิวิรินทร์ และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย (2542) การทำกลุ่มระดับประคองต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราบ้านบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น มีรูปแบบของการจัดโปรแกรมกลุ่มระดับประคองเป็นการระบายปัญหาพร้อมกัน พบว่าระดับความซึมเศร้าความวิตกกังวลในผู้สูงอายุลดลง จากการมีปฏิสัมพันธ์กันก่อให้เกิดการตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง และนำไปสู่การปฏิบัติช่วยเหลือตนเองได้ มีการปรับปรุงการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นให้เหมาะสมขึ้น

จากการศึกษาของBadger (1996) พบว่า การได้รับกลุ่มบำบัดระดับประคองและจิตศึกษาทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคดีขึ้น และได้รับการสนับสนุนระดับประคองด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ

ไกรวรรณ เจริญกุล (2539) ศึกษาการจัดกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง และให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท พบว่าเกิดปัจจัยบำบัดที่สำคัญหลายลักษณะ อาทิเช่น ความรู้สึกมีคุณค่า มีความหวัง การยอมรับ การมีความรู้สึกเป็นสากล

ศรีวรรณ ต้นสิริ (2535) ศึกษาผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

Agapetus (1994) ศึกษาในกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยนอกที่มีปัญหาในการหายใจ พบว่าความหวังคือปัจจัยบำบัดที่สำคัญที่เกิดขึ้น และทำให้กลุ่มมีชีวิต

กัลยา ไม้เกาะ (2537) ศึกษาผลของกลุ่มการบำบัด ต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง พบว่าเกิดปัจจัยบำบัดหลายประการ เช่น การรู้สึกมีความหวัง การได้ระบายออก การมีความเป็นสากล

นาตยา วงศ์เหล็กภัย (2532) ศึกษาผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ ที่มีต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น พบว่า นักศึกษาที่เข้าร่วมประสบการณ์กลุ่มจิตสัมพันธ์ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่า นักศึกษาที่อยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

ยุทธการ ไสเมือง (2544) ศึกษาผลการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดขอนแก่น พบว่าเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดซ้ำหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ มีคะแนนการเห็นคุณค่า

ในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และค่าคะแนนสูงกว่าเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดซ้ำที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์

สุดคณิง ฤทธิฤาชัย(2541) ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองของมารดาที่ดูแลบุตรตามลำพัง พบว่ามีปัจจัยบำบัดที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นคือ การรู้สึกมีความหวัง การมีความรู้สึกเป็นสากล การพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม

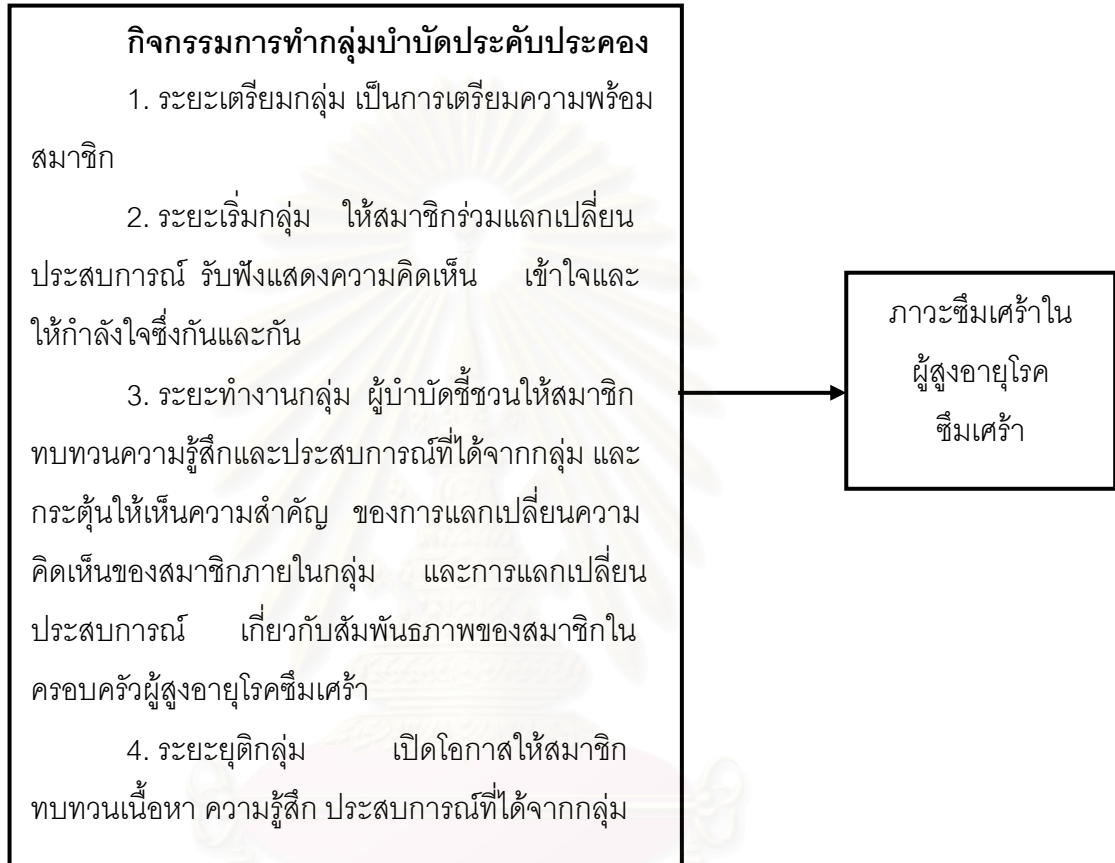
สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) ศึกษาผลของการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษาพบว่าปัจจัยบำบัดที่พบมากที่สุดคือ การรู้สึกมีความหวัง รองลงมาคือ การมีความเป็นสากล การผูกจิตใจต่อกัน

Pollack (1990) ศึกษาการใช้กลุ่มจิตบำบัด ในผู้ป่วยโรคจิตทางอารมณ์แบบสองขั้ว พบว่าจิตบำบัดทำให้สมาชิกมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ช่วยเหลือกันมีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

Klose and Tinus (1992) กล่าวว่าสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน จะเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น การมีสัมพันธภาพซึ่งกันและกันนั้น จัดเป็นการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามหน้าที่ (functional self – esteem) ซึ่งเกิดจากการประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลรอบข้างในสังคม

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

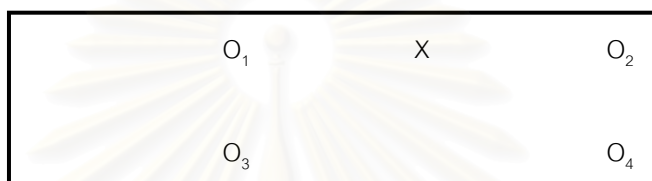
การใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง ตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Yalom (1995)



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษากลุ่มงานจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ เป็นการศึกษาแบบ 2 กลุ่มที่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - posttest control group design โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้



(Polit & Hungter, 1997)

- $O_1$  หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนได้รับกลุ่มบำบัดระดับประคอง
- $O_2$  หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับกลุ่มบำบัดระดับประคอง
- $O_3$  หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนการทดลอง
- $O_4$  หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ หลังการทดลอง
- X หมายถึง โปรแกรมการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ช่วงอายุ 60 – 75 ปี และได้รับการวินิจฉัยเป็น Major Depressive Disorder ที่เข้ารับการรักษากลุ่มงานจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก



**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุ (60 - 75 ปี) โรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยคัดเลือกผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

1. ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก โดยใช้แบบประเมินความซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory : BDI) ก่อนการได้รับการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง)

2. อายุระหว่าง 60 - 75 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก
4. ไม่มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน
5. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การพูดและการใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร
6. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ

#### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ที่เหมาะสมของการวิจัย กึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากในการวิจัยกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจาย เป็นโค้งปกติ และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burns and Grove, 1993) ดังนั้นผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน ประกอบด้วย กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยกลุ่มทดลอง 20 คน มีการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม เฉลี่ยกลุ่มละ 10 คน เพื่อให้เกิดความเหมาะสม ในการทำกลุ่มบำบัดระดับประคองของกลุ่มตัวอย่าง (Yalom, 1995) และความเป็นไปได้สำหรับการวิจัยครั้งนี้

#### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 ระยะเวลาเตรียมการ ผู้วิจัยรวบรวม สร้างและทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ฝึกทักษะความชำนาญในการทำกลุ่มบำบัด ระดับประคองกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ขั้นที่ 2 ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) และทำการประเมินภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนทำการทดลอง

ขั้นที่ 3 ระยะดำเนินการทดลอง

### 3.1 ระยะเริ่มกลุ่ม (ครั้งที่ 1 – 2)

ครั้งที่ 1 วันจันทร์ที่ 29 พฤศจิกายน 2547 และวันพุธที่ 1 ธันวาคม 2547

ครั้งที่ 2 วันจันทร์ที่ 6 ธันวาคม 2547 และวันพุธที่ 8 ธันวาคม 2547

### 3.2 ระยะเริ่มกลุ่ม (ครั้งที่ 3 – 5)

ครั้งที่ 3 วันจันทร์ที่ 13 ธันวาคม 2547 และวันพุธที่ 15 ธันวาคม 2547

ครั้งที่ 4 วันจันทร์ที่ 20 ธันวาคม 2547 และวันพุธที่ 22 ธันวาคม 2547

ครั้งที่ 5 วันจันทร์ที่ 27 ธันวาคม 2547 และวันพุธที่ 29 ธันวาคม 2547

### 1.1 ระยะยุติกลุ่ม (ครั้งที่ 6)

ครั้งที่ 6 วันจันทร์ที่ 3 มกราคม 2548 และวันพุธที่ 5 มกราคม 2548

ขั้นที่ 4 ขั้นประเมินผลการทดลอง หลังสิ้นสุดการทำกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ 1 สัปดาห์ มีการประเมินภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือวันจันทร์ที่ 10 มกราคม 2548 และวันพุธที่ 12 มกราคม 2548 ตามลำดับ

## วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการจับฉลากเลือกวันที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มารับการตรวจรักษาในกลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก (จันทร์, พุธ, ศุกร์) จำนวน 3 วัน โดยจัดให้ 2 วันแรกที่จับฉลากได้เป็นกลุ่มทดลอง และ 1 วันหลังเป็นกลุ่มควบคุม

2. ทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกกลุ่มทดลอง ในวันจันทร์และพุธของสัปดาห์ จนครบจำนวนที่ต้องการ คือ 20 คน มีความเต็มใจในการเข้าร่วมวิจัย และวันศุกร์ของสัปดาห์ทำการคัดเลือกกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการเลือกและการสุ่มตัวอย่างแบบเดียวกับกลุ่มทดลอง จนครบจำนวน 20 คน

3. จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched pair) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น โดยให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ทำการคัดเลือกจนครบ 20 คู่ ตามเพศสถานภาพสมรส กล่าวคือ เพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย เป็น 2 เท่า (Sheila, 2001) สถานภาพการสมรส (การหย่าร้างหรือการเสียชีวิตของคู่สมรส จะส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้า ในแง่ของ

การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม) ซึ่งตัวแปรทั้งสองเป็นปัจจัยทำนาย และปัจจัยกระตุ้นที่มีอิทธิพลต่อโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Mazure... [et al], 2000; Norman, 1997)

4. เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คน ทำการประเมินภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม ก่อนทำการทดลอง จากนั้นนัดหมายกลุ่มทดลองเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ในการทำกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่มๆกลุ่มละ 10 คน และทำการนัดหมายโดยให้กลุ่มแรก ทำการทดลองในวันจันทร์ และกลุ่มที่ 2 ทำการทดลองวันพุธ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชุด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการชักกลุ่มบำบัดระดับประคอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่
  - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
  - 2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการชักกลุ่มบำบัดระดับประคอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามจากแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Yalom (1995) โดยผสมผสานแนวความคิดสัมพันธภาพภายในครอบครัว ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการชักกลุ่มบำบัดระดับประคอง ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

### การพัฒนาเครื่องมือ

1.1 ศึกษา ทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎีการชักกลุ่มบำบัดระดับประคองของ Yalom (1995) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

1.2 กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรมตามแนวคิดของ Yalom (1995) ประกอบด้วย การดำเนินกลุ่ม การกำหนดเป้าหมาย การกำหนดบทบาทหน้าที่ข้อตกลงร่วมกัน การแสดงความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ รับฟังความคิดเห็น กระตุ้นให้เกิดการสะท้อนกลับ ในลักษณะระดับประคองกัน ให้คำแนะนำกัน กระตุ้นให้เห็นถึงความสำคัญของการอยู่ร่วมกันในกลุ่ม เคารพในเหตุผลซึ่งกันและกัน ให้เกียรติกัน และสามารถนำสิ่งที่ได้ จากการเข้ากลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ โดยนำแนวคิดต่างๆที่ศึกษาค้นคว้ามาร่วมปรึกษากับอาจารย์ที่

ปริกษาวิทยานิพนธ์ กำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของโปรแกรม ให้ครอบคลุมประเด็นการ  
สร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัวและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1.3 กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมให้ครอบคลุม เรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคล  
สัมพันธภาพภายในครอบครัวและโรคซึมเศร้า

1.4 สร้างรายละเอียดเกี่ยวกับ การใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองสำหรับผู้สูงอายุ  
โรคซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งหมด 5 ครั้ง รวม  
ระยะเวลาการจัดกิจกรรม 6 สัปดาห์ โดยการจัดกิจกรรมเป็นกลุ่ม กิจกรรมประกอบด้วย  
การเข้าร่วมกลุ่มบำบัดระดับประคอง ตามแนวคิดสัมพันธภาพของบุคคลของ Yalom (1995)  
สัมพันธภาพภายในครอบครัวและความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยประยุกต์ทฤษฎีสัมพันธภาพ  
ระหว่างบุคคลเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย  
ด้วยโรคซึมเศร้า มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์  
เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองและผู้อื่น สมาชิกได้มีการทบทวนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย  
ด้วยโรคซึมเศร้า สมาชิกได้รับรู้ถึงความเหมือนและต่างของความรู้สึกของผู้อื่นต่อการเจ็บป่วยจาก  
การแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ประโยชน์คาดว่าจะเกิดขึ้นจากกิจกรรม คือ สมาชิกเกิดการรับรู้ที่ตนเองมี  
ประโยชน์ต่อผู้อื่น (altruism) สามารถทำให้รับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น , การมี  
ความเป็นสากล (universality) สมาชิกรับรู้ที่ทุกคนมีปัญหเหมือนกันทุกคน , การเรียนรู้มนุษย์  
สัมพันธ์ (interpersonal learning) เป็นผลจากการเข้าร่วมกลุ่ม สมาชิกมีสังคมจำลอง และได้  
พัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ภายใต้ขอบเขตที่เป็นที่ยอมรับของสังคม ,  
การได้ระบายออก (catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้พูดระบายและแสดงอารมณ์  
ทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดี ส่งผลให้มีการเปิดเผยตนเองแก่กลุ่ม และทำให้สมาชิกมีรู้สึกสบายใจ  
คลายกังวล เข้าใจชีวิต และมีพัฒนาการทางด้านจิตใจ , การให้ข้อมูล (imparting of information)  
ส่งผลให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และสมาชิกมีโอกาสได้ระดับประคอง  
ความรู้สึกของกันและกัน

กิจกรรมที่ 2 พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับผลกระทบของโรคซึมเศร้า  
ต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่น  
ในแงุ่มที่ได้รับจากครอบครัว เปรียบเทียบกับตนเอง

ประโยชน์คาดว่าจะเกิดขึ้นจากกิจกรรม คือ การมีความเป็นสากล (universality)  
สมาชิกในกลุ่มรับรู้ที่ทุกคนมีปัญหเหมือนกันทุกคน และปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลกระทบต่อ  
ผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเมื่อเกิดปัญหาขึ้นย่อมมีทางแก้ไขได้ , การได้ระบายออก

(catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้พูดระบายและแสดงอารมณ์ ส่งผลให้มีการเปิดเผยตนเองแก่กลุ่ม และทำให้สมาชิกมีรู้สึกสบายใจ คลายกังวล เข้าใจชีวิต และมีพัฒนาการทางด้านจิตใจ , สมาชิกเกิดการได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต (existential factor) ซึ่งการเล่าถึงประสบการณ์ของสมาชิกภายในกลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักถึงปัญหา เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่า บางครั้งก็สมหวังบางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ปัญหาบางอย่างผู้อื่นสามารถช่วยได้ แต่ปัญหาบางอย่างต้องเผชิญตามลำพัง และถ้าปัญหานั้นแก้ไขไม่ได้ต้องปล่อยให้ผ่านไป ทำให้ความรู้สึกเสียใจ ท้อแท้ หดไป

กิจกรรมที่ 3 พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสัมพันธภาพของสมาชิก ในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และปัญหาที่เกิดขึ้น

ประโยชน์คาดว่าจะเกิดขึ้นจากกิจกรรม คือ การมีความเป็นสากล (universality) สมาชิกในกลุ่มรับรู้ว่าคุณคนมีปัญหาเหมือนกันทุกคน ทั้งเกิดจากตนเอง และครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นย่อมมีทางแก้ไขได้ การพูดคุยระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มนั้นจะเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา, การได้ระบายออก (catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้พูดระบาย เกี่ยวกับสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีการเปิดเผยตนเองแก่กลุ่ม และทำให้สมาชิกมีรู้สึกสบายใจ คลายกังวล เข้าใจชีวิต และมีพัฒนาการทางด้านจิตใจ สมาชิกเกิดการได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต (existential factor) การเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับสัมพันธภาพภายในครอบครัวของสมาชิกภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกได้ตระหนักถึงปัญหา เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าทุกคนย่อมมีปัญหา ปัญหาบางอย่างผู้อื่นสามารถช่วยได้ แต่ปัญหาบางอย่างต้องเผชิญตามลำพัง และถ้าปัญหานั้นแก้ไขไม่ได้ต้องปล่อยให้ผ่านไป ทำให้ความรู้สึกเสียใจ ท้อแท้ หดไป

กิจกรรมที่ 4 พูดคุยแลกเปลี่ยนแนวทางในการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ประโยชน์คาดว่าจะเกิดขึ้นจากกิจกรรม คือ เกิดการเลียนแบบพฤติกรรม (imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีโอกาสเรียนรู้ และเลียนแบบพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม หรือผู้นำกลุ่ม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองได้ , มีการพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม (development of socializing) การพูดคุยแลกเปลี่ยนแนวทางในการปฏิบัติตัว ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น เรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น , เกิดความรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope) การพูดคุยแลกเปลี่ยนแนวทางในการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้ หดหวังในชีวิต เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มองโลกในแง่ดี และเชื่อว่าตนเองจะดีขึ้น มีกำลังใจในการต่อสู้

## กิจกรรมที่ 5 พุดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเผชิญกับโรคซึมเศร้า และแนวทางการแก้ไข

ประโยชน์คาดว่าจะเกิดขึ้นจากกิจกรรม คือ เกิดการแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (the corrective recapitulation of the primary family group member) การพุดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเผชิญกับโรคซึมเศร้า และแนวทางการแก้ไขภายในกลุ่มนั้น ทำให้สมาชิกภายในกลุ่มได้เรียนรู้ปัญหา แนวทางการแก้ไข และเกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการดำรงชีวิตทั้งของตนเองและครอบครัว สมาชิกเกิดการได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต (existential factor) การเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับสัมพันธภาพภายในครอบครัวของสมาชิกภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกได้ตระหนักถึงปัญหา เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าทุกคนย่อมมีปัญหา ทำให้ความรู้สึกละเอียด

ข้อแก้

หมดไป

### การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ

**ความตรงเชิงเนื้อหา** (Content Validity) โดยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน เพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 3 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน โดยมีความเห็นในระดับความคิดเห็น 3 และ 4 ในแต่ละข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด โดยทดลองกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 3 – 5 คน เพื่อประเมินโปรแกรม และทดสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) เพื่อความชัดเจนของภาษา และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

แล้วนำไปใช้จริง

2.1 แบบสอบถามส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ที่อยู่เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ประวัติสุขภาพในอดีตและปัจจุบัน ประวัติโรคประจำตัว และข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory [BDI]) 21 ข้อ สร้างขึ้นครั้งแรกโดยเบ็ค (Beck, 1961) ซึ่งผู้วิจัยแปลแบบประเมินเพื่อนำมาใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า

### การพัฒนาเครื่องมือ

2.2.1 ศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการนำเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ไปใช้ทั้งในและต่างประเทศ

2.2.2 ศึกษาเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck

2.2.3 นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ที่แปลจาก Beck Depression Inventory [BDI] ของ Beck เป็นภาษาไทยและดัดแปลงรูปแบบของข้อคำถามให้มีรูปแบบที่ชัดเจน เข้าใจง่าย มาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับแก้ภาษาที่ใช้

แบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้า และอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า เน้นการประเมินด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมใช้กับบุคคลอายุตั้งแต่ 13 - 80 ปี แบบประเมินนี้มีความสะดวกในการนำมาใช้ และสามารถประเมินซ้ำได้ มีผู้นิยมใช้ในการพัฒนางานวิชาการและงานวิจัย มีข้อจำกัดในการประเมินในภาวะซึมเศร้า ในช่วงอายุที่มีความแตกต่างกันมาก

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 63 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

- 1) ข้อคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-15
- 2) เป็นอาการทางกาย 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16 - 21

### การคิดค่าคะแนน

คะแนน	ระดับภาวะซึมเศร้า
0 - 9	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
10 -16	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
17 - 23	ภาวะซึมเศร้าปานกลาง
24 คะแนนขึ้นไป	ภาวะซึมเศร้ารุนแรง

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ที่ผ่านการแปลเป็นภาษาไทย ดัดแปลงรูปแบบข้อคำถาม และขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความถูกต้อง ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา จำนวน 3 ท่าน อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน (ดังรายชื่อที่แสดงในภาคผนวก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่แปลและดัดแปลง รวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบการให้คะแนนความคิดเห็นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษา และการจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 – 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด คิดเป็น 4 คะแนน ,ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้แบบประเมินแต่ละข้อ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ในการหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราวกร, 2542)

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

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้เท่ากับ .95 ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ด้านภาษา



2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 40 คน ในวันที่ 8 -10 พฤศจิกายน 2547 และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง ก่อนที่จะนำไปใช้จริง โดยนำมาปรับแก้ ข้อที่ 11 เกี่ยวกับความรู้สึกหงุดหงิด โดยมีการปรับข้อความให้ชัดเจนมากขึ้น

### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุของ Coopersmith Self – esteem Inventory 1984 Adult form แปลและดัดแปลงโดย นาทยา วงศ์หลีกภัย (2532) ประกอบด้วยคำถามที่มีความหมายทั้งด้านบวก และด้านลบจำนวน 25 ข้อ เพื่อประเมินความสำนึกในคุณค่าแห่งตน 3 ด้าน ดังนี้ คือ ด้านทั่วไปจำนวน 14 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ ด้านครอบครัวจำนวน 6 ข้อ

จำนวนข้อคำถาม 25 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก 8 ข้อ คำถามที่มีความหมายด้านลบมี 17 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ มีค่าคะแนนในแต่ละข้อตั้งแต่ 1 ถึง 6 การตอบแบบสอบถามมีการให้คะแนนตามหลักเกณฑ์ดังนี้

ข้อความที่ให้ ความหมายทางบวก				ข้อความที่ให้ ความหมายทางลบ			
มากที่สุด	ให้	6	คะแนน	มากที่สุด	ให้	1	คะแนน
มาก	ให้	5	คะแนน	มาก	ให้	2	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	4	คะแนน	ค่อนข้างมาก	ให้	3	คะแนน
ค่อนข้างน้อย	ให้	3	คะแนน	ค่อนข้างน้อย	ให้	4	คะแนน
น้อย	ให้	2	คะแนน	น้อย	ให้	5	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน	น้อยที่สุด	ให้	6	คะแนน

การแปลผลคะแนนของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ระหว่าง 25 – 150 คะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยกำหนดเกณฑ์จากพิสัยออกเป็น 6 ระดับ คือ (กานดา พูนลาภทวี, 2539)

คะแนน 129.20 – 150.00	หมายถึง	ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากที่สุด
คะแนน 108.36 – 129.19	หมายถึง	ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก
คะแนน 87.52 – 108.25	หมายถึง	ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในค่อนข้างมาก
คะแนน 66.68 – 87.51	หมายถึง	ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในค่อนข้างน้อย
คะแนน 45.84 – 66.67	หมายถึง	ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในน้อย
คะแนน 25.00 – 45.83	หมายถึง	ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในน้อยที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุของ Coopersmith Self – esteem Inventory 1984 Adult form แปลและดัดแปลงโดย นาทยา วงศ์เหล็กภัย (2532) ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 40 คน ซึ่งไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

### วิธีการดำเนินการ

#### ระยะเตรียมการ

1. ผู้วิจัยรวบรวม สร้าง และทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมก่อนการทำการวิจัย โดยศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายระดับรอง ประคอง ปรึกษาอาจารย์ มีการฝึกทักษะความชำนาญในการทำกลุ่มเป้าหมายระดับรองกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยประสานงานกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อฝึกความชำนาญทั้งบทบาทผู้สังเกตการณ์ ผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์ ภายใต้การนิเทศของอาจารย์ที่ปรึกษา และพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสบการณ์ และความชำนาญในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับรองเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะ และไปปรับปรุงในการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยผ่านกลุ่มงานการพยาบาล และคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ภายหลังได้รับอนุญาต จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายละเอียดที่เกี่ยวกับขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการวิจัย โดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้วิจัยแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างทุกราย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อผู้สูงอายุและคำตอบ หรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น โดยระหว่างการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และการกระทำดังกล่าวไม่มีผลแต่อย่างใดต่อผู้สูงอายุ

### ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยไปที่กลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกเพื่อทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ในระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2547 ถึง 12 พฤศจิกายน 2547 มีขั้นตอนการคัดเลือก ดังนี้คือผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแผนกเวชระเบียน โดยผู้ป่วยมีนัดเข้ารับการรักษาในกลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน

2. เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวน กลุ่มละ 20 คน ทำการประเมินภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ทั้ง 2 กลุ่มก่อนทำการทดลอง จากนั้นนัดหมายกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ ในการทำกลุ่ม ชี้แจงขั้นตอน วัตถุประสงค์ และการดำเนินการทดลอง โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน และทำการนัดหมาย โดยให้กลุ่มแรกทำการทดลองในวันจันทร์ และกลุ่มที่ 2 ทำการทดลองในวันพุธ

## ระยะเวลาทดลอง

### 1. ระยะเวลาเริ่มกลุ่ม (ครั้งที่ 1 – 2)

- 1.1 ให้สมาชิกทบทวนทราบบทความหมาย วัตถุประสงค์ การดำเนินกลุ่ม
- 1.2 ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกำหนดเป้าหมายร่วมกัน กระตุ้นให้กำหนดบทบาทหน้าที่, ข้อตกลงร่วมกัน กระตุ้นให้สมาชิกปฏิสัมพันธ์กัน ได้พูดแสดงความต้องการ แสดงความรู้สึก และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รับฟังความคิดเห็น เข้าใจ และให้กำลังใจกันและกัน ดังนี้
  - 1.2.1 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า(กิจกรรมที่1)
  - 1.2.2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุและครอบครัว (กิจกรรมที่ 2)

### 2. ระยะเวลาดำเนินกลุ่ม (ครั้งที่ 3 – 5)

- 2.1 ผู้วิจัยชี้ชวนให้สมาชิก ทบทวนความรู้สึกและประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่มทุกครั้งเริ่มทำกลุ่ม
- 2.2 ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กระตุ้นให้เกิดการสะท้อนกลับในลักษณะประคับประคอง ให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน
- 2.3 ผู้วิจัยชักชวนให้สมาชิกเห็นถึงความสำคัญของการอยู่ร่วมกันในกลุ่ม ซึ่งอาจจะแตกต่างกันในด้านความคิด ประสบการณ์ ควรเคารพในเหตุผลซึ่งกันและกัน ให้เกียรติกัน และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดังนี้
  - 2.3.1 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและปัญหาที่เกิดขึ้น (กิจกรรมที่ 3)
  - 2.3.2 การแลกเปลี่ยนแนวทางในการปฏิบัติตัว ของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า (กิจกรรมที่ 4)
  - 2.3.3 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับการเผชิญกับ โรคซึมเศร้าและแนวทางการแก้ไข (กิจกรรมที่ 5)

### ระยะยุติกลุ่ม (ครั้งที่ 6)

- 1.เปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนเนื้อหาบอกถึงความรู้สึกและประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่ม

2. ผู้บำบัดอธิบายเชิงเหตุผล เพื่อให้สมาชิกนำบทเรียนที่ได้จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน
3. เปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวอำลาต่อกัน

### ขั้นประเมินผลการทดลอง

ประเมินผลการทดลองหลังสิ้นสุดการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง 1 สัปดาห์ โดยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI) และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อนการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง (Pre-test) โดยผู้วิจัยอธิบาย ชี้แจง และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบประเมิน
2. ภายหลังจากที่ผู้วิจัยปฏิบัติกิจกรรมสุดท้ายเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI) และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Post-test) โดยผู้วิจัยอธิบาย ชี้แจง และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบประเมิน
3. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ของกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / FW (Statistic Package for the Social Science / For Window) ดังนี้

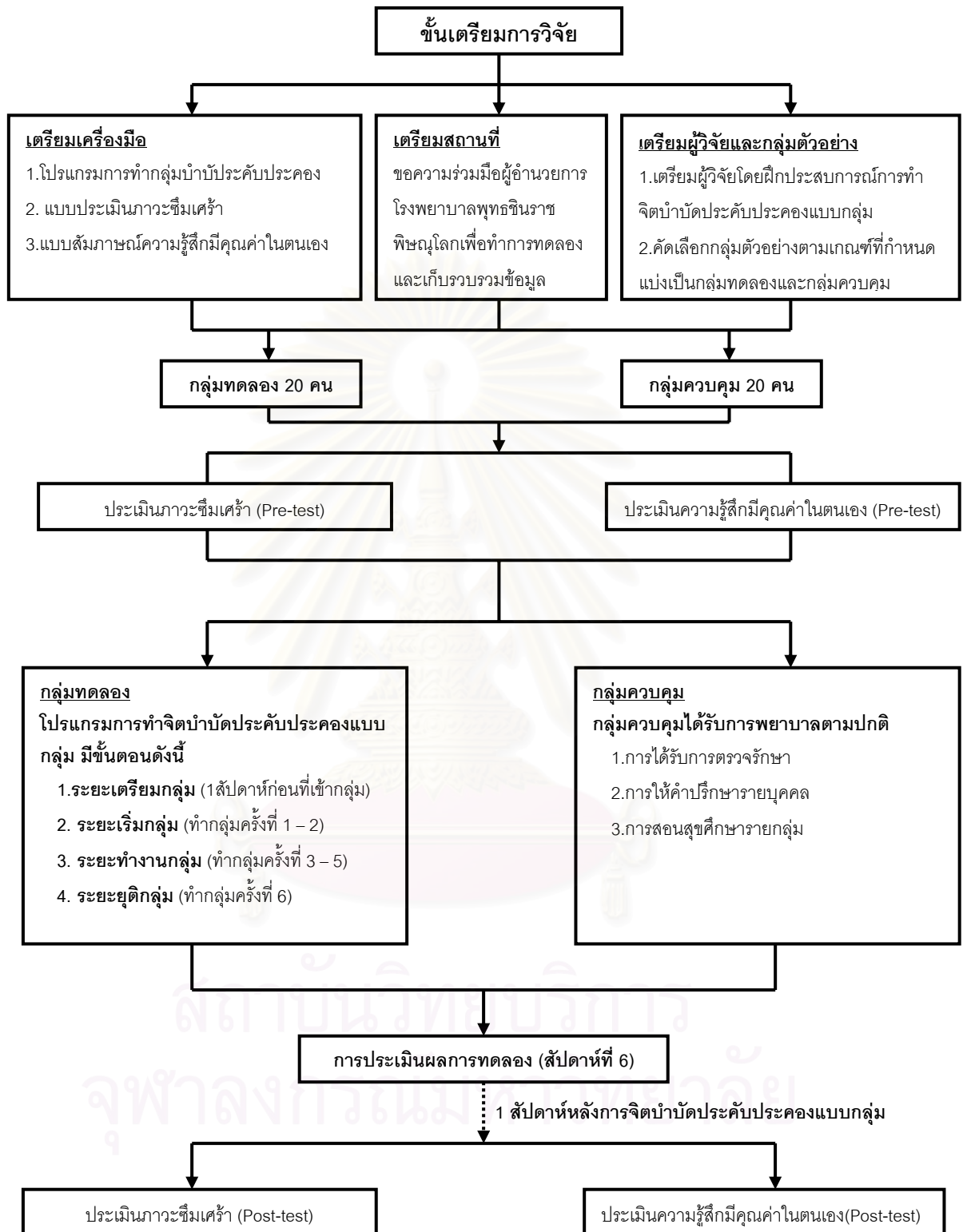
1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามระดับการวัดแต่ละข้อมูล
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง โดยใช้สถิติ Pair t - test

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หลังจากได้รับการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ (Independent t – test) โดยสถิติที่ใช้ทดสอบความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเท่ากัน หรือไม่ โดยการทดสอบ F



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มที่ได้รับการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด และระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง ลดลงมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ (60 - 75 ปี) ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการวัดระดับภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test and Post-test Control Group)

### สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอดังนี้

เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ต่อเดือน ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>						
60 - 65 ปี	5	25	3	15	8	20.00
66 - 70 ปี	6	30	11	55	17	42.50
71 - 75 ปี	9	45	6	30	15	37.50
<b>เพศ</b>						
หญิง	16	80	16	80	32	80.00
ชาย	4	20	4	20	8	20.00
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้รับการศึกษา	13	65	9	55	22	55.00
ประถมศึกษา	7	35	11	45	18	45.00
มัธยมศึกษา	-	-	-	-	-	-
ปริญญาตรีขึ้นไป	-	-	-	-	-	-
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	-	-	-	-	-	-
สมรส	11	95	11	95	22	55.00
ม้าย/หย่าร้าง	9	5	9	5	18	45.00
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>						
1 - 2 คน	-	-	-	-	-	-
3 - 5 คน	19	95	19	95	38	95.00
มากกว่า 5 คน	1	5	1	5	2	5.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน						
0 – 1,000 บาท	-	-	-	-	-	-
1,001- 3,000 บาท	14	70	14	70	28	70.00
3,001- 5,000 บาท	6	30	6	30	12	30.00
5,000 บาท ขึ้นไป	-	-	-	-	-	-
ประวัติโรคประจำตัว						
มี	14	70	16	80	30	75.00
ไม่มี	6	30	4	20	10	25.00
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว						
มี	15	75	18	90	33	82.50
ไม่มี	5	25	2	10	7	17.50
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว						
มี	-	-	-	-	-	-
ไม่มี	20	100	20	100		40
100.00						

จากตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 มีอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 66 – 70 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว อยู่ระหว่าง 3 - 5 คน รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,001 – 3,000 บาท มีโรคประจำตัวร้อยละ 75 มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ร้อยละ 82.50 แต่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง  
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	S.D	t
<b>กลุ่มทดลอง</b>			
หลังการทดลอง	14.75	3.91	12.76*
ก่อนการทดลอง	26.80	6.65	
<b>กลุ่มควบคุม</b>			
หลังการทดลอง	23.45	5.59	7.56*
ก่อนการทดลอง	26.85	6.60	

\* $P < .05$

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม  
ควบคุม ก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะ  
ซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	S.D	t
<b>ก่อนการทดลอง</b>			
กลุ่มทดลอง	26.80	6.65	-0.24
กลุ่มควบคุม	26.85	6.60	
<b>หลังการทดลอง</b>			
กลุ่มทดลอง	14.75	3.91	-5.71*
กลุ่มควบคุม	23.45	5.89	

\* $P < .05$

จากตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองออกแบบเป็น Pretest-Posttest Control Group Design โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับกลุ่มบำบัดระดับประคอง และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองกับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

- 1.ระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองลดลงกว่า ก่อนได้รับการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2.ระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองลดลงกว่า กลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### ประชากร

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าช่วงอายุ 60 – 75 ปี และได้รับการวินิจฉัยเป็น Major Depressive Disorder

#### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุ (60-75 ปี) โรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ที่ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ถึงรุนแรง ตามแบบประเมินความซึมเศร้าของ Beck ( Beck Depression Inventory [ BDI ] )

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### และเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ กลุ่มบำบัดระดับประคองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงจากแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Yalom (1995) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุ และครอบครัว สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวของ

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และปัญหาที่เกิดขึ้น แนวทางในการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า การเผชิญกับโรคซึมเศร้า รวมทั้งแนวทางการแก้ไข เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รวมทั้งได้ผ่านการนำไปทดลองใช้เพื่อทดสอบความเป็นปรนัยของเครื่องมือ

## 2 . เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

2.1 แบบสอบถามส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory [BDI]) สร้างขึ้นครั้งแรกโดยเบ็ค (Beck, 1961) ซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงรูปแบบข้อคำถามและขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .95 หลังจากนั้นนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 40 คน ตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุของ Coopersmith Self – esteem Inventory 1984 Adult form แปลและดัดแปลงโดย นาดยา วงศ์หลีกภัย (2532) ประกอบด้วยคำถามที่มีความหมายทั้งด้านบวก และด้านลบ จำนวน 25 ข้อ เพื่อประเมินความสำนึกในคุณค่าแห่งตน 3 ด้าน ดังนี้ คือ ด้านทั่วไปจำนวน 14 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ ด้านครอบครัวจำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 40 คน ซึ่งไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนการทำกลุ่ม 1 สัปดาห์ ( p r e - t e s t )

กลุ่มทดลองเข้าร่วมการทำกลุ่มบำบัดระดับประคองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที รวมเข้ากลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ ที่ฝ่ายจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก ได้จัดให้ซึ่งจะสอดคล้องกับปัญหาที่พยาบาลประเมินได้ ได้แก่ การให้คำปรึกษารายบุคคล การสอนสุขศึกษารายกลุ่ม

หลังการทำกลุ่มเสร็จสิ้น ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ หลังการทำกลุ่ม 1 สัปดาห์ ( post - t e s t )

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / FW (Statistic Package for the Social Science / For Window) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ร้อยละ ,ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง ใช้สถิติ Pair t – test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุหลังจากได้รับการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมใช้สถิติ (Independent t – test) และสถิติที่ใช้ทดสอบความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเท่ากันหรือไม่ โดยการทดสอบ F

### สรุปผลการวิจัย

- 1 . ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง หลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2 . ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองลดลงต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 จากระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มที่ใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองลดลงต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่ม และลดลงมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ จึงสรุปได้ว่าการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

## อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง หลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง ลดลงมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (ดังแสดงในตารางที่ 2 และ3) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองตามแนวคิดสัมพันธภาพของยาลอม (Yalom, 1995) ซึ่งผู้บำบัดดำเนินพัฒนาการกลุ่มไปตามขั้นตอนและเน้นบทบาทของการทำหน้าที่หลัก 3 ประการ คือ ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ ระยะเวลาทำงานร่วมกัน และระยะยุติกลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ผสมผสานแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพภายในครอบครัวร่วมด้วย

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ ผู้บำบัดสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกปลอดภัย และมีการยอมรับซึ่งกันและกัน โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ประสานให้เป็นหนึ่งเดียว จัดว่าเป็นการสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคล ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความหมายต่อกลุ่ม กล่าวที่จะเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวหมดไป, การมีความเป็นสากล ( universality ) (ภานิดา ภูโตนน, 2539 )

2. ระยะเวลาทำงานร่วมกัน สมาชิกมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น ร่วมกันแก้ไขปัญหาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ตระหนักว่าตนเองนั้นมิได้มีปัญหาค้นเดียว ทุกคนมีปัญหาเช่นกัน ปัญหานั้นเป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างจากคนอื่น ความรู้สึกที่ตนเองมีทุกข์อยู่คนเดียวจะลดลง รู้สึกสบายใจขึ้น และเกิดความรู้สึกใหม่ที่ไม่ได้อยู่คนเดียวในโลก แต่ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และปัญหาเช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุจะเกิดการเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ (interpersonal learning) ได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น ตลอดจนการได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับคนอื่น ซึ่งลดความวิตกกังวลผู้สูงอายุกล้าเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความเชื่อถือไว้วางใจคนอื่น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเกิดการพัฒนาเทคนิคในการเข้าสังคม (development of socializing or interpersonal learning output) การเข้ากลุ่มยังทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น เรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่เคยท้อแท้ หหมดความหวังในชีวิต ได้รับกำลังใจจากการเห็นว่าผู้อื่นก็มีปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิตที่ต้องเผชิญ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายมากขึ้น มองโลกในแง่ดี และเชื่อว่าตนเองจะดีขึ้น เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ ซึ่งการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มที่สามารถส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้



3. ระยะยุดิกลุ่ม ผู้บำบัดให้สมาชิกบอกถึงความประทับใจที่มีต่อกันและประสบการณ์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม

การใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง ทำให้เกิดปัจจัยบำบัดที่สามารถช่วยให้เกิดการเรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ซึ่งปัจจัยบำบัดเป็นสิ่งที่แสดงถึงประสิทธิภาพของกลุ่ม ที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีกระบวนการซับซ้อน และต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของรัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์ และจินตนา ตั้งวรพงค์ชัย (2542) ศึกษาการทำกลุ่มระดับประคองต่อความเข้มเศร้าของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราที่บุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งรูปแบบของการจัดโปรแกรมกลุ่มระดับประคองเป็นการระบายนปัญหาพร้อมกันพบว่า ระดับความเข้มเศร้าความวิตกกังวลในผู้สูงอายุลดลง จากการมีปฏิสัมพันธ์กันก่อให้เกิดการตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง และนำไปสู่การปฏิบัติช่วยเหลือตนเองได้ มีการปรับปรุงการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นให้เหมาะสมขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวรรณ ตันสิริ (2535) ศึกษาผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ จากการศึกษาของ Badger (1996) พบว่าการได้รับกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองและจิตศึกษา ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคดีขึ้นและได้รับการสนับสนุนระดับประคองด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ จากการศึกษาของไกรวรรณ เจริญกุล (2539) ได้ศึกษาการจัดกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทพบว่าเกิดปัจจัยบำบัดที่สำคัญหลายลักษณะ อาทิเช่น ความรู้สึกมีคุณค่า มีความหวัง การยอมรับ การมีความรู้สึกเป็นสากล จากการศึกษาของสุดคณิง ฤทธิ์ฤทัย (2541) ศึกษาผลของกลุ่มระดับประคองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเชื่อมั่นในตนเองของมารดาที่ดูแลบุตรตามลำพัง พบว่ามีปัจจัยบำบัดที่ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นคือ การรู้สึกมีความหวัง การมีความรู้สึกเป็นสากล การพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม นอกจากนี้สุนทรี วัฒนเบญจโสภณ (2543) ได้ศึกษาผลของการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษาพบว่าปัจจัยบำบัดที่พบมากที่สุดคือ การรู้สึกมีความหวัง รองลงมาคือ การมีความเป็นสากล การผูกใจดีต่อกัน

ดังนั้นการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ในการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพภายในครอบครัว และมีการฝึกประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของของโปรแกรมตามที่กำหนดไว้
2. การใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ควรมีการติดตามผลระยะยาวทุก 6 และ 12 เดือน เพื่อคงไว้ซึ่งระดับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง และความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นของผู้สูงอายุที่ทำให้คุณภาพชีวิต

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในชุมชน เพื่อสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล
2. ควรมีการศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมีการนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการดูแล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

- กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และ คณะ., (2542). “ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง”. **สารศิริราช**, 232 -243.
- กนกรัตน์ สุชะตุงคะ. (2540). **คู่มือจิตวิทยาคลินิก**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เมติคัล มีเดีย.
- กรกช สังขชาติ. (2536). **ความรู้เบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: ภาควิชาการศึกษานอกกระบบ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กัลยา ไม้เกาะ. (2537). **ผลของกลุ่มการบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- เกษราภรณ์ คุณานุกัณณ์ชัยเดช. (2543). **สุขภาพจิตและสังคมของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกียรติวรรณ อมาตยกุล. (2543). **พลังแห่งความเชื่อมั่น**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ที.พี.พี.รินทร์. คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษาเอกชน. (2540) **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ธีรพงษ์การพิมพ์.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส, และพัชรี ต้นสิริ, บรรณาธิการ. (2536). **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- จันทนา รัตนฤทธิวิชัย, และวิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). **หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- จันทิมา องค์โมษิต. (2545). **จิตบำบัดการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป**. ม.ป.ท: ม.ป.พ.
- จิตสมร วุฒิพงษ์. (2543). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภา เต็งไตรรัตน์ และคนอื่นๆ. (2541). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เจษฎา บุญทา. (2545). **คุณภาพผู้สูงอายุในตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จำเรียง ฐรมะสุวรรณ และปราณี จาติเกตุ. ความจำเสื่อมและภาวะสับสน ใน การพยาบาลผู้สูง อายุ. ฐรมะสุวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นสิริ, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- ชนิกรรดา ไทยสังคม. (2545). การใช้จิตบำบัดกลุ่มในการเพิ่มความสำนึกในคุณค่าแห่งตน ของผู้ติดสารแอมเฟตามีน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
- ชัดเจน จันทพัฒน์. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูง อายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ชาลินี สุวรรณยศ. (2542). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ต่อ ภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2538). สรีรวิทยา 1 ของมนุษย์. กรุงเทพฯ: ศุภวานิชการพิมพ์.
- ชื่น เตชามหาชัย และคนอื่นๆ. (2544). การประเมินผลการดูแลสุขภาพอนามัยที่พึง ประสงค์ในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ชมรมผู้สูงอายุ.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้ารักษาหายได้ และโรคอารมณ์ผิดปกติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2534). การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วย โรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทรงธรรม สอนิยะ. (2540). "สวัสดิการผู้สูงอายุ". นิตยสารกรมประชาสงเคราะห์, 40, 4-5.
- นงลักษณ์ บุญไทย. (2539). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับ ปัจจัยอื่นๆ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร วงศ์ใหญ่. (2542). ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขภาพจิตและ การพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นาดยา วงศ์เหล็กภัย. (2532). ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของ วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา. บัณฑิต มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นิพนธ์ พวงรินทร์ และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. **สารศิริราช**. 46(1), 1-9.
- บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่นๆ. (2532). **พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง**. กรุงเทพฯ: สามดีการพิมพ์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). **ผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอบ้าน.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2544). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บุญพา ณ นคร. (2545). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี**. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประภาส จิตตาศิริวัตร. (มกราคม-มีนาคม, 2544). “ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลสวนแตง อำเภอละแม จังหวัดชุมพร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วม และกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ”. **วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม**, 24 (1).
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. (2541). **ฆ่าตัวตายการสอบสวนสาเหตุและการป้องกัน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.
- ปราโมทย์ เขาวศิลป์, และรณชัย คงสกนธ์. (2542). **กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ Inpatient group psychotherapy**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์.
- ปรีชา ศตวรรษอำรง และคณะ., (2544). **การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พรรณี เหมือนวงศ์. (2535). “การพยาบาลผู้สูงอายุ”. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 15(2), 1-5.
- พัชรี ตันศิริ. (2536). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ใน จรัสวรรณ เทียนประพาส และพัชรี ตันศิริ, บรรณาธิการ. **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- พนิตนันท์ โชติกเจริญสุข. (2545). **กิจกรรมทางกายกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิชญาภรณ์ มูลศิลป์. (2537). “ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณ”. **วารสารพยาบาล**, 43(2), 119-131.
- มณวิภา ศาครินทร์. (2538). “บทความวิชาการการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า”. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย**, 20(3).

- มานิต ศรีสุกานนท์, และจำลอง ดิษยวณิช, (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. เชียงใหม่: เชียงใหม่ โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิต ทับมณี. (2541). **ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชนเขต กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิต หล่อตระกูล. (2543). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สวิชาญ การพิมพ์.
- \_\_\_\_\_. (มกราคม-มีนาคม, 2541). “แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย : แง่มุมทางเพศและ ช่วงวัย”. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 43 (1), 67-82.
- ยุทธการ ไสเมือง. (2544). **ผลการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าใน ตนเองของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัด ขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการแนะแนวและให้ คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ระวีวรรณ แสงสำราญ. (2543). “รายงานการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางบุคคล แบบแผนวิถีชีวิตกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร”. **วารสารชมรมสายงานพยาบาล สำนักอนามัย กทม**, 9 (2), 33 – 37.
- รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์, และจินตนา ตั้งวรพงศชัย. (2542). “ผลของการทำกลุ่มประคับประคอง ต่อความเศร้าของผู้สูงอายุ ในบ้านพักคนชราในบุญโยเซฟจังหวัดขอนแก่น”. **วารสาร การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 13, 64 – 72.
- รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์. (2544). “การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้ค้นพบพลังในตนเอง”. **วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**, 14(1).
- วชิราภรณ์ สุมวงศ์. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างวิตกกังวล และภาวะสุขภาพของผู้สูง อายุในสถานสงเคราะห์คนชรา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- วนิดา ภูโตนา. (2539). **ผลของกิจกรรมกลุ่มต่อการพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การแนะแนวและการให้คำปรึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. (2533). **Management of depression (1990)**. กรุงเทพฯ: บอสโก ออฟเซ็ท.
- วิจิตร บุญยะโหดระ. (2533). **คู่มือเกษียณอายุ**. กรุงเทพฯ: บพิธ.

- วีรวุฒิ เอกกมลกุล. (2537). **การรักษาทางจิตเวช**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย  
ธรรมศาสตร์.
- วีระ ชูรุจิพร. (2542). "วิธีจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย". **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 7, 176-178.
- ศากุล ช่างไม้. (2540). การเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ. ใน อรวรรณ อุทัยเสน ,บรรณาธิการ.  
**การพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ธีรพงษ์.
- ศิริชัย ดาริกานนท์ และคณะ. (2539). **การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน  
จังหวัดชัยนาท. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 2 18-  
20 กันยายน 2539.ม.ป.ท: ม.ป.พ.**
- ศิริรัตน์ คุปติคุณิ และสิริเกียรติ ยันตติลล. (มกราคม-มีนาคม, 2541). "การฆ่าตัวตายในผู้ป่วย  
สูงอายุ". **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 43 (1), 39-54.
- ศรีวรรณ ต้นสิริ. (2535). **ผลของการทำกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ  
ในสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศน์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาการเอกพยาบาล  
สาธารณสุขบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล**
- สมชาย พลอยเลื่อมแสง. (2541). "ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของคนไทยในเขตสาธารณสุข  
10". **วารสารสวนปรุง**, 3.
- สมพร บุษราทิจ, และเจียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2542). **จิตเวชปฏิบัติ 43**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว
- สมพร บุษราทิจ, ศุภโชค สิงห์กันต์, และสนทรรศ บุษราทิจ. (2544). **จิตบำบัดแบบอิงทฤษฎี  
จิตวิเคราะห์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). **โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว  
การพิมพ์.
- สมโภชน์ เขียมสุภาษิต. (2539). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เขียมสุภาษิต. (2541). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 3.  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). **มาตรฐาน  
การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่ 2**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรื. (2544). **ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของ  
ประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

- สุดคนึง ฤทธิ์ฤชาชัย. (2541). **ผลของกลุ่มระดับประคองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเชื่อมั่นในตนเองของมารดาที่ดูแลบุตรตามลำพัง**. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุดารัตน์ พุดมพิมพ์. (2545). **อัตรานอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดป่าแสนอุดม จังหวัดอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์นิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนทรี วัฒนเบญจโสภา. (2543). **ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). "อารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ". **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 15(1), 3-7.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2544). **ยาทางจิตเวช**. เชียงใหม่: โรงพิมพ์โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). **ความผิดปกติทางอารมณ์**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- อรพรรณ ทองแดง และคณะ. (2544). **การวิจัยเพื่อพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุไทย**. ม.ป.ท: ม.ป.พ.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2543). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีทองอิน. (2543). "ผลการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (รายงานผู้ป่วย 1 ราย)". **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 14(1), 1-5.
- อมรชัย หาญผดุงธรรมะ. (2542). "ภาวะซึมเศร้าและความจำเสื่อม". **วารสารใกล้หมอก**, 23(1), 1-5.
- อภา ใจงาม. (2533). **การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้สูงอายุ**. ใน จรัสวรรณ เทียนประพาส และ พัชรี ต้นศิริ, บรรณาธิการ. **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต : แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). "ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยม ในเขตกรุงเทพมหานคร". **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 41, 162-173.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว**. พิมพ์ครั้งที่ 5. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: วันดีการพิมพ์.
- เอี่ยมเดือน เนตรแหม. (2541). **ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- Agapetus, L. (1994). "Yalom's model applied to on outpatients better breathers group". **Journal of Psychosocial Nursing**, 32(12), 1-14.
- American Psychiatric Association. (2000). **Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder**. 2<sup>nd</sup> ed. Wilson Boulevard.
- Anderson, S.V., and Baunens, E.E. (1981). **Chronic health problems**. St.Louis: The C.V. Mosby.
- Antony, Joseph Raj. M., V, Kumariah, and Ajit V. Bhide. (2001). **Cognitive-behavioral intervention in deliberate self-harm**. Munkagard: Acta Psychiatric Scand.
- Badger, T. A. (1996). "Living with depression : Family mamber experience and treatment Need". **Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services**, 34 (1), 21- 29.
- Barbara, Schoen Johnson (1997). **Psychiatric-mental health nursing: adaptation and growth**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Barder, L., Slimmer, L., and LeSage, J. (1994). "Depression and issues of control among elderly people in health care setting". **Journal of Advanced Nursing**, 20, 597-604.
- Beck, Aaron T. (1976). **Cognitive therapy and the emotional disorder**. Madison: International universities.
- Beck, A. T. (1967). **Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects**. New York: Harper Row.
- Beck, Aaron T., Rush, A.John., Shaw,Brain F.,and Emegy Gary. (1979 ) . **Cognitive therapy of depression**. New York: The Guilford.
- Beck, Aaron T., Ward, C. H., Mendelson., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). "An inventory for measuring depression". **Archives of General Psychiatry**, 4, 561 – 571.
- Beck, Aaron T., Steer, R. A., Garbin, M. G., (1998). "Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation". **Clinical Psychology Review**, 8(1), 77 – 100.
- Berroa, E. G. and Phillip, R.S.C., (2001). "Depression". **Journal of Psychosocial Nursing**, 39(11), 13-20.

- Blixen, C. E., Wilkinson, L. K. and Schuring L. (1994). "Depression in an elderly clinic population : finding from an ambulatory care setting". **Journal of Psychosocial Nursing**, 32(6), 43-49.
- Birmaher, B, Ryan N.D., and Williamson D.E. (1996). "Childhood and adolescent depressions a review of the past 10 years part II". **J. Am Acad Child Adolesce Psychiatry**, 35, 1575 – 83.
- Blackburn, I. M., Eunson, K.M., and Bishop, S. (1986). "A two year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both". **Journal of Affective Disorders**,10, 67-75.
- Brandman, W. (1994). "Intersubjectively social microcosm and the here and now in a support group for nurse". **Journal of Affective Disorder**, 10, 67-75.
- Burns, N., and Grove, K. S. (2001). **The practice of nursing research**. 4<sup>th</sup> ed. St.Louis: W.B.Saunders
- Burn, W. K...[et al]., (1993). "Prevalence of psychiatric illness in acute geriatric admission". **International Journal of Geriatric Psychiatry**. 8(2), 171-174.
- Burckhardt, C. S. (1987). "Coping strategies of the chronically ill". **Nursing Clinics of North America**, 22(3), 543-550.
- Burgess, Ann Wolbert. (1998). **Advanced practice psychiatric nursing**. Stamford: Appleton & Lange.
- Buschmann, M.T., Dixon, M.A., and Tichy, A.M. (1995). "Geriatric depression". **Home Healthcare Nurse**, 13(3), 47 – 56.
- Caine, R. M., and Bufalino, P. M. (1998). **Critical adult: Nursing care planning guides**. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Calarco, M. M. and Krone, K. (1991). "An integrated nursing model of depression behavior in adults: theory and implications for practice". **Nursing Clinics of North America**, 26 (3), 573 -584.
- Capriottii, T. (1995). "Unrecognized depression in the elderly: a nursing assessment Challenge". **Medsurg Nursing**, 4(1), 47 – 54.
- Chaput, F., Moreau, D., and Mufson, L. (1998). Depression. In S. B. Friedman, M. M. Fisher, S. K. Schonberg, and E. M. Aldermar (Eds.), **Comprehensive adolescent health care**. 2<sup>nd</sup> ed. (pp. 925-931). St. Louis: Mosby.

- Charney, Dennis S...[et al]. 2003. "Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life". **Archives of General Psychiatry**, 60, 664-672.
- Ckinton, Michael, and Nelson, Sioban. (1996). **Mental health & nursing practice**. New York: Prentice –Hall.
- Coopersmith, S. (1984). **SEI : Selaf-esteem inventories**. California: Consulting PsychologistPress.
- Coviet, L., Roth, D., & Lipman, R. S. (1982). "Cognitive group therapy of depression: The close-ended group". **American Journal of Psychotherapy**, 36, 459 -469.
- Daley, Dennis C., Salloum, Ihsan M. (2001). **Clinician's guide to mental illness**. Boston: McGill - Hill.
- Dobson, K. S. (1989). "A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for Depression". **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 57, 414-419.
- Dreyfus, J. (1989). "Depression assessment and interventions in the medically ill frail Elderly". **Journal of Gerontological Nursing**, 14(9), 27 – 36.
- Dryden, W., & Golden, W. L. (1987). **Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy**. Cambridge: Hemisphere.
- DuCas, B.W. (1983). **Introduction to patient care : a comprehensive approach to nursing**. Toko: Igaku-Shoin Sander.
- Emery, E. M., McDermott, R. J., Holcomp, D. R. nad Mary, P. J. (1993). "The relationship between youth substance use and area-specific self-esteem". **Journal of school Health**, 63(5), 224-228.
- Esberger, K. K. and Hughes, S. T. (1989). **Nursing care of the aged**. California: Appleton & Lange.
- Evan, R. L. (1995). "Comparison of brief group psychotherapy for depressed cancer patients receiving radiation treatment". **Public Health Pep.**, 110(3), 306 – 311.
- Evers, M. M., and Martin, D.B., (2002). "Mood disorder in the geriatric patient". **Geriatric Nursing**, 57(10), 36- 40.

- Finkelstein, S.N., Berndt, E.R., and Greenberg P.E., (1996). "Economics of depression: a summary and review". Prepared of the National Depressive and Manic-Depressive Association-sponsored consensus conference on the undertreatment of depression. January 17-18,
- Frisch, N.C., and Frisch, L.E., (2000). **Psychiatric mental health nursing**. 2<sup>nd</sup> ed. Albany: Delma.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., and Blackburn, I. M. (1998). "A meta-analysis of The effects of cognitive therapy in depressed patients". **Journal of affective disorders**, 49, 59-72.
- Gomez, G.E, and Gomez, E.A. (1993) Depression in the elderly. **Journal of Psychosocial Nursing**, 31(5), 28 – 33.
- Gull, H. J. (1987). "The chronically ill patient's adaptation to hospitalization". **Nursing Clinics of North America**, 22(3), 593-602.
- Haaga, D. A. F., Rabois, D., & Brody, C. (1999). Cognitive behavior therapy. In A. S. Bellack and M. Hersen (Eds.), **Handbook of comparative intervention for adult disorders**. 2<sup>nd</sup> ed. (pp. 48-107). New York: John Wiley & Sons
- Hagerty, B. M. (1995). "Advance in undestanding major depression disorder". **Journal of Psychosocial Nursing**, 33(11), 27-34.
- Harrington, R., Whittaker, J., Shoebridge, P., & Campbell, F. (1998). "Systematic review of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder". **British Medical Journal**, 316, 1559 -1563.
- Hirschfeld,...[et al]., (1997). "The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression". **Journal of American Association**. (277), 333-344.
- Hogstel, Mildred O. (1990). **Geropsychiatric nursing**. St.Louis: The C.V.Mosby.
- \_\_\_\_\_ (1992). **Clinical manual of gerontological nursing**. St.Louis: Mosby Year Book.
- Holkup, P.A., (2003). "Evidence-based protocol elderly suicide-secondary prevention". **Journal of Gerontological Nursing**, June, 6-17.
- Holmes J. (2002). "All you need is cognitive behaviour therapy?". **British Medical Journal**, 324, 288-290.

- Horton-Deutsch, Sara L...[et al]. (April, 2002). "The PLUS intervention : a pilot test with caregivers of depressed older adults". **Archives of Psychiatric Nursing**, 16(2), 61- 71.
- Hughes, C. (1997). **Depression and mania in later life : Mental health care for elderly people**. New York: Churchill Living store.
- Hunter, S. (1992). "Adult day care : promoting quality of life for the elderly". **Journal of Gerontological Nursing**, 18(2), 17 – 20.
- Kah, S., and Kupper, N. (1993). Mood disorders: Depressive and bipolar disorders. In Jacoby, R. and Oppenheimer C. (2002). **Psychiatry in the elderly**. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford: Oxford University Press.
- Jones, E.D. (2003). 'Reminiscence therapy for older women with depression". **Journal of Gerontological Nursing**, July, 27-33.
- Kane, R. L., Ouslander, J. G., and Abass, I. B. (1984). **Essential of clinical geriatrics**. New York: McGraw-Hill.
- Kanowski, S. (1994). "Age-dependent epidemiology of depression". **Gerontology**, 40(1), 1-3.
- Kaplan, H. I., and Sandock, B. J. (1989). **Comprehensive textbook of psychiatry: Volume 2**. 5<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaas, Merrie J...[et al]. (October, 1999). "Cognitive behavioral group therapy for residents in assisted living facilities". **Journal of Psychosocial Nursing**, 37(10), 9-15.
- Keane, S. M., and Sell, S. (1991). "Recognizing depression in the elderly". **Journal of Gerontological Nursing**, 16(1), 21-25.
- Knollmueller, Ruth N. (1997). **Public and community health nurse's consultant : a health promotion guide**. New York: Mosby – Year Book.
- Klose, P, and Tinius, T. (1992). "Confidence buiders : a self-esteem group at an inpatient psychiatric hospital". **Journal of Psychosocial Nursing**, 30(7), 5-9.
- Kurlowicz, L.H., (1993). "Social factors and depression in late life". **Archives of Psychiatric Nursing**, 7(1), 30-36.
- Lambert, V. A. and Lambert, C. E. (1985). **Psychosocial care of the physically ill: what every nurse should know**. New Jersey: Prentice-Hall.

- Lavretaky, Helen, and Kumar, Anand. (March, 2003). **Psychiatric Services**, 54(3), 297-299.
- Lichtenberg, Peter A. (1999). **Handbook of assessment in clinical gerontology**. New York: John Wiley & Sons.
- MacGinn, Lata K. (2000). "Cognitive behavioral therapy of depression : theory, treatment, and empirical". **American Journal of Psychotherapy**, 54(2), 257-262.
- Matteson, Mary Ann, McConnel, and Eleanor S. (1977). **Gerontologia nursing : concepts and practice**. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia, Pa: W.B. Saunders.
- Mazure, Carolyn m....[et al]. (2000). "Adverse life event and cognitive – personality characteristics in the prediction of Major Depression and Antidepressant Response". **Am J Psychiatry**, 157, 896-903.
- National Institutes of Health. (1991). "Diagnosis and treatment of depression in later life". **NIH Consensus Statement**, 9(3), 1-27.
- Neese, J. B. (1991). "Depression in the general hospital". **Nursing Clinics of North America**, 26(3), 613-622.
- Norman, Ian J., Redfern, Sally J. (1997). **Mental health care for elderly people**. New York: Churchill Livingstone.
- Patrick, M. L., Wood, S. L., Craven, R. F., Rokosky, J. S., and Bruno, P. M. (1991). **Medical- surgical nursing: pathophysiological concepts**. 2<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Pearson, G. S. (1995). Mood disorders. In B. S. Johnson (Ed.), **Child, adolescent, and family psychiatric nursing**. (pp. 253-265). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Penden, A. R. (1993). "Recovering in depressed women: research with Peplau's theory". **Nursing Science Quarterly**, 6(3), 140-146.
- Pinsker, H. (1994). "The role of theory in teaching supportive psychotherapy". **Am J Psychother**, 48, 530-542.
- Pockland, L. H. (1993). "A review of supportive psychotherapy". **Hosp. Community Psychiatry**, 44(1), 1053-1060.
- Pollack, L. E. (1990). "Improving relationships group for inpatients with bipolar disorder". **Journal of Psychosocial Nursing**, 28(5)q, 17-22.

- Reinecke, M. A., Ryan, N. E., and DuBOIS, D. L. (1998). "Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis". **The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 37(1), 26-34.
- Robie, David...[et al]. (December, 1999). "Suicide prevention protocol". **American Journal of Nursing**. 99 (12), 5353-57.
- Roger, C. R. (1961). **On becoming a person : a therapist's view of psychotherapy**. Boston: Houghton mifflin.
- Rush, A.J. et al., (2000). **Handbook of psychiatric measures**. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Salzman, C., (1992). **Clinical geriatric psychopharmacology**. 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Sano, M. (1989). "Coexisting dementia and depression in Parkinson's disease". **Archive of Neurological**, 46, 1284-1886.
- Schultz, Judith M., and Videbeck, Sheila L. (2002). **Psychiatric nursing care plan**. 6<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott.
- Shea, Carole A...[et al]. (1999). **Advanced practice-nursing psychiatric and mental health care**. ST. Louis: Mosby.
- Shives, Louise Rebraca, and Isaacs, Ann. (2002). **Basic concepts of psychiatric-mental health nursing**. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- Solomon, K. (1981). "The depression patient: Social antecedents of psychopathologic changes in the elderly". **Journal American Geriatric Society**, 29 (1).
- Sperry, Len, and Carlson, Jen. (1996). **Psychopathology & psychotherapy : from DSM-IV diagnosis to treatment**. 2<sup>nd</sup> ed. Washington, DC: Accelerated Development.
- Stewart, J. (1994). "The cognitive model and treatment of depression". **Professional Nurse**. 376-380.
- Stuart, G. W., and Sundeen, S. J. (1995). **Principles and practice of psychiatric nursing**. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby.
- Tallis, R.C., and Fillit, H.M., (2003). **Geriatric medicine and gerontology**. 6<sup>th</sup> ed. Spain: Churchill Livinston.

- Thompson, L.W. (1996). "Cognitive-behavioral therapy and treatment for late-life Depression". *J. Chin Psychiatry*, 57, 29-37.
- Tucker, Sharon, Brust, Susan, and Richardson, Beverly. (2002). "Validity of the depression coping self-efficacy scale". *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(3).
- Varcarolis, E. M. (2002). *Foundations of psychiatric mental health nursing: a clinical approach*. 4<sup>th</sup> ed. New York: W. B. Saunders.
- Wells, J. A. & Strickland, D. E. (1982). Physical illness and symptoms of depression among elderly outpatients. *Psychology and Aging*. 7, 343-351.
- William, R. Lassey and Marie, L. Lassey. (2002). *Quality of life for older people : an international perspective*. New Jersey: Prentice Hall.
- Wilson, P. H., Spence, S. H., and Kavanagh, D. J. (1989). *Cognitive behavioural interviewing for adult disorders*. New York: Routledge.
- Wulsin, Lawson R. (1996). *Psychiatric secrets*. Singapore : Info Access & Distribution.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychology*. 4<sup>th</sup> ed. New York: Basic Books.
- Zauszniewski, Jaclene A., and Rong, Jiin-Ru. (December, 1999). "Depressive cognitions and psychosocial functioning : a test of Beck's cognitive theory". *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(3), 286-293.





ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

### ชื่อ-สกุล

### ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว  
รองศาสตราจารย์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดุขฎิ รุ่งรัตนกุล  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนิภา เพิ่มไทย  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิธมณา พัดเกตุ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
5. แพทย์หญิง รุ่งแสง กนกวุฒิ  
นายแพทย์ระดับ 9  
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
6. นางจันทรรจจา บำเหน็จพันธ์ุ  
พยาบาลวิชาชีพ 7  
สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
7. นางดวงตา กุศลรัตนญาณ  
พยาบาลวิชาชีพ 7  
สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
8. นางธนวรรณ พยุงผล  
พยาบาลวิชาชีพ 7  
สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา



ภาคผนวก ข  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรุณาเลือกข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงปัจจุบันนี้

1. ความรู้สึกเศร้า

- 0 ฉันไม่มีความรู้สึกเศร้า
- 1 ฉันรู้สึกเศร้าบ้าง
- 2 ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา และฉันไม่สามารถลดลงได้อย่างรวดเร็ว
- 3 ฉันรู้สึกเศร้ามาก และ ไม่มีความสุข

2. ความรู้สึกของฉันต่ออนาคต

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

21. อารมณ์ทางเพศ

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

## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย  ลงหน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. ท่านอายุ.....ปี
2. เพศ
  - ( ) ชาย
  - ( ) หญิง
3. ระดับการศึกษา
  - ( ) ไม่ได้รับการศึกษา
  - ( ) ประถมศึกษา
  - ( ) มัธยมศึกษา
  - ( ) อุดมศึกษา
4. สถานภาพสมรส
  - ( ) โสด
  - ( ) สมรส
  - ( ) หย่า
  - ( ) หม้าย
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว
  - ( ) 1-2 คน
  - ( ) 3-5 คน
  - ( ) มากกว่า 5 คน
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน
  - ( ) ต่ำกว่า 1,000 บาท
  - ( ) 1,001 - 3,000 บาท
  - ( ) 3,001 บาทขึ้นไป
7. ประวัติโรคประจำตัว
  - ( ) มี ระบุ..... ( ) ไม่มี
8. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
  - ( ) มี ระบุ..... ( ) ไม่มี
9. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว
  - ( ) มี ระบุ..... ( ) ไม่มี

## แบบวัดความมีรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

## คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินความรู้สึกบางประการที่มีต่อตนเอง แต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบที่ดีที่สุดก็คือ คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกอันแท้จริงของท่าน

## การตอบแบบสอบถาม

ขอให้ท่านอ่านข้อความที่ละข้อ แล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในระดับมากน้อยเพียงใด แล้วเลือกขีดเครื่องหมาย X ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน โดยถือเกณฑ์ ดังนี้

หมายเลข	6	หมายถึง	มากที่สุด
หมายเลข	5	หมายถึง	มาก
หมายเลข	4	หมายถึง	ค่อนข้างมาก
หมายเลข	3	หมายถึง	ค่อนข้างน้อย
หมายเลข	2	หมายถึง	น้อย
หมายเลข	1	หมายถึง	น้อยที่สุด

## ตัวอย่าง

ข้อ	ข้อความ	6	5	4	3	2	1
1.	ฉันเป็นคนชื่อยาย				X		

เมื่อท่านเลือกขีดเครื่องหมายในช่องที่ 3 หมายความว่า ท่านมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนชื่อยายในระดับค่อนข้างน้อย

กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ขอบคุณสำหรับความร่วมมือในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

ข้อ	ข้อความ	6 มาก ที่สุด	5 มาก	4 ค่อนข้าง มาก	3 ค่อนข้าง น้อย	2 น้อย	1 น้อย ที่สุด
1.	ฉันไม่ค่อยรู้สึกถูกรบกวนใจจากสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นรอบๆตัว						
2.	ฉันรู้สึกว่าเป็นเรื่องยากในการพูดหน้ากลุ่มชน						
3.	มีหลายสิ่งหลายอย่างในตัวฉันที่ฉันอยากเปลี่ยนแปลงถ้าเป็นไปได้						
4.	ฉันเป็นคนตัดสินใจได้เร็ว						
5.	ฉันเป็นคนสนุกสนานที่ผู้อื่นชอบอยู่ด้วย						
6.	.....						
7.	.....						
8.	.....						
9.	.....						
10.	.....						
11.	.....						
12.	.....						
13.	.....						
14.	.....						
15.	.....						
16.	.....						
17.	.....						
18.	.....						
19.	.....						
20.	.....						
21.	.....						
22.	.....						
23.	.....						
24.	.....						



การทำกลุ่มจิตบำบัด ครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกของกลุ่ม</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบวัตถุประสงค์ ระเบียบการเข้ากลุ่ม การปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับ</p> <p>3. เพื่อสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง ความคุ้นเคย ไว้วางใจ การยอมรับ การกล้าแสดงความรู้สึกเปิดเผยตนเองของสมาชิกกลุ่ม</p>	<p>1. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด</p> <p>2. วัตถุประสงค์ ของการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง</p> <p>3. ประโยชน์ของการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง</p>	<p>1. ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้ากัน</p> <p>2. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิกกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม สถานที่ในการเข้ากลุ่ม</p> <p>3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแสดงความคาดหวัง ในการเข้ากลุ่ม และสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสร้างกฎระเบียบของกลุ่มร่วมกัน ตลอดจนร่วมแสดงความคิดเห็นกับสมาชิก เกี่ยวกับสิทธิ และบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง</p> <p>4. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์</p> <p>5. สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปการเข้ากลุ่ม และนัดหมายการเข้าร่วมกลุ่มครั้งต่อไป</p>	<p>1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม</p> <p>2. จากการสรุปผลการเข้ากลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่ม พัฒนาการกลุ่ม และปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด</p>	

\*เนื้อหาอยู่ในโปรแกรมฉบับสมบูรณ์

การทำกลุ่มจิตบำบัด ครั้งที่ 2

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
<p>1. เพื่อให้สมาชิกเล่าระบายความรู้สึก แสดงความคิดเห็นต่อปัญหาของสมาชิกกลุ่ม</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจปัญหาและช่วยกันค้นหาวิธีเผชิญ และแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสม</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกได้ประคับประคองซึ่งกันและกัน</p> <p>4. เพื่อให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า</p>	<p>1. ภาวะซึมเศร้า</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สาเหตุ</li> <li>- อาการและอาการแสดง</li> <li>- โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ</li> <li>- สาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ</li> <li>- การรักษา</li> </ul>	<p>1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก ทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน</p> <p>2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเล่าระบาย ความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ชัดแย้ง กลุ่มใจ</p> <p>3. กระตุ้น สนับสนุนให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาของกลุ่ม</p> <p>4. ผู้นำกลุ่มสะท้อนให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันแก้ไข ปัญหา บอกความรู้สึกต่อปัญหา มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งเชื่อมโยงคำพูด ความคิดเห็นของสมาชิก เพื่อให้มีการอภิปรายที่ต่อเนื่อง และสรุปเนื้อหาที่ได้จากการทำกลุ่ม ตลอดจนสังเกตปฏิกิริยา กลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง</p> <p>5. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงการเข้ากลุ่ม และนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป</p>	<p>1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม</p> <p>2. สังเกตจากปฏิสัมพันธ์ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินกลุ่ม</p> <p>3. จากการสรุปผล การเข้าร่วมกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่ม พัฒนาการกลุ่มและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด</p>	

\*เนื้อหาอยู่ใน โปรแกรมฉบับสมบูรณ์

### การทำกลุ่มจิตบำบัด ครั้งที่ 3

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
<p>1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ประเมินผล การแก้ปัญหา และร่วมกัน ตั้งเป้าหมายแก้ไขปัญหา</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มค้นหาปัญหา และแสดงความคิดเห็นต่อปัญหา ของสมาชิกกลุ่ม</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันค้นหา วิธีเผชิญ และแก้ปัญหาได้อย่าง เหมาะสม</p> <p>4. เพื่อให้สมาชิกได้ระดับประคอง ซึ่งกันและกัน</p> <p>5. พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับ ผลกระทบของโรค ซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุและครอบครัว</p>	<p>1. ผลกระทบของโรคซึมเศร้า ต่อ ผู้สูงอายุและครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ครอบครัวกับสุขภาพจิต</li> <li>- การปรับตัวของครอบครัว</li> <li>- กระบวนการคิดและ ลักษณะการคิดแบบต่างๆ เพื่อแก้ปัญหา</li> </ul>	<p>1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก ทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน</p> <p>2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเล่าระบาย ความรู้สึก ที่ไม่สบายใจ ชัดแจ้ง กลุ่มใจ</p> <p>3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่ม แสดงความคิดเห็นต่อปัญหา และผู้นำได้สะท้อนให้ช่วยกัน ค้นหาปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ เสนอแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน รวมทั้งเชื่อมโยงคำพูด ความคิดเห็นของสมาชิก เพื่ออภิปรายต่อเรื่อง สรุปเนื้อหาการทำกลุ่ม สังเกตปฏิกริยากกลุ่ม ผู้นำกลุ่มสรุปถึงการเข้า กลุ่ม และนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป</p>	<p>1. ความสนใจ การให้ความร่วมมือ การมีปฏิสัมพันธ์ และความมั่นใจใน การเข้าร่วมกลุ่ม ประเมินจากการ สังเกต และการสอบถามสมาชิกใน กลุ่ม</p> <p>2. วิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่ม พัฒนาการ กลุ่มและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด</p>	

\*เนื้อหาอยู่ในโปรแกรมฉบับสมบูรณ์

การทำกลุ่มจิตบำบัด ครั้งที่ 4

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
<p>1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มประเมินผล การแก้ไขปัญหา และร่วมกัน ตั้งเป้าหมายแก้ไขปัญหาดังเข้าหมายแก้ไขปัญหา</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ร่วมกัน ค้นหาปัญหา และแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาของสมาชิกกลุ่ม</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิก เข้าใจปัญหา ช่วยกันค้นหาวิธีเผชิญ และ แก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม</p> <p>4. เพื่อให้สมาชิกได้ระดับ- ประคอง ซึ่งกันและกัน</p> <p>5. พุดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ เกี่ยวกับ สัมพันธภาพของสมาชิกใน ครอบครัว</p>	<p>1. สัมพันธภาพภายในครอบครัว</p> <p>2. รูปแบบของครอบครัว</p> <p>3. โครงสร้างครอบครัว</p>	<p>1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก ทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน</p> <p>2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเล่าระบาย ความรู้สึก ที่ไม่สบายใจ ชัดแจ้ง กลุ่มใจ</p> <p>3. กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อ ปัญหาของสมาชิกกลุ่ม</p> <p>4. ผู้นำกลุ่มสะท้อนให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันแก้ไข ปัญหา บอกความรู้สึกต่อปัญหา มีการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ เสนอ แนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งเชื่อมโยง คำพูด ความคิดเห็นของสมาชิก เพื่อให้มีการ อภิปรายที่ต่อเนื่อง และสรุปเนื้อหาจากการทำ กลุ่ม ตลอดจนสังเกตปฏิกิริยากกลุ่ม เพื่อกระตุ้น ให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง</p> <p>5. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงการเข้ากลุ่ม และนัดหมาย การทำกลุ่มครั้งต่อไป</p>	<p>1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดง ความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของ สมาชิกกลุ่ม</p> <p>2. สังเกตจากปฏิสัมพันธ์ ที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินกลุ่ม</p> <p>3. จากการสรุปผล การเข้าร่วมกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่ม พัฒนาการกลุ่มและปัจจัยที่มีผลต่อ การบำบัด</p>	

\*เนื้อหาอยู่ใน โปรแกรมฉบับสมบูรณ์

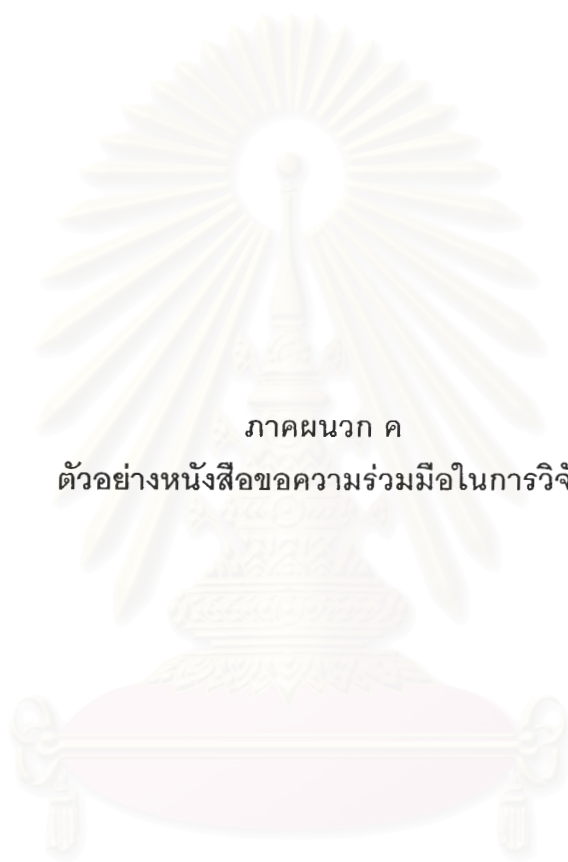
การทำกลุ่มจิตบำบัด ครั้งที่ 5

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
<p>1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ติดตาม ประเมินผลการแก้ปัญหา และ ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการ แก้ปัญหา</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ร่วมกัน ค้นหาปัญหา และแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาของสมาชิก กลุ่ม</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เข้าใจ ปัญหา ช่วยกันค้นหาวิธีเผชิญ และแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม</p> <p>4. เพื่อให้สมาชิกได้ประคับ- ประคองซึ่งกันและกัน</p> <p>5. พุดคุยแลกเปลี่ยนแนวทางใน การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรค ซึมเศร้า</p> <p>6. เพื่อเตรียมการปิดกลุ่ม</p>	<p>1. ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากับการ แก้ปัญหา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การแก้ปัญหา</li> <li>- เทคนิคการแก้ปัญหา</li> </ul>	<p>1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก ทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน</p> <p>2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเล่าระบาย ความรู้สึก ที่ไม่สบายใจ ชัดแจ้ง กลุ่มใจ</p> <p>3. กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่ม แสดงความคิดเห็นต่อ ปัญหาของสมาชิกกลุ่ม ที่เป็นไปในแนวทาง เดียวกัน</p> <p>4. ผู้นำกลุ่มสะท้อนให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันแก้ไข ปัญหา บอกความรู้สึกต่อปัญหา แลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและประสบการณ์ แนวทางแก้ไข ปัญหาร่วมกัน รวมทั้งเชื่อมโยงคำพูด ความ คิดเห็นของสมาชิก เพื่อให้มีการอภิปรายที่ ต่อเนื่อง และสรุปเนื้อหาที่ได้จากการทำกลุ่ม ตลอดจนสังเกตปฏิกิริยากกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้ สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง</p> <p>5. ผู้นำกลุ่มบอกให้สมาชิกทราบการเข้ากลุ่มครั้ง ต่อไป เป็นครั้งสุดท้ายเพื่อเป็นการปิดกลุ่ม</p> <p>6. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงการเข้ากลุ่ม และนัดหมาย การทำกลุ่มครั้งต่อไป</p>	<p>1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดง ความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของ สมาชิกกลุ่ม</p> <p>2. สังเกตจากปฏิสัมพันธ์ ที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินกลุ่ม</p> <p>3. จากการสรุปผล การเข้าร่วมกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่ม พัฒนาการกลุ่ม และปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด</p>	

การทำกลุ่มจิตบำบัด ครั้งที่ 6

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล	ประเมินผล
<p>1. เพื่อให้สมาชิก พุดแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การเผชิญกับภาวะ ซึมเศร้า และแนวทางการแก้ไข</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้แสดง ความคิดเห็นต่อกลุ่ม ประโยชน์ ที่ได้รับการนำวิธีการแก้ไขปัญหา ไปใช้</p> <p>3. เพื่อสรุป และประเมินผลการ เข้ากลุ่ม</p> <p>4. เพื่อยุติกลุ่ม</p>	<p>1. การแก้ปัญหา และการปรับตัว</p> <p>2. การวางแผนการดำเนินชีวิต</p> <p>3. ทบทวนความมั่นคง ความเข้มแข็ง ทางด้านจิตใจ</p>	<p>1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มอภิปราย แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับ และประโยชน์ที่ได้รับ จากการเข้ากลุ่ม</p> <p>2. สร้างความประทับใจที่ดีในกลุ่ม และความ มั่นใจที่จะนำเอาสิ่งที่ได้จากกลุ่มไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน</p> <p>3. ให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น และ ข้อเสนอแนะอื่นๆ</p>	<p>1. สังเกตจากพฤติกรรม การ แสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วม ของสมาชิกกลุ่ม</p> <p>2. สังเกตจากปฏิสัมพันธ์ ที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินกลุ่ม</p> <p>3. จากการสรุปผลการเข้าร่วมกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่ม พัฒนาการกลุ่ม และปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด</p>	

\*เนื้อหาอยู่ในโปรแกรมฉบับสมบูรณ์



ภาคผนวก ค  
ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/1460

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

8 กรกฎาคม 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

เนื่องด้วย นางสาวเชาวนี ล่องชุมผล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของการใช้จิตบำบัด ประคับประคองแบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดุษฎี รุ่งรัตนกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนิภา เพิ่มไทย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิฒนา หัตถเกต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทาง วิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ การวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ดร. สุภัฏญา กระจุกศิลป์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภัฏญา กระจุกศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดุษฎี รุ่งรัตนกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนิภา เพิ่มไทย  
และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิฒนา หัตถเกต

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-9830

ที่อนิสิต

นางสาวเชาวนี ล่องชุมผล โทร. 0-6589-5854

ร่าง  
พิมพ์  
ทาน



ที่ ศธ 0512.11/1454

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙ กรกฎาคม 2547

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว

เนื่องด้วย นางสาวเชาวนี ล่องชุมผล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของการใช้จิตบำบัด ประคับประคองแบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จาก ท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุวิมล ประดิษฐ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจตุลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร.อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-9830

ที่นิตินิต นางสาวเชาวนี ล่องชุมผล โทร. 0-6589-5854

ร่าง  
พิมพ์  
ทาน

ที่ ศธ 0512.11/144

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๘ กรกฎาคม 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ

เนื่องด้วย นางสาวเชาวนี ล่องชุมผล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของการใช้จิตบำบัด ประคับประคองแบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางจันทรรจก บำเหน็จพันธุ์ พยาบาลวิชาชีพ 7 นางดวงตา กุลรัตนญาณ พยาบาลวิชาชีพ 7 และนางธนวรรณ พงษ์ผล พยาบาลวิชาชีพ 7 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทาง วิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ การวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางจันทรรจก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางจันทรรจก บำเหน็จพันธุ์ นางดวงตา กุลรัตนญาณ และนางธนวรรณ พงษ์ผล

งานบริหารการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชชัย โทร. 0-2218-9830

ที่อนิสิต

นางสาวเชาวนี ล่องชุมผล โทร. 0-6589-5854

.....ร่าง  
.....พิมพ์  
.....ทาน

ที่ ศธ 0512.11/1462

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

8 กรกฎาคม 2547


เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

เนื่องด้วย นางสาวเชาวนี ล่องชุมผล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของการใช้จิตบำบัด ประคับประคองแบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย โดยใช้เครื่องมือการวิจัยซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมิน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ณ ฝ่ายจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก และขอเก็บ รวบรวมข้อมูลการวิจัย ณ ฝ่ายจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก และฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 40 คน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง




จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเชาวนี ล่องชุมผล ดำเนินการทดลองใช้ เครื่องมือการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล  
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806  
อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชชัย โทร. 0-2218-9830  
ชื่อนิสิต นางสาวเชาวนี ล่องชุมผล โทร. 0-6589-5854

 รัง  
 ทิมท์  
 ทาน

ที่ ศธ 0512.11/ 1557



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

2/ กรกฎาคม 2547


เรื่อง ขอบขอพระคุณการฝึกประสบการณ์ก่อนการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยา

ตามที่ สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยา ได้ให้ความอนุเคราะห์การฝึกประสบการณ์ทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ก่อนการทำวิทยานิพนธ์ของ นางสาวเชาวนี ล่องชุมผล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในวันที่ 7, 11 พฤษภาคม 2547 และวันที่ 2, 5 มิถุนายน 2547 เวลา 09.00-10.00 น. ณ ตึกจิตเวชวิทยุณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ซึ่งมีนางจันรรจา บำเหน็จพันธ์ุ พยาบาลวิชาชีพ 7 เป็นผู้ช่วยนิเทศในการฝึกประสบการณ์ แล้วนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ครั้งนี้

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านอีกในโอกาสต่อไป และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)  
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางจันรรจา บำเหน็จพันธ์ุ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. 0-2218-9830

ชื่อ นิสิต

นางสาวเชาวนี ล่องชุมผล โทร. 0-6589-5854, 0-9444-7432



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์  
คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิณณโลก

ชื่อโครงการ	ผลของการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวเชาวนี ถ่องชูผล
เลขที่โครงการ/รหัส	-
สังกัดหน่วยงาน	นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
การรับรอง	ขอรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวข้างบนนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิณณโลก เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2547

ลงนาม

(นายแพทย์ธีระ ศิริอาชาวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ  
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความคงที่ภายในใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach coefficient) ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร, 2545)

$$\alpha = \frac{n \left[ 1 - \sum s_i^2 \right]}{n-1 \quad s_i^2}$$

$\alpha$  = ค่าความคงที่ภายใน

$n$  = จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

$\sum s_i^2$  = ผลรวมของคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ

$s_i^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบแบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) มีสูตรดังนี้

$$t = \frac{\sum D}{\frac{\sqrt{n \sum D^2 - (\sum D)^2}}{n-1}}$$

$$df = n-1$$

เมื่อ  $t$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

$D$  = ผลต่างของคะแนนในแต่ละคู่

$n$  = จำนวนคู่

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติที่แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) มีดังนี้

$$\text{เมื่อ } \delta_1^2 = \delta_2^2$$

$$\text{ใช้สูตร } t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{s^2_p \left[ \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}} \quad , df = n_1 + n_2$$

$$s^2_p \sqrt{\left[ \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}$$

เมื่อ  $s^2_p$  เป็นความแปรปรวน ซึ่งคำนวณได้จาก

$$s^2_p = \frac{(n_1-1) s^2_1 + (n_2-1) s^2_2}{n_1 + n_2 - 2}$$



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเขาวนีย์ ล่องชุมผล เกิดวันที่ 21 มีนาคม 2521 ที่จังหวัดสุโขทัย สำเร็จการศึกษา  
พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก  
พ.ศ. 2543 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต  
และจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2545

ปัจจุบัน ดำรงตำแหน่งพนักงานสายวิชาการ (อาจารย์) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
นเรศวร จังหวัดพิษณุโลก



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย