

ผลของจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของ  
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

เรืออากาศเอกหญิงอุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2554  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

THE EFFECT OF SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY WITH PARTICIPATING FAMILY  
ON DEPRESSIVE SYMPTOMS OF ELDERLY PATIENTS WITH  
MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Flight Lieutenant Udomlak Sripeng

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2011  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของจิตบำบัดระดับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

โดย

ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

สาขาวิชา

เรืออากาศเอกหญิงอุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้แนบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิงดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลจิต)

อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ : ผลของจิตบำบัดระดับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. ( THE EFFECT OF SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY WITH PARTICIPATING FAMILY ON DEPRESSIVE SYMPTOMS OF ELDERLY PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER ) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 178 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังได้รับจิตบำบัดระดับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าอายุ 60 ปีขึ้นไป แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน ภายหลังการจับคู่และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการทำจิตบำบัดระดับประคองรายครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดจิตบำบัดระดับประคองของ Winston , Rosenthal and Pinsker (2004) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบบประเมินภาวะซึมเศร้าได้วิเคราะห์ความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบารคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที(t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังได้รับจิตบำบัดระดับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ำกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05
2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของกลุ่มทดลองที่ได้รับจิตบำบัดระดับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช..ลายมือชื่อนิสิต ..  
ปีการศึกษา.....2554.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 5277624036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : DEPRESSIVE SYMPTOMS / ELDERLY PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER / SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY WITH PARTICIPATING FAMILY

UDOMLAK SRIPENG: THE EFFECT OF SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY WITH PARTICIPATING FAMILY ON DEPRESSIVE SYMPTOMS OF ELDERLY PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. ADVISOR: ASST. PROF. RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., 178 pp.

The purpose of this quasi experimental research were to compare depressive symptoms of elderly patients with major depressive disorder before and after receiving the supportive psychotherapy with participating family and between the experimental and the control group. Thirty potential participants, whose diagnosed MDD, aged 60 years and older, were recruited from the outpatient department of the Institute of Aviation Medicine Royal Thai Air Force Bangkok . After paired matching characteristics of gender, age, level of depressive symptoms and treatment, participants were randomly assigned to the experimental and the control group with 15 each. The experimental group received the supportive psychotherapy with participating family, developed by applying the concept of Winston, Rosenthal and Pinsker (2004), while the control group received the usual care. Data collection by using, the personal questionnaire, the Hamilton Rating Scale for Depression Thai version (HRSD-T), and the positive relationship level scale. All instruments were tested for validity and reliability. The reliability of the HRSD-T using Chonbach's Alpha coefficient was .83 .The data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Major results were as followings:

1. Depressive symptoms of elderly patients with major depressive disorder after receiving the supportive psychotherapy with participating family were statistically significant lower than those before, at the .05 level.
2. Depressive symptoms of the experimental group who received the supportive psychotherapy with participating family were statistically significant lower than those in the control group, at the .05 level.

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing.... Student’s Signature.....  
 Academic Year.....2011..... Advisor’s Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้สร้างแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์ให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อีกทั้งเอื้ออาทรเอาใจใส่ให้กำลังใจตลอดการทำวิทยานิพนธ์ เป็นพลังให้ผู้วิจัยมีความพยายามในการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จเกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาจากท่านเป็นอย่างยิ่งและเป็นเกียรติอย่างสูงที่ได้รับการประสิทธิประสาทวิชาความรู้จากท่านจึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้มอบความรู้และคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ รวมทั้งคณาจารย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ประสบการณ์ต่างๆ ขอขอบพระคุณอาจารย์ สกาวรัตน์ พวงลัดดา ผู้ให้การดูแลฝึกปฏิบัติจิตบำบัดระดับประคองให้ความรู้เพื่อการเป็นผู้บำบัดที่ดี ขอขอบพระคุณเจ้าของเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาใช้ทุกชุด และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านที่กรุณาให้เวลาอันมีค่าให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์การbinกองทัพอากาศ จิตแพทย์และพยาบาลแผนกจิตเวชศาสตร์ ที่เอื้ออำนวยสถานที่ในการดำเนินการวิจัยและช่วยเหลือผู้วิจัย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ความอนุเคราะห์รวมทั้งพี่ๆและเพื่อนนิสิตทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือคอยดูแลซึ่งกันและกัน ช่วยให้ผู้วิจัยมีกำลังใจทำงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปได้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติและจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่มอบทุน 90 ปีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองทุนรัชดาภิเษกสมโภชที่สนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อบุญช่วย-คุณแม่ประไพ ศรีเพ็ง และผู้ที่เป็นครอบครัว ผู้สร้างชีวิตสติปัญญา ผู้ให้ความรักคอยให้กำลังใจและทุกสิ่งทุกอย่างแก่ผู้วิจัย ตลอดจนถึงคุณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้านให้กำลังใจยามท้อแท้จนผ่านอุปสรรคต่างๆไปได้

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิประสาทวิชา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกคน และทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	
ความเป็นมาและคำสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	10
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	15
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	16
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	19
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	
โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุ.....	21
จิตบำบัดประคับประคอง.....	50
การพัฒนาคู่มือการทำจิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัว.....	58
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	71
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	76
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	80
การดำเนินการทดลอง.....	88
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	111
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	113
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	122

	หน้า
ข้อเสนอแนะผลการวิจัย.....	139
รายการอ้างอิง.....	141
ภาคผนวก.....	152
ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	153
ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	155
ภาคผนวก ค. ใบรับรองการพิจารณาจริยธรรม.....	170
ภาคผนวก ง. คะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง.....	177
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	178



## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched paired) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	79
2. ตารางแสดงการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง.....	92
3. ตารางแสดงการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุม.....	93
4. จำนวนร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา.....	114
5. จำนวนร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว และโรคประจำตัว.....	115
6. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	117
7. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและ หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	118
8. คะแนนอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง..	177

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2563 โดยจะก่อให้เกิดความสูญเสียต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนซึ่งมีความสำคัญเป็นลำดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (World Health Organization, 2004; ชรินทร์ ลิ่มสนธิกุล, 2552) จากการศึกษาเปรียบเทียบกันระหว่างองค์การอนามัยโลก (WHO) ธนาคารโลก (World Bank) และมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard School of Public Health) ได้คาดการณ์ทุกภูมิภาคของโลกจากการวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี โรคซึมเศร้าจะเปลี่ยนจากโรคที่เป็นภาระอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 เป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 แสดงถึงความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกที่เกิดจากโรคนี้จะเพิ่มเป็นเท่าตัว และความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้น (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) การศึกษาภาระโรคปี 2000 Global Burden of Disease ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าจำนวนปีที่มีการสูญเสียสุขภาพ (Disability Adjusted Life Years DALYs) คิดเป็นร้อยละ 4.4 (Chisholm et al., 2004; Ustun et al., 2004) ในต่างประเทศจากการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าพบสูงในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งคิดเป็นร้อยละ 17.1 (Greenberg et al., 2003) และในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป อยู่ในช่วงร้อยละ 1-5 ส่วนความชุกอาการซึมเศร้าที่มีผลทางคลินิกอยู่ในช่วงร้อยละ 8-16 (Blazer, 2003)

สำหรับในประเทศไทยจากการจัดทำเครื่องชี้วัดภาระโรคครั้งที่ 2 ดำเนินการปี พ.ศ. 2547 โดยคณะทำงานโครงการจัดเครื่องชี้วัดภาระโรค พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะสูงที่สุดอันดับ 4 ในผู้หญิง และอันดับ 10 ในผู้ชาย และพบว่าจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความพิการหรือการเจ็บป่วย (Years Lived with Disability YLDs) ในผู้หญิงอยู่ในอันดับที่ 1 และในผู้ชายอยู่ในอันดับที่ 2 (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2552) จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552 มีจำนวน 165,785 คน คิดเป็นอัตรา 260.78 ต่อแสนประชากร (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน, 2553) การสำรวจระบาดวิทยาโรคจิตเวชของไทยการสำรวจปี พ.ศ. 2551 ความชุกของโรคซึมเศร้าต่อประชากร 1,000 คน ผู้ที่มีอายุ 55-59 ปี เท่ากับ 41.95 และผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปีเท่ากับ 34.58 (กรมสุขภาพจิต, 2551) ในปี พ.ศ. 2551 สถิติการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มโรคซึมเศร้าอยู่ในลำดับที่ 2 รองจากโรคจิตเภทที่เข้ารับการ

รักษามากที่สุดในโรงพยาบาลศรีธัญญา คิดเป็นร้อยละ 7.2 จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2552 ของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ F30-F39 จำแนกตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ International Classification of Diseases (ICD-10) ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ในเพศชาย พบจำนวน 16,373 คน คิดเป็นร้อยละ 22.15 ในเพศหญิง พบจำนวน 23,965 คน คิดเป็นร้อยละ 24.86 (กรมสุขภาพจิต, 2552) และพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นทุกปี ในพ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2549 มีจำนวน 3,776 คน , 4,274 คน และ 4,455 คน คิดเป็นร้อยละ 2.8, 3.4 และ 4.45 ตามลำดับ (งานเวชสถิติศูนย์สารสนเทศ, 2551) และจากสถิติของแผนกจิตเวชศาสตร์ สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศในปีตั้งแต่พ.ศ. 2552-2554 มีผู้มารับบริการทั้งหมด 4,990 ราย , 4,839 ราย และ 4,423 ราย มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจำนวน 437 ราย , 675 ราย และ 649 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.75 , 13.95 และ 14.95 (งานเวชระเบียนสถิติ แผนกจิตเวชศาสตร์ สถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ , 2554) แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่มารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2004 โรคซึมเศร้านอกจากพบได้บ่อยในผู้สูงอายุแล้วยังส่งผลกระทบต่อการฆ่าตัวตายตามมาสูงอีกด้วย (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547) มีการศึกษาที่พบว่าจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรผู้สูงอายุไทย มีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายและในครึ่งหนึ่งของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดนั้น ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และสิริเกียรติ ยันติกล, 2541)

โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ซึ่งนำไปสู่การทำหน้าที่ต่างๆของบุคคลผิดปกติ และภาวะทุพพลภาพผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความผิดปกติใน ด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ความสนใจต่อกิจกรรมรอบตัวลดลง (Beck, 1967) โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุกข์ทรมานมากที่สุดเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ (WHO, 2001 อ้างถึงใน เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ อุมภาพร อุดมทรัพย์กุล, 2554) ในผู้สูงอายุเป็นโรคที่มีผลกระทบอย่างมากต่อทั้งชีวิตและความเป็นอยู่และสุขภาพโดยรวม โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดทุพพลภาพ เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเสื่อมของสุขภาพ ความเสื่อมของความคิด ความจำ และความสามารถทางสังคม ซึ่งนำไปสู่ความเสียชีวิตในที่สุด (Blazer, 2003) ยังมีการศึกษาพบว่าการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี โดยพบว่าเมื่อติดตามผู้ป่วยสูงอายุ 24 เดือนมีเพียงร้อยละ 33 เท่านั้นที่อาการดีขึ้น แต่ร้อยละ 33 ยังคงมีภาวะซึมเศร้า และในขณะที่ร้อยละ 21 มีการเสียชีวิต (Cole, Bellavance and Mansour, 1999) อีกทั้งการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุนั้นนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุนับเป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากมีอาการแสดงออกไม่ชัดเจนทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยที่เหมาะสม

สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจาก ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยทางด้านสังคม (social factors) ร่วมกัน (Blazer, 2003; Ebersole, Hess and Luggen, 2004; Nordhus et al., 1998) รวมถึงด้านจิตวิญญาณและความเชื่อด้านศาสนา (Blazer, 2003) ปัจจัยด้านชีวภาพคือการเปลี่ยนแปลงระบบสารเคมีในสมองทำให้อารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นอยู่เป็นระยะเวลานานโดยไม่มีท่าทีว่าจะดีขึ้น (Pearce, 2008) การเสื่อมและสูญเสียของเซลล์ประสาททำให้ร่างกายมีการตอบสนองช้าลง การสูญเสียความจำส่งผลต่อการซึมเศร้าและแยกตัว (ซัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสเกิดโรคร่วมทางกายได้มากและรุนแรงกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า และในทางกลับกันผู้ที่เป็โรคทางกายเช่น ข้อเข่าเสื่อม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าเช่นกัน (Ebersole et al., 2004) ปัจจัยด้านจิตใจเกิดจากความคิดในทางลบ มองเหตุการณ์ในแง่ร้าย ทำให้รู้สึกสิ้นหวังท้อแท้มองตนเอง มองสังคม มองอนาคตในแง่ลบ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (Kaplan and Sadock, 1993) การสูญเสียคนที่รักและความเชื่อของการกระทำที่ไม่ดีในอดีตเป็นสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2550) ปัจจัยทางสังคม เกิดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมจากเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นได้รับการเลี้ยงดูจากลูกหลาน สูญเสียรายได้ เพื่อนสนิท คู่สมรส บทบาททางสังคมลดลง มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง กิจกรรมทางสังคมลดลง (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549) การขาดการคำจุนทางสังคมในขณะที่สุขภาพไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า โดยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า (Blazer and Hughes, 1991)

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง การสูญเสียภาพลักษณ์ อีกทั้งความเสื่อมทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้มากซึ่งส่งผลต่อการเกิดความเครียดและเกิดปัญหาทางจิตตามมา ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีปัญหาการปรับตัว มักแยกตัวจากสังคม อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อการทำงานต่างๆ ของร่างกายสูญเสียไปเปรียบได้กับการไร้ความสามารถ อีกทั้งคุณภาพชีวิตลดลงบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วมทางสังคมลดลงและเกิดปัญหาเศรษฐกิจตามมา (Heo et al., 2008) แสดงให้เห็นว่าสาเหตุและปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการตอบสนอง การทำงานของสภาวะจิต โดยใช้กลไกทางจิตที่ทำให้การรับรู้ความคิดบิดเบือนไปส่งผลต่อ การเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และไม่สามารถปรับตัวจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชนมักจะพบปัญหาเช่น ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวลดลง ไร้ความสามารถไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ เมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ แม้กระทั่งการดูแลตนเอง จึงเกิด

ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง และเกิดปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาการของโรคซึมเศร้ากำเริบ เช่น การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น ขาดความรู้ในการดูแลตนเองในโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้นำมาซึ่งความบกพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Prins et al., 2008; พูลสิน เฉลิมวัฒน์, 2552)

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุ ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว (เพ็ญศรี หลินศวนนท์, 2543) การขาดการสนับสนุนและกำลังใจจากครอบครัว (วิรุจน์ คุณกิตติ, 2543) ปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว การทำหน้าที่หรือการสนับสนุนของครอบครัว ขาดการเอาใจใส่ดูแล ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุลดการติดต่อกับบุคคลอื่นๆ มักส่งผลต่อความตึงเครียดในผู้ป่วยสูงอายุ การสื่อสารภายในครอบครัวที่ไม่ชัดเจน ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยวถูกทอดทิ้ง ความภาคภูมิใจลดลงนำมาซึ่งอาการซึมเศร้าที่เป็นโรครุนแรงที่สุด การแสดงอารมณ์ของครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า โดยครอบครัวที่แสดงอารมณ์รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบในอัตราสูง แม้ได้รับยาเต็มที่ การเผชิญความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย (ดวงใจ กสานติ, 2542) ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ การให้ความรักใคร่ผูกพันความช่วยเหลือต่างๆ การให้ความมั่นใจในคุณค่า หรือความสามารถบทบาทการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า (Greden, 2001) ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุส่วนหนึ่งมาจากการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว ในการสังเกตอาการเตือน รูปแบบการนอนหลับ อารมณ์ ความเชื่อมั่นตนเอง การรับประทานอาหาร ความสนใจทางเพศ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า ส่งเสริมการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (พรพรรณ ศรี โสภา, 2552) การสนับสนุนทางสังคมไม่ใช่การรักษาโดยตรงแต่เป็นความรู้สึก เป็นเจตคติ เป็นกิริยาที่แสดงออกถึงความสนใจ เมตตา กรุณา ที่ได้รับจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน ซึ่งบุคคลเหล่านี้ให้ความช่วยเหลือและเกิดเป็นเครือข่ายของการสนับสนุนทางสังคม การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวจะช่วยส่งเสริมให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งช่วยให้บุคคลผู้นั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (ศุภร์ใจ เจริญสุข อ้างถึงใน ชนวรรณ พยุงผล, 2545) และถ้าครอบครัวทำความเข้าใจใส่ใจในภาวะจิตใจของสมาชิกในครอบครัวเดียวกันจะช่วยปรับสภาพความเป็นอยู่ให้เหมาะสม ซึ่งการสนับสนุนและช่วยเหลือของครอบครัวและสังคมจะช่วยลดปัญหาความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้แม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่สามารถ

พบปะผู้คน ได้ดั้งเดิม แต่ถ้าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความใกล้ชิดจะเกิดมีความรู้สึกพึงพอใจ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

ดังนั้นความสัมพันธ์ในครอบครัวและการสนับสนุนการดูแลเอาใจใส่อารมณ์ของสมาชิกครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่สำคัญที่สุด และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว ถ้าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัญหาเรื้อรัง สมาชิกรู้สึกสับสนมีความห่างเหินทางอารมณ์จะทนต่อความเครียดไม่ได้ แต่ถ้าปฏิบัติต่อกันเหมาะสมสมาชิกจะมีสุขภาพดี (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมการสนับสนุนการทำหน้าที่ของครอบครัว ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีสัมพันธ์ที่อบอุ่นในครอบครัว มีการสื่อสารที่เหมาะสม มีการช่วยเหลือ ดูแล ยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งจะส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วย สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และการรับรู้สภาพปัญหาในครอบครัว และร่วมกันหาหนทางแก้ไขจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความหมาย มีคุณค่าในตนเอง (บุญพา ณ นคร, 2545)

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่คำนึงความสำคัญของความสัมพันธ์เชิงบำบัดระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยมีผลลัพธ์เพื่อลดอาการทางจิตและปรับการทำงานของสภาวะจิตให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นได้ โดยไม่มีการคุกคามจากการเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข หรือสภาวะที่ดี ครอบครัวเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง เช่น เรื่องการรับประทานยา การพักผ่อน การรับประทานอาหาร ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือสนับสนุนประคับประคองทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ แนวทางการรักษาที่นิยมในโรคซึมเศร้า คือการรักษาทางยาและการบำบัดทางจิตสังคม แม้ว่าการรักษาทางยาจะได้ผลดีในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรง แต่พบว่า ร้อยละ 35-40 ไม่ตอบสนองต่อยาต้านเศร้า หรือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางรายปฏิเสธการรับประทานยา เนื่องจากไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ของยาได้นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้สูง (Beck et al., 1979)

จากจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2552-2554 มีจำนวน 1,022,504 , 1,055,548 และ 1,091,646 คน ตามลำดับ ในภาพรวมจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวช มีจำนวนเพิ่มขึ้นมีโครงการแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิมากขึ้น (กองแผนงาน, 2554) จึงต้องพัฒนาระบบการบริการในสถานบริการสาธารณสุขเพื่อให้การบริการด้านสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ และมี

มาตรฐานทำให้ประชาชนเข้ามารับบริการด้านสุขภาพจิตได้ทั่วถึงมากยิ่งขึ้นเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับไว้ในโรงพยาบาลจากความรุนแรงของโรค และสามารถให้ผู้ป่วยสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ สำหรับในโรงพยาบาลของรัฐที่ไม่ได้สังกัดกรมสุขภาพจิตที่มีแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชพบมีจำนวนผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ในการรับบริการแผนกตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช ซึ่งโรคซึมเศร้าที่พบในเวชปฏิบัติทั่วไป (primary care setting) มักจะถูกมองข้ามโดยไม่ได้รับการวินิจฉัย โดยส่วนใหญ่การรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จะเป็นในลักษณะที่ผู้ป่วยมาติดต่อเพื่อติดตามผลการรักษา และรับยารักษาต่อเนื่อง จากการศึกษาคุณภาพบริการในภาพรวมของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไปในเขตภาคเหนือ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในบริการที่ได้รับมากกว่าความคาดหวังในบริการ ในทุกๆด้าน แสดงให้เห็นว่าเป็นการบริการมีคุณภาพ แม้ผลการวิจัยจะสรุปได้ว่าเป็นการบริการที่มีคุณภาพ แต่ควรตระหนักถึงการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องและรักษาระดับคุณภาพบริการ ให้เป็นที่ประทับใจแก่ผู้รับบริการตลอดไป ซึ่งการบริการผู้ป่วยนอกจิตเวชส่วนใหญ่ จะให้บริการที่คล้ายคลึงกัน คือ การบริการตรวจและวินิจฉัย และบำบัดรักษาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและญาติ (อัชฌา หรัยลอย, 2544)

ที่คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกมีการทำประวัติเฉพาะของแผนกจิตเวช และให้เข้าพบสังคมสงเคราะห์ของแผนกจิตเวชทุกราย เพื่อสอบถามประวัติ อาการเจ็บป่วย และปัญหาที่มาพบจิตแพทย์ ตรวจร่างกาย มีการประเมินแบบสอบถามการฆ่าตัวตาย และเข้าพบจิตแพทย์ หลังพบแพทย์ติดต่อกันในครั้งต่อไป โดยมีพยาบาลให้คำแนะนำปรึกษา การปฏิบัติตนของผู้ป่วย และการดูแลของครอบครัวรวมทั้งคำแนะนำเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจก่อนนัดในกรณีอาการรุนแรง การรับประทานยาและผลข้างเคียงของยาซึ่งได้สร้างความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ (จิตเวชรามา, 2554) ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด คือรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในซึ่งแตกต่างจากการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มารับบริการด้านสุขภาพ ปรึกษาและกลับไปอยู่ที่บ้านและชุมชนส่วนใหญ่อาการจะคงที่

สำหรับสถานการณ์โรคซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการด้านสุขภาพจิตบางแห่ง ยังไม่มีการประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นยังไม่มีแบบแผนการบริการที่ชัดเจน เนื่องด้วยมีข้อจำกัดในด้านจำนวนบุคลากรและบุคลากรที่มีความชำนาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชไม่เพียงพอ และเนื่องจากอาจมีภารกิจหลักอื่นๆ เช่น ความปลอดภัยหรือการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นฝ่ายสุขภาพกายมากกว่าสุขภาพจิต จึงมีการบริการอันได้แก่ ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก และบำบัดผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปรวมทั้งบำบัด

ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดเชื้อเสพติด ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน บุคคลากร ครอบครัว และชุมชนให้มีสุขภาพที่ดี โดยการบริการในรูปแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าแนวโน้มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการเพิ่มขึ้น ในขณะที่จำนวนผู้มารับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มมากขึ้นระบบการบริการผู้ป่วยนอกในแผนกจิตเวชศาสตร์ และด้วยการะงานที่รับผิดชอบในภารกิจหลัก จึงยังไม่มีงบการบำบัดทางจิตในผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่ชัดเจน ลักษณะการให้บริการเป็นการประเมินอาการผู้ป่วยซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินปัญหาส่งต่อก่อนพบแพทย์ พบจิตแพทย์ และให้คำแนะนำภายหลังพบแพทย์ ในเรื่องการรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตามนัด ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยจึงค้นพบปัญหาความต้องการการดูแลผู้ป่วยในการบำบัดรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนข้อมูลจากประวัติของผู้ป่วยวัยสูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามีอาการสำคัญที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ สถาบันเวชศาสตร์การbinพบว่ามาด้วยอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่รับประทานอาหาร รู้สึกเศร้า คิดมาก มีปัญหาในการดูแลตนเอง รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ไม่มีคุณค่า ไม่รับประทานยาขาดยา มีอาการร่วมทางกายมาก มีความคิดทำร้ายตนเอง บางรายมีอาการรุนแรงที่ต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลเฉพาะทาง พบว่าจากอาการดังที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการของผู้ป่วยที่นอกเหนือจากการรักษาทางยาเท่านั้น เพราะผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีปัจจัยหลายอย่างส่งเสริมความรุนแรงของอาการซึมเศร้า รวมทั้งการปฏิบัติของครอบครัวต่อผู้ป่วย จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ต้องการการดูแลที่ครอบคลุมเพื่อลดและป้องกันความรุนแรงของอาการและสามารถให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้ลดการส่งต่อโรงพยาบาลในระดับต่อไปได้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะส่งผลทางบวกต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การรักษาทางจิตในผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่าการรักษาทางจิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการรักษาทางจิตสังคมที่ได้ผลมีประสิทธิภาพซึ่งการทำจิตบำบัดเป็นวิธีการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาหรือความผิดปกติทางจิตใจ โดยใช้วิธีสื่อสารทางวาจา หรือการพูดคุย รวมทั้งการสื่อความหมายทางอื่น เช่นอากัปกริยา ท่าทาง สีหน้า และสัมพันธภาพเชิงบำบัดซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้านจิต โดยมีจุดมุ่งหมายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ป่วยจากการศึกษาในประเทศออสเตรเลียในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 56.1% เชื่อว่าการรักษาทางยาจะลด



อาการซึมเศร้าได้ 46.2% ต้องการคำปรึกษาทางสุขภาพเพื่อลดอาการซึมเศร้า 28.9% ต้องการคำแนะนำในการดูแลตนเองในการลดอาการซึมเศร้า 13% ต้องการการบำบัดทางสังคม และ 7.6% ต้องการการฝึกทักษะในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ (Prins et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ( $\geq 65$ ปี) พบว่า 53% เชื่อว่าสิ่งสำคัญในการลดอาการซึมเศร้าได้ คือการพูดคุยรับคำปรึกษาจากแพทย์ในเรื่องอาการซึมเศร้า (Sarkisian, Lee-Henderson and Mangione, 2003) ทำให้ทราบได้ว่าผู้ป่วยต้องการที่ปรึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า การเผชิญปัญหาและความเครียด (Prins et al., 2008; พูลสิน เฉลิมวัฒน์, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดทางจิตสังคมอื่นๆ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Mohlman and Gorman, 2005; Satterfield and Crabb, 2010) จิตบำบัดระหว่างบุคคล (Reynolds III et al., 2006; Van Schaik et al., 2007) การระลึกถึงความหลัง (Hsieh and Wang, 2003) การฝึกการแก้ปัญหา (Arean et al., 1993; Mynor-Wallis 1996; Oxman et al., 2008) จากการศึกษาที่ผ่านมา Hellerstein et al. (1998) ศึกษาการทำ Supportive psychotherapy และ Dynamic Therapies เปรียบเทียบในผู้ป่วย 24 ราย และ 25 ราย ตามลำดับในผู้ที่มีปัญหาบุคลิกภาพแปรปรวน เป็นรายบุคคล ระยะเวลา 6 เดือน พบว่า Supportive psychotherapy มีประสิทธิภาพดีกว่า มีความมั่นคงในระยะยาวมากกว่า ลดอาการทางจิตได้ดีกว่า และเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ได้และการศึกษาการใช้จิตบำบัดประคับประคองระยะสั้น ร่วมกับการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้า ของ Jonghe et al. (2000) ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 84 ราย รับประทานยาต้านอาการเศร้า และ 83 ราย ใช้จิตบำบัดประคับประคองระยะสั้น 16 session เป็นเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยที่ใช้จิตบำบัดประคับประคองระยะสั้นจะได้ผลดีในสัปดาห์ที่ 8, 16 และ 24 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่รับประทานยาต้านอารมณ์เศร้า ได้ผลดีในสัปดาห์ที่ 24 และในผู้ที่ได้รับประทานยาร่วมกับการทำจิตบำบัดประคับประคองระยะสั้น ได้ผลดีในสัปดาห์ที่ 24 เช่นกัน

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย อรวรรณ ลีทองอิน (2543) ศึกษาผลของจิตบำบัดทางสังคมในผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า จำนวน 1 ราย โดยทำการบำบัดทางจิตสังคมเป็นรายบุคคล จำนวน 7 ครั้ง ด้วยวิธีแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ฝึกสมาธิเบื้องต้น ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจตนเองมากขึ้น ระดับความวิตกกังวล และระดับความซึมเศร้าลดลง ในผู้ป่วยทางด้านร่างกายมีผู้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ที่ได้รับเคมีบำบัด โดยศิริพร สวายพริ้ง (2551) ในผู้ป่วยจำนวน 26 คน ด้วยโปรแกรมจิตบำบัดประคับประคอง 4 ครั้ง รายบุคคลพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าลดลงภายหลังได้รับโปรแกรม สำหรับการศึกษานักศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ชาวนี ล่องชูผล (2547) ศึกษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี

โดยศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 40 คนระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลง

ในการศึกษาด้วยจิตบำบัดระดับประคองทั้งรายบุคคลและกลุ่ม ยังไม่พบว่ามี การนำครอบครัวมามีส่วนร่วมต่อการบำบัด ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า พบว่าการขาดการสนับสนุนและกำลังใจจากครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัวมีผลต่ออาการซึมเศร้า (เพ็ญศรี หลินสุนนท์, 2543; วิรุจน์ คุณกิตติ, 2543) การแสดงอารมณ์ของครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า (ดวงใจ กसानติกุล, 2542) จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมการสนับสนุนการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีสัมพันธ์ที่อบอุ่นในครอบครัว มีการสื่อสารที่เหมาะสม มีการช่วยเหลือ ดูแล ขอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งจะส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วย สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และการรับรู้สภาพปัญหาในครอบครัว และร่วมกันหาหนทางแก้ไขจะทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกมีความหมาย มีคุณค่าในตนเอง (บุญพา ฌ นคร, 2545)

การรักษาโดยจิตบำบัดระดับ ประคองเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต โดยมุ่งเน้นเพื่อลดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการปรับตัว เพิ่มการนับถือตนเอง สามารถควบคุมและตัดสินใจได้ เป็นการมุ่งเน้นช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับจิตสำนึก และสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษา (Winston, Rosenthal and Pinsker, 2004) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นโดยไม่ต้องค้นหาปัญหาจากจิตใจของผู้ป่วยลึกซึ้งซึ่งให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ภายนอกที่เป็นสาเหตุของโรค มากกว่าความขัดแย้งภายในจิตใจของผู้ป่วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) มีแนวทางหลักคือเสริมกลไกทางจิตให้มั่นคงกว่าเดิม ส่งเสริมวิธีที่ดีในการแก้ปัญหา เป็นการรักษาในระดับจิตสำนึกเท่านั้น ไม่เข้าไปจัดการความขัดแย้งภายในจิตไร้สำนึก การใช้จิตบำบัดระดับประคอง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(self esteem)ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptive skill) (Winston et al.,2004) มีการศึกษาที่พบว่าการใช้จิตบำบัดระดับประคองมีประสิทธิภาพดีถ้าเป็นการทำงานร่วมกัน กำหนดเป้าหมายและไปสู่จุดหมายร่วมกันมากกว่าการที่ผู้บำบัดให้ความช่วยเหลือเพียงอย่างเดียว การมีส่วนร่วมมีผลต่อการบำบัด (Cailhol et al., 2009) การบำบัดทางสังคมรายบุคคลที่มีครอบครัว ร่วมในการดูแลผู้สูงอายุจะได้ผลดี (Ebersole et al., 2004) การให้การสนับสนุนและให้กำลังใจครอบครัว ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว จัดกิจกรรมต่างๆ การเสริมสร้างสถาบันครอบครัว ส่งเสริมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา สังคม ละจิตวิญญาณ เมื่อครอบครัวเข้มแข็งสมาชิกใน

ครอบครัวย่อมมีสุขภาพจิตที่เข้มแข็งด้วยเช่นกัน ส่งผลให้มีคุณภาพที่ดีแก่สังคม (สมร็ก ชูวานิชวงศ์ , 2546)

ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตซับซ้อนเพื่อให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ มีความทันสมัย การกระทำการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะ โรคที่มีปัญหาซับซ้อน จัดการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ใช้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัยความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบัน ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลในกลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะ โรคอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้ และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์ การดูแลผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะ โรคที่มีปัญหาซับซ้อน การทำจิตบำบัดในกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุและครอบครัวเป็น บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง มีบทบาทในการดูแลบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน ซึ่งเหมาะสมกับสถานการณ์ แนวโน้มการเจ็บป่วยของโรคซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้นและสอดคล้องกับทิศทางแผนยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิตในการดูแลสุขภาพของประชากร

ดังนั้นการพยาบาลที่จะสามารถแก้ปัญหาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคมามากขึ้นดำรงอยู่ในสังคมได้นั้น ผู้วิจัยคาดหวังว่าการทำจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมจะสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ และเกิดประโยชน์ต่อการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชนเพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการวิจัยครั้งนี้จึงคาดว่าสามารถขยายองค์ความรู้ที่มีความน่าเชื่อถือและนำไปใช้ประโยชน์ในทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในการป้องกันและลดความรุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ความสนใจต่อกิจกรรมรอบตัวลดลง (Beck et al., 1979) สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยด้านจิตสังคม (Biopsychosocial) สำหรับในผู้สูงอายุปัจจัยที่แตกต่างได้แก่ด้านจิตวิญญาณและความเชื่อด้านศาสนา (Blazer, 2003; Ebersole et al., 2004; Nordhus et al., 1998) การสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ( เพ็ญศรี หลินศวนนท์ ,2543) อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุนับเป็นปัญหาสำคัญ เมื่อผู้ป่วยดำเนินชีวิตประจำวันในครอบครัวและชุมชน มักจะพบปัญหาต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวลดลง ไร้ความสามารถไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ เมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้แม้กระทั่งการดูแลตนเอง จึงเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง และเกิดปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น (Soderhamn, Lindencrona and Ek, 2000) ขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น ขาดความรู้ในการดูแลตนเองในโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้นำมาซึ่งความบกพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Prins et al., 2008; พูลสิน เถลิวัฒน์, 2552) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการทำจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) ของ Winston et al. (2004) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้เพื่อลดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ เป็นการมุ่งเน้นช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับจิตสำนึก โดยใช้สัมพันธภาพเชิงการบำบัดการให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ภายนอกที่เป็นสาเหตุของโรค มากกว่าความขัดแย้งภายในจิตใจของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุมีอาการดีขึ้น ( สมภพ เรื่องตระกูล, 2548 ) โดยใช้หลักการสำคัญ คือ การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต (Ego function) เพิ่มความมั่นคงของกลไกทางจิต เพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptive skill) ส่งเสริมวิธีการแก้ปัญหา ใช้เทคนิคการให้คำแนะนำ การกระตุ้น การให้กำลังใจ และไม่ใช้การสั่งหรือบังคับ กำหนดเป้าหมายและไปสู่จุดหมายร่วมกันมากกว่าการที่ผู้บำบัดให้ความช่วยเหลือเพียงอย่างเดียว (Cailhol et al., 2009)

แม้ว่าการทำจิตบำบัดรายกลุ่มมีประสิทธิผลในเกณฑ์ดีแต่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดที่ต้องคำนึงถึง เช่น การมีความบกพร่องทางความคิด ทางร่างกาย ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาการทำจิตบำบัดในผู้สูงอายุ จึงควรใช้การทำรายบุคคลจะได้ผลดีกว่า (Agronin, 2009) และเนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้สูงอายุต้องการการดูแลช่วยเหลือการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อบุคคลเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ (Qualls and Anderson, 2009) (Qualls & Anderson, 2009) ครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิก

ในครอบครัว ถ้าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัญหาเรื้อรังสมาชิกขาดความมั่นคงมีความสับสนทางอารมณ์ การสนับสนุนของครอบครัวเป็นความรู้สึก เป็นเจตคติ เป็นกิริยาที่แสดงออกถึงความสนใจ ได้รับจากครอบครัว ญาติพี่น้อง การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งช่วยให้บุคคลผู้นั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (ศุภกรใจ เจริญสุข อ้างถึงใน ธนวรรณ พยุงผล, 2545) ส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วย สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การรับรู้สภาพปัญหาในครอบครัวและร่วมกันหาหนทางแก้ไขจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความหมาย มีคุณค่าในตนเอง (บุญพา ฅ นคร, 2545) และถ้าครอบครัวทำความเข้าใจใส่ใจในภาวะจิตใจของสมาชิกในครอบครัวจะช่วยลดปัญหาความรุนแรงของผู้ป่วยส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการทำจิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิด Winston et al. (2004) โดยนำครอบครัวมามีส่วนร่วมเพื่อเป็นการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งใช้การทำจิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิดนี้ได้แก่

ระยะเริ่มต้น(Beginning) เป็นการเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ซึ่งเป็นระยะที่สำคัญต่อการก่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัดโดยยึดหลักในการฟังอย่างมีความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ให้ความเป็นกันเองเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้รับการบำบัด มีการศึกษาพบว่าการใช้สัมพันธ์ภาพในการบำบัดสามารถช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ (กัญญาพิชญ์ จันทร์นิยม, 2548) การรักษาแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) มีเป้าหมายในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยรับฟัง เก็บข้อมูล ผู้บำบัดมีบทบาท แนะนำ ช่วยแก้ไขปัญหาแวดล้อมทำเท่าที่จำเป็น เพราะการแนะนำในขณะที่ยังไม่มีความสัมพันธ์อันดีนั้น มีผลน้อย ระยะนี้ประกอบด้วย การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ และการสร้างบ้านร่วมกัน เป็นการสำรวจทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เพื่อให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกันไว้วางใจกัน เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม สร้างความคุ้นเคย การยอมรับนับถือความเป็นบุคคล การยอมรับซึ่งกันและกัน ยอมรับในศักยภาพ ความสามารถของผู้รับการบำบัดและระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วยเอง เพื่อการอยู่ร่วมกันที่ดี เข้าใจในมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุ ตกลงนัดหมายกันในเรื่องเวลาที่พบ จำนวนครั้ง ระยะเวลา สถานที่ กิจกรรมที่จัด ในระยะนี้คือสร้างสัมพันธ์ภาพและร่วมกิจกรรมการวาดรูป มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ ประเมินความต้องการ และการได้ระบายความรู้สึกของผู้ป่วยซึ่งประโยชน์ของการวาดภาพนั้น นอกจากเป็นกิจกรรมที่ได้สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวแล้วยังช่วยให้ได้ระบายออกทางอารมณ์ที่รู้สึกเศร้า (ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์ 2551)

ระยะกลาง (Middle stages) เป็นระยะตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงบำบัดมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดแรงกดดัน แต่คงสภาพโครงสร้างของบุคลิกภาพเดิม ไม่ขุดคุ้ยลงไปหาความขัดแย้งในจิตไร้สำนึก ใช้วิธีการต่าง ๆ ลดความเครียด ในระยะนี้เป็นขั้นที่ผู้รับการบำบัดยอมรับไว้ใจในผู้บำบัดว่าจะเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุน เกิดความตระหนักว่าต้องมีส่วนร่วมในการสร้างความเข้มแข็งของจิตใจ การปรับตัว การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง เกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญและจัดการเหตุการณ์ที่จะเข้ามาในชีวิต เพื่อไม่ให้ผู้รับการบำบัดใช้ชีวิตเยี่ยงเบน โดยให้ผู้บำบัดได้บอกเล่าเรื่องราวต่างๆ อย่างอิสระ ซึ่งผู้บำบัดรับฟังอย่างใส่ใจยอมรับความคิดความรู้สึก และการแสดงออกอย่างไม่มีเงื่อนไข ตระหนักในคุณค่าของผู้รับการบำบัด พร้อมทั้งชื่นชม ให้ความมั่นใจใน กระตุ้นส่งเสริมให้กำลังใจในสร้างความเข้มแข็งของสภาวะจิต การปรับตัว และปรับมุมมองใหม่ มีการประเมินเป็นระยะๆ กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ระยะนี้พึงระวังการตัดสินใจหรือขึ้นนำพึ่งตระหนักไว้เสมอว่าการบำบัดแบบประคับประคองต้องมีความสมดุลในการกำหนดเป้าหมายการบำบัดของผู้รับการบำบัดและผู้บำบัด (Winston, Rosenthal, & Pinsky, 2004) วยดูแลกันและกัน เป็นกิจกรรมให้ความรู้เรื่อง โรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองของผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัว สามารถสังเกตเฝ้าระวังอาการรุนแรงของโรค นอกจากนี้ยังป้องกันการเกิดโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชในครอบครัวสังคมได้ และเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัด และสมาชิกครอบครัว สร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชนได้ โดยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมกิจกรรมเพื่อการรับข้อมูลร่วมกัน และนำไปใช้ในการอยู่ร่วมกัน การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว มีความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับกับปัญหาของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการภาวะซึมเศร้า ค้นหาวิธีจัดการกับภาวะซึมเศร้า เพื่อส่งผลให้มีระดับภาวะซึมเศร่าลดลง (Cuijpers, 1998) การให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวในการสังเกตอาการเตือน รูปแบบการนอนหลับ อารมณ์ ความเชื่อมั่นตนเอง การรับประทานอาหาร ความสนใจทางเพศ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า ส่งเสริมการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยมุ่งเน้นให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Greden, 2001)

การบำบัดครั้งที่ 3 กิจกรรมของขวัญของเรา เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคงและเป็นสุขใจ ตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น โดยการจัดกิจกรรมของขวัญของเราโดยให้ผู้ป่วยและสมาชิกร่วมทำกิจกรรมห่อของขวัญร่วมกันเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และเสริมสร้างคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเมื่อสามารถทำกิจกรรมได้สำเร็จ โดยผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวได้สามารถชื่นชมผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ผู้สูงอายุจะมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตเมื่อได้ร่วมทำกิจกรรมกับบุคคลอื่น ทั้งในครอบครัวและสังคม มีพื้นฐานมาจากพฤติกรรมที่

ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Cockerham, 1997) จากแนวคิดกิจกรรมดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำกิจกรรมของขวัญเพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้ทำกิจกรรมร่วมกัน การที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมจนสำเร็จจะเกิดความภาคภูมิใจ เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง กิจกรรมหรือวิธีการใดก็ตามที่ผู้บำบัดสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่นการแสดงการยอมรับ ให้ความสนใจ การนับถือหรือการชื่นชมยินดี ล้วนเป็นสิ่งที่ผู้บำบัดสามารถนำมาใช้ระหว่างการทำบำบัด (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) ขณะที่ร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว นอกจากจะได้รับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแล้วยังได้รับความรู้สึกผ่อนคลาย มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

การบำบัดครั้งที่ 4 เสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง การส่งเสริมการปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิตใจ เป็นการทำความเข้าใจตนเองสร้างกำลังใจให้กับตนเอง มองตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริงโดยการฝึกให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวคิดหรือมองภาพใหม่จะทำให้พิจารณาเรื่องราวต่างๆ ได้หลายแง่มุม (Winston, et al., 2004) เกิดความเข้าใจตนเอง ยอมรับตนเอง มองตนเองในแง่บวก สามารถพัฒนาตนเองได้เป็นการส่งเสริมการปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิตใจ ซึ่งสมาชิกครอบครัวจะเป็นผู้ช่วยให้กำลังใจ และเป็นตัวอย่างที่ดีในการคิด ซึ่งการมองมุมใหม่ มองในแง่ยึดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริง จะช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาลักษณะใหม่ การจัดกิจกรรมครั้งนี้ จึงใช้ตัวอย่างการมองสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อชีวิต และ/หรือนำสถานการณ์ที่ครอบครัวประสบมาใช้เป็นตัวอย่างในการฝึกทักษะในการสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็งโดยให้สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยร่วมแสดงอารมณ์ความรู้สึกในทางบวกร่วมกัน

การบำบัดครั้งที่ 5 กิจกรรมการฝึกการปรับตัวมีจุดมุ่งหมายสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษา (Therapeutic Alliance) เพื่อบำบัดอาการ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทำให้อาการดีขึ้นฟื้นฟูและคงไว้ในส่วนที่ดี เป็นการเสริมกลไกทางจิตใจให้เข้มแข็งมากขึ้น การเพิ่มทักษะในการปรับตัว และด้วยเหตุที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมมักเกิดปัญหาว่ามีอาการซึมเศร้าแยกตัว การช่วยฝึกการปรับตัวเมื่อเผชิญสถานการณ์กดดันในชีวิต จะพร้อมที่จะเผชิญสถานการณ์เหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเพื่อปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิตใจให้มั่นคงโดยผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อการจัดการอารมณ์ความรู้สึกของตน เกิดการเรียนรู้เพื่อจัดการความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆ โดยจัดกิจกรรมการปรับตัวฝึกทักษะการผ่อนคลายและการจัดการความเครียด จะช่วยให้บุคคลเกิดความแข็งแรงด้านจิตใจจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดี (Cuijpers, 1998) ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีวิธีการลดความกดดันโดยใช้เทคนิคต่างๆลดการเกิดความเครียดที่เรื้อรัง บุคคลที่ฝึกการผ่อนคลายเป็นประจำจะช่วยให้มีสภาวะจิตใจที่มั่นคง สามารถปรับตัวเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเทคนิคการผ่อนคลายได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆ การกำหนดด้วยตนเอง การทำสมาธิ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการผ่อนคลาย 2 วิธีเพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว คือการฝึกหายใจ และการสวดมนต์ซึ่งคำนึงถึงด้านจิตวิญญาณที่เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยวัยสูงอายุ และสอดคล้องกับความเชื่อของผู้สูงอายุด้านศาสนา

ระยะยุติ (Terminate) เป็นการยุติการทำจิตบำบัดประคับประคอง เมื่อช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถจัดการกับความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด มีความเข้าใจยอมรับตนเองมากขึ้น มีความรับผิดชอบในความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตน มีพัฒนาการด้านจิตอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น เกิดการเรียนรู้วิถีคิดใหม่ๆ มองปัญหาใหม่และพฤติกรรมใหม่ เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาด้วยวิธีต่างๆ ในระยะนี้ประกอบด้วยการบำบัดครั้งที่ 6 การยุติการทำจิตบำบัดประคับประคอง โดยทบทวนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแล กิจกรรมเพื่อเสริมคุณค่าในตนเอง เสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็งการคิดเชิงบวก กิจกรรมการฝึกการปรับตัวการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ ในระยะนี้การส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจมีความสำคัญจะช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่

### สมมติฐานการวิจัย

- 1.ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังจากได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีอาการซึมเศร้าลดลง
- 2.ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังจากได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีอาการซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest control group designs) เพื่อศึกษาผลของการใช้จิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แผนกจิตเวชศาสตร์ สถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ กรุงเทพมหานคร

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Text Revision) DSM-IV-TR เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชศาสตร์



**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV-TR เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชศาสตร์ของสถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน

**ตัวแปรต้น** คือ การใช้จิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

**ตัวแปรตาม** คือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**อาการซึมเศร้า** หมายถึง การตอบสนองของบุคคลที่มีต่อระดับสารเคมีในสมอง สถานการณ์ ความเครียด หรือสภาพสังคมที่แวดล้อม อาการซึมเศร้า เป็นความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรมอันก่อให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ (mood disorders) อาการที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมในผู้ป่วยสูงอายุจะมีอาการทางกายร่วมด้วยซึ่งมีอาการติดต่อกันเกิน 2 สัปดาห์ ประเมินโดยใช้ประเมินโดย Hamilton Rating Scale for Depression Thai version (17) ที่มีคะแนนมากกว่า 13 คะแนนขึ้นไปซึ่งถือว่ามีความซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไป

**ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ** หมายถึง บุคคลอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV-TR ที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติหรือมีโรคฝ่ายกายที่รุนแรง

**จิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัว** หมายถึง กระบวนการบำบัดทางจิตสังคม ที่ช่วยสนับสนุน ช่วยเหลือผู้รับการบำบัด โดยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptive skill) ของผู้ป่วยร่วมกับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อลดอาการซึมเศร้าดำเนินการเป็นรายบุคคลโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 ระยะ ดำเนินการบำบัด 6 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

1. ระยะเริ่มต้น (Beginning) เป็นการเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัดใช้หลักในการฟังที่มีความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้บำบัด ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเกิดการยอมรับซึ่งกันและกันไว้วางใจกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม กิจกรรมที่จัดในระยะนี้คือการบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการสร้างบ้านร่วมกัน เป็นการเริ่มต้น

สร้างสัมพันธ์ภาพก่อนในช่วงแรก หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกิจกรรมการวาดรูปบ้านร่วมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ ประเมินความต้องการ และช่วยให้ได้ระบายออกทางอารมณ์ที่รู้สึกเศร้า ในระยะนี้ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1

2. ระยะกลาง (Middle stages) เป็นระยะที่ผู้บำบัดตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงบำบัดระหว่างผู้บำบัด ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว เพื่อความพร้อมดำเนินการเชิงบวก มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดแรงกดดัน คงสภาพโครงสร้างของบุคลิกภาพเดิม ไม่ขุดคุ้ยลงไปหาความขัดแย้ง ในจิตใจสำนึก ใช้วิธีการต่าง ๆ ลดความเครียด ลดแรงกดดันต่อจิตใจ ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเกิดความตระหนักว่าตนเองมีส่วนร่วมรับผิดชอบในความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตน สร้างความเข้มแข็งของจิตใจ การปรับตัว การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง เพื่อที่จะให้เกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญเหตุการณ์ที่จะเข้ามาในชีวิตของตน เป็นการปรับประคับประคองอารมณ์ ความรู้สึก กระตุ้นส่งเสริมให้กำลังใจในสร้างความเข้มแข็งของสภาวะจิตปรับมุมมองใหม่ ปรับตัวได้ในสภาวะกดดัน กระตุ้นให้เกิดความมั่นใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง โดยมีครอบครัวสนับสนุน ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ระยะนี้ประกอบด้วย

การบำบัดครั้งที่ 2 ร่วมด้วยช่วยเหลือกันและกัน เป็นกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองของผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัว โดยให้ความรู้และการจับคู่บัตรคำ ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันการเกิดโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชในครอบครัวสังคมได้ และเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชนได้ ให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมกิจกรรมเพื่อการรับข้อมูลร่วมกัน และนำไปใช้ในการอยู่ร่วมกัน ความรู้ที่ให้คือ เรื่องการสังเกตอาการเตือน รูปแบบการนอนหลับ อารมณ์ ความเชื่อมั่นตนเอง การรับประทานยา และอาการข้างเคียงจากยา การรับประทานอาหาร ความสนใจทางเพศ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า ส่งเสริมการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยมุ่งเน้นให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

การบำบัดครั้งที่ 3 กิจกรรมของขวัญของเรา เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคงและเป็นสุขใจ ตระหนักถึงในศักยภาพของตนเองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น โดยการจัดกิจกรรม กล้องของขวัญ โดยเริ่มจากให้ผู้ป่วยและสมาชิกทำกิจกรรมประดิษฐ์กล่องของขวัญร่วมกัน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และเสริมสร้างคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเมื่อสามารถทำกิจกรรมได้สำเร็จ โดยผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวได้สามารถชื่นชมผู้ป่วยในการทำกิจกรรม เมื่อผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมจนสำเร็จจะเกิดความภาคภูมิใจรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง แล้วยังได้รับความรู้สึกผ่อนคลาย การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

การบำบัดครั้งที่ 4 เสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง การส่งเสริมการปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิตใจ เป็นการทำความเข้าใจตนเองสร้างกำลังใจให้กับตนเอง มองตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริงโดยการฝึกให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว คิดหรือมองภาพใหม่จะทำให้พิจารณาเรื่องราวต่างๆ ได้หลายแง่มุม เกิดความเข้าใจตนเอง ยอมรับตนเอง มองตนเองในแง่บวก สามารถพัฒนาตนเองได้ เป็นการส่งเสริมการปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิตใจ ซึ่งสมาชิกครอบครัวจะเป็นผู้ช่วยให้กำลังใจ และเป็นตัวอย่างที่ดีในการคิด ซึ่งการมองมุมใหม่ มองในแง่ยึดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริง จะช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาลักษณะใหม่ การจัดกิจกรรมครั้งนี้ จึงใช้ตัวอย่างการมองสถานการณ์ โดยใช้แผ่นพลิกสถานการณ์สร้างสรรค์ หรือเหตุการณ์ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต ที่ครอบครัวประสบมาใช้เป็นตัวอย่างในการฝึกทักษะในการสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง โดยให้สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยร่วมแสดงอารมณ์ความรู้สึกในทางบวกร่วมกัน

การบำบัดครั้งที่ 5 กิจกรรมการฝึกการปรับตัว เป็นการเสริมกลไกทางจิตใจให้เข้มแข็งมากขึ้นเพิ่มทักษะในการปรับตัว โดยจัดกิจกรรมการปรับตัวฝึกทักษะการผ่อนคลายและการจัดการความเครียด จะช่วยให้บุคคลเกิดความแข็งแรงด้านจิตใจจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลที่ฝึกการผ่อนคลายเป็นประจำจะช่วยให้มีสภาวะจิตใจที่มั่นคง สามารถปรับตัวเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม จัดกิจกรรมการผ่อนคลาย 2 วิธีเพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว คือการฝึกหายใจ และการสวดมนต์ซึ่งคำนึงถึงด้านจิตวิญญาณที่เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยวัยสูงอายุ และสอดคล้องกับความเชื่อของผู้สูงอายุด้านศาสนา

3. ระยะเวลา (Terminate) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว มีความเข้าใจ ยอมรับตนเองมากขึ้น มีความรับผิดชอบในความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตน มีพัฒนาการด้านจิตอารมณ์ มีความเข้าใจตนเองในด้านการมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ในครอบครัวมากขึ้น เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ มองปัญหาใหม่ เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาด้วยวิธีต่างๆ ร่วมกัน โดยดำเนิน การบำบัดครั้งที่ 6 ยุติการทำจิตบำบัด ประคับประคอง เป็นการทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา เรื่องความรู้ทั่วไปเรื่องโรคซึมเศร้า การเสริมคุณค่าในตนเอง การเสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง การปรับตัว การฝึกผ่อนคลาย การเปลี่ยนมุมมอง ผู้บำบัดประเมินความพร้อมในการยุติการบำบัดว่าผู้รับการบำบัดพัฒนาความสามารถในการปรับตัว เสริมสร้างสภาวะจิตใจ มีทักษะในการปรับตัวได้ จึงเข้าสู่กระบวนการยุติการบำบัด สรุปการดำเนินกิจกรรม พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว ในการดูแลตนเองเพื่อลดอาการซึมเศร้า ดำเนินชีวิตต่อไปในครอบครัวและสังคมได้ ซึ่งระยะนี้ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ประเมินสภาพผู้ป่วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และครอบครัว โดยซักประวัติ อาการสำคัญ

ประวัติการเจ็บป่วย ตรวจร่างกาย ประเมินปัญหา โดยการวินิจฉัยการพยาบาล กำหนดวัตถุประสงค์ วางแผนการพยาบาลตามปัญหาในแต่ละราย และส่งต่อปัญหาให้แพทย์ผู้รักษาทราบข้อมูล เมื่อพยาบาลส่งผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ พยาบาลจะแจ้งข้อมูลที่ประเมินปัญหาได้และการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการพบแพทย์ ภายหลังผู้ป่วยและญาติพบแพทย์แล้ว พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลในเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน แนะนำเรื่องการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ การจัดการและการป้องกันอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามในข้อสงสัย และประเมินผลการพยาบาล

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
2. เป็นแนวทางการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของการใช้จิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ โดยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุ
  - 1.1 ความรู้ทั่วไปโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
    - 1.1.1 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุ
    - 1.1.2 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุ
    - 1.1.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า
    - 1.1.4 ระดับภาวะซึมเศร้า
    - 1.1.5 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
    - 1.1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
  - 1.2 การดูแลในแต่ละระยะของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
  - 1.3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ
  - 1.4 มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
  - 1.5 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้ป่วยสูงอายุ
2. จิตบำบัดประคับประคอง
  - 2.1 แนวคิดและความหมายของจิตบำบัดประคับประคอง
  - 2.2 องค์ประกอบการทำจิตบำบัด
  - 2.3 จุดมุ่งหมายการทำจิตบำบัดประคับประคอง
  - 2.4 ประเภทของการทำจิตบำบัด
  - 2.5 เทคนิคในการทำจิตบำบัดประคับประคอง
  - 2.6 ประสิทธิภาพผลของการทำจิตบำบัดประคับประคองต่อโรคซึมเศร้า
3. การพัฒนาคู่มือการทำจิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัว
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. โรคซึมเศร้าในผู้ปวยวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข บ่อยครั้งที่ในผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติ ทำให้ผู้ปวยโรคซึมเศร้าสูงอายุไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม การรักษาผู้ปวยสูงอายุทางจิตเวชมีความซับซ้อนมากกว่าการรักษาผู้ปวยจิตเวชทั่วไป เนื่องจากความยากลำบากในการวินิจฉัยโรคและการรักษาเนื่องจากผู้สูงอายุมีอาการทางร่างกายและอาการทางจิตเวชหลายๆอาการเกิดร่วมกัน ดังนั้นผู้บำบัดต้องปรับเปลี่ยนการบำบัดให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ (Ebersole et al., 2004; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์และคุณภาพชีวิตลดลงอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีลักษณะอาการบางอย่างคล้ายกันเช่น อารมณ์หงุดหงิด ไม่สนใจ สิ่งที่เคยชอบ แยกตัว เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามในผู้ปวยสูงอายุอาการซึมเศร้าที่แสดงออกจะมีพฤติกรรมเชิงซ้ำ กระวนกระวาย หรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติมากกว่าวัยอื่นๆ นอกจากนี้ในวัยสูงอายุจะมีอาการซึมเศร้าที่ไม่ได้แสดงความรู้สึกเศร้าอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นอาการแยกตัว ไม่แสดงอารมณ์ และขาดความมีชีวิตชีวา อาการซึมเศร้าของผู้ปวยสูงอายุ มักเกิดร่วมกับการเจ็บปวยทางกาย เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน เป็นต้น โรคซึมเศร้าในผู้ปวยสูงอายุอาจพบในผู้ปวยสมองเสื่อมร้อยละ 20 (Blazer, 2003)

### 1.1 ความรู้ทั่วไปโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้าในผู้ปวยสูงอายุเดิมเชื่อว่าเกิดจากการสูญเสีย หรือไม่สมหวังอย่างรุนแรงในช่วงชีวิตที่ผ่านมาของบุคคลแล้วส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าภายหลัง แต่ปัจจุบันเชื่อว่าเกิดจากภาวะเครียด และการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในร่างกายเมื่อมีอายุมากขึ้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้แก่ ปัจจัยทางร่างกาย กระบวนการคิดผิดปกติ การมีปฏิสัมพันธ์เปลี่ยนไป สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต (Nordhus et al., 1998) สอดคล้องกับแนวคิดของ Worley (1997) ที่กล่าวว่า ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้ปวยสูงอายุคือ ประวัติกอบครัว การสูญเสียทางสังคมของผู้สูงอายุและปัญหาในโรคทางกายต่างๆที่ผู้สูงอายุเป็นมากกว่าวัยอื่น วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่มีการพัฒนาและมีความเสื่อมสภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามวัยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินไปตลอดชีวิต ในภาคพื้นเอเชียจะถือเอา 60 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ เป็นที่ตกลงกันระหว่างประเทศให้ยึดอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ บรรลุ ศิริพานิช, (2542) โดยมีการให้ความหมาย ผู้สูงอายุ 2 ลักษณะ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ช่วงอายุดังนี้ วัยสูงอายุเริ่มต้น (young-old age) อายุ 65-74 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง

(middle-old age) อายุ 75-84 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (old-old age) อายุมากกว่า 85 ปี ประเทศที่กำลังพัฒนาใช้เกณฑ์ของผู้สูงอายุโดยเริ่มที่อายุ 60 ปี และแบ่งอายุเป็น 3 ช่วงคือ วัยสูงอายุตอนต้น (elderly) คือบุคคลที่มีอายุ 60-74 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (old) คือผู้ที่มีอายุ 75-90 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (very old) คือ บุคคลที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (World Health Organization, 1988) โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของร่างกายที่เสื่อมลง การรับรู้ลดลง สิ่งที่เคยมีอยู่เดิมอ่อนแอ ความบิบบั่นในชีวิต ภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักลด ภาวะกดดันทางจิตใจ การสูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง การเป็นโรคเรื้อรัง และการเป็นภาระของผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคซึมเศร้าได้ อาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความสนใจในเรื่องเพศลดลง เป็นสิ่งที่พบได้ทั่วไปในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า แต่สิ่งที่สำคัญทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป คือการคิดถึงความตาย และความรู้สึกสิ้นหวังในอนาคต (อรพรรณ ทองแดง, 2544) ความเชื่อด้านศาสนา และจิตวิญญาณ (Blazer, 2003) การสูญเสียคนที่รักและเรื่องในอดีต (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2550) มีผู้กล่าวถึงความหมายของโรคซึมเศร้าโดยทั่วไปและในผู้สูงอายุไว้ดังนี้

Sigmund Freud อ้างถึง ใน Sadock และ Sadock (2003) กล่าวถึงทฤษฎีของฟรอยด์ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกที่ไม่ดีใน Oral phase เชื่อมโยงกับการสูญเสียทั้งในความเป็นจริงและในจินตนาการใช้กลไกการป้องกันตัวเองแบบโทษตัวเองเมื่อมีความกดดันหรือสูญเสีย จะมีทั้งความรักและความเกลียดผสมกันจะเกิดความรู้สึกโกรธและเก็บกดไว้ในตนเอง

Beck และคณะ (1979) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบี้ยวไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบี้ยวไปในทางลบเหล่านี้จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบี้ยวคือการด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่าความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่า ข้อมูลทั้งหมด (dichotomous thinking)

Roose and Sackeim (2004) ได้กล่าวว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไว้ว่าเป็นโรคที่เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการคิดและพฤติกรรม เกิดการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและการนอนหลับ ส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพ การทำงาน และความมีคุณค่าในตนเอง คิดอยากทำร้ายตนเอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูง

สมพร บุษราทิจ และศิริรัตน์ คุปติวุฒิ (2540) ให้ความหมายโรคซึมเศร้าไว้ว่า เป็นโรคทางสมองชนิดหนึ่ง มีอาการซึมเศร้าเป็นลักษณะสำคัญ ไม่ใช่อาการเศร้าธรรมดา (normal sadness) ใน

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความคิดที่ผิดจากความเป็นจริง มีความสำคัญผิด แต่ในคนอารมณ์เศร้านั้นจะคิดตามอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง

ดวงใจ กษานติกุล (2542) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ที่เป็นทุกข์ ความรู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่มีเรี่ยวแรง อารมณ์ทางเพศลดลง คิดอยากตาย เป็นต้นอาการเหล่านี้ยังมีผลกระทบต่อบุคคลทางด้านสังคมและอาชีพ ทำให้คนมีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป แยกตัว เงียบขรึม รวมทั้งทำกิจกรรมลดลงด้วย

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2546) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางจิตเวชที่ประกอบด้วยอาการหลายอย่าง เช่น ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ ซึมเศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำห็นตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงเป็นอยู่เป็นระยะเวลานาน และเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

เขาวนีย์ ล่องชูผล (2547) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่าเกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของร่างกายการทำหน้าที่เสื่อมลง การรับรู้ลดลง สิ่งที่เคยมีอยู่เดิมอ่อนแอ ความกดดันในชีวิต น้ำหนักลด ความกดดันทางจิตใจ สูญเสียการมีคุณค่าในตนเองสิ่งที่แตกต่างระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกับผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการซึมเศร้าคือคิดถึงความตาย และรู้สึกสิ้นหวังในอนาคต

สมภพ เรื่องตระกูล (2548) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะมีอาการแตกต่างไปจากที่พบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย คือ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายทางกายมากแต่ในขณะที่ความผิดปกติทาง

อารมณ์อาจมีไม่มากและมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย จึงทำให้เข้าใจว่าโรคซึมเศร้าเป็นภาวะปกติ

ของผู้สูงอายุที่เป็นไปตามวัย และไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่

พุลิติน เฉลิมวัฒน์ (2552) กล่าวถึงผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในงานวิจัยไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางอารมณ์โดยมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ที่เด่นชัดเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจ มีอาการร่วมกับอาการสำคัญอื่นๆ เช่น มีปัญหาการนอนหลับความอยากอาหารเพิ่ม/ลด ความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมความสนใจในกิจกรรมต่างๆลดลง ไม่มีสมาธิ การเคลื่อนไหวช้า/กระสับกระส่ายรู้สึกว่าคุณไร้ค่า รู้สึกเหงา หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ถ้าอาการรุนแรงอาจอยากทำร้ายตนเอง

จากแนวคิดที่กล่าวมาสรุปความหมายของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ว่าเป็นโรคทางสมองชนิดหนึ่งทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการคิดและพฤติกรรม มีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านร่างกายและพฤติกรรม มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ที่เด่นชัดเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ มีอาการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจในผู้ป่วยสูงอายุจะมีอาการไม่สบายทางกาย



มากแต่ในขณะที่ความผิดปกติทางอารมณ์อาจมีไม่มาก คิดถึงแต่ความตาย และความรู้สึกสิ้นหวังในอนาคตซึ่งมีปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้เกิดดังต่อไปนี้

#### 1.1.1 สาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุ

สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจำแนกแต่ละปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยทางด้านสังคม (social factors) ในผู้สูงอายุปัจจัยที่แตกต่างในด้านสังคมคือจิตวิญญาณ ความเชื่อด้านศาสนา (Blazer, 2003; Ebersole et al., 2004; Nordhus et al., 1998)

##### 1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors)

พันธุกรรม (genetic predisposition) ปัจจัยทางพันธุกรรมมีความเสี่ยงในญาติสายตรงร้อยละ 7 โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression แต่ปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุน้อยกว่าวัยก่อนสูงอายุ หรือ วัยหนุ่มสาวมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรคซึมเศร้า (Nordhus et al., 1998) Neurotransmitter system เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสารสื่อประสาท การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นจากการลดลงของ norepinephrine dopamine และ serotonin และมีการเพิ่มของ acetylcholine อาจมีความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง ซึ่งมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าได้

Neuroendocrine systems พบมีความผิดปกติในหลายระบบ (norepinephrine changes) เป็นที่ทราบกันมานานแล้ว ฮอร์โมนเกี่ยวข้องกับสภาพอารมณ์เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร cortisol จากระบบ Hypothalamic – Adrenal (HPA) Axis ทำให้วัดได้ระดับของ Cortisol ในปัสสาวะที่รวบรวมในเวลา 24 ชั่วโมง สูงกว่าปกติ ซึ่งมีรายงานจำนวนมากที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการหลั่งสาร Cortisol ในวัฏจักร 24 ชั่วโมง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมอง (structure brain changes) การได้รับอันตรายที่ทำให้เนื้อสมองถูกทำลาย จะมีผลทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ มีการศึกษาที่พบว่า อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเส้นเลือดในสมองแตก (stroke) เท่ากับร้อยละ 30-50 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่บริเวณซีกซ้ายของสมอง

นอกจากนี้โรคทางกาย (specified disease) จากการเจ็บป่วยทางกายหลายๆ โรคสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เช่น โรคต่อมไทรอยด์ โดยเฉพาะ hypothyroidism , hyperthyroidism , Cushing s disease โรคของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น parkinsonism s disease พบว่า 20% พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และ 20 % พบภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ( Starkstein et al., 1990) ความเจ็บป่วยทางกายที่เรื้อรัง (chronic medical condition) เช่น โรคหัวใจ

และหลอดเลือด โรคกระดูกข้อสะโพกหัก โรคความจำเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ (Blazer, 2003) โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ( Hedayati et al., 2009 ) การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายตามวัยทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย และบางโรคต้องอาศัยเวลานานในการรักษา ซึ่งก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพและขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคนอื่น เป็นสาเหตุของการเกิดอาการซึมเศร้า การสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย (loss of physical function) เมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายก็จะมี การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อลดความแข็งแรงและความว่องไวในการตอบสนอง ความสามารถในการทำงานของระบบประสาทหย่อนสมรรถภาพลง การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดกับอวัยวะทุกระบบในร่างกายที่เห็นได้ชัดเจนคือการลดความสามารถของระบบประสาทสัมผัส โดยเฉพาะปัญหาการได้ยิน และการมองเห็น ซึ่งมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนต้องถูกแยกออกมา ขาดโอกาสในการร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ การใช้ยา (exposure to drugs) จำนวนและความถี่ของยาที่ใช้รักษาปัญหาสุขภาพทางกายก็จะเพิ่มขึ้นด้วย และผู้สูงอายุที่ได้รับผลข้างเคียงจากยา ซึ่งมีจำนวนมากที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะยาต้านความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า ( Jorm ,2001 อ้างถึงใน Blazer,2003)

2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors) ความผิดปกติทางความคิดความคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมดทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้นและความคิดบิดเบือนเป็นผลจากการมีชีวิตเลวร้าย ผู้ป่วยซึมเศร้ามี cognitive triad คือมองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ ผู้ป่วยมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ทุกสิ่งมองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคมสิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกบีบและเรี่ยรังจากสังคมมากจนรู้สึกหมดกำลังใจ และมองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหมดทางแก้ (Beck, et al., 1979 ; Kaplan and Sadock, 1993) สำหรับในทฤษฎีของ Freud อธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียหรือพรากจากผู้ที่รัก โดยใช้กลไกทางจิตชนิด introjection ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้ป่วยเชื่อมโยงความรู้สึกของตนเองต่อบุคคลอันเป็นที่รักซึ่งเป็นความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด Abraham ตั้งสมมติฐานว่าความเศร้าเกิดจากการหันเหความโกรธและความก้าวร้าวเข้าหาตัวเองจากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายคือทั้งรักและเกลียด (ambivalence) ต่อบุคคลสำคัญในชีวิตผู้เป็นที่รักและเป็นที่พึงพิงทางอารมณ์ของผู้ป่วย แต่ก็เป็นผู้ที่สร้างความผิดหวังและความคับแค้นใจให้กับผู้ป่วยด้วย เมื่อเกิดการสูญเสียผิดหวัง ความก้าวร้าวอันเกิดจากความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายจะสร้างความปั่นป่วนในจิตใจ ทำให้รู้สึกผิด หมดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนอาจใช้กลไกทางจิตชนิด regression มีพฤติกรรมถอยกลับไปเป็นระยะ oral ของพัฒนาการทางอารมณ์และจิตใจ

กลายเป็นคนที่ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมไม่อยากจะร่วมกิจกรรมใดๆ ในสังคม ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และมีความรู้สึกว่าการมีชีวิตอยู่ต่อไปไม่มีความหมาย และนำไปสู่การลงโทษตัวเอง ขณะที่ Sullivan เชื่อว่าปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ความขัดแย้งภายในจิตใจที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (unresolved conflict) เป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลากหลาย ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และความรู้สึกผิด (Sadock and Sadock, 2003) สำหรับในผู้สูงอายุการสูญเสียการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เพื่อนสนิท คู่สมรส บุคคลอันเป็นที่รัก ส่งผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้า ที่มักจะคงอยู่นาน (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2550) ผู้สูงอายุบางรายได้รับความทุกข์ใจ จากการถูกทอดทิ้ง ไม่มีเวลาเอาใจใส่ การสื่อสารที่คลุมเครือไม่กระจ่างชัด ซึ่งก่อให้เกิดความตึงเครียดความภาคภูมิใจลดลง กับผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

3) ปัจจัยทางด้านสังคม (social factors) และจิตวิญญาณ ซึ่งสภาพแวดล้อมและเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตผู้สูงอายุจะมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางลบและปัญหาในชีวิตประจำวัน เช่น การเจ็บป่วยทางกาย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ปัญหาการเงิน ปัญหาในครอบครัว ขาดคนดูแล การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้บุคคลในสังคมต่างแข่งขันมากขึ้น เห็นแก่ประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยกันลดลง ความเครียดทางสังคมที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพราะสังคมเป็นสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสโดยตรงกับการดำเนินชีวิตของบุคคลปฏิกิริยาของสังคมจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว ผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทสำคัญเหมือนในสังคมเกษตรกรรม การเรียนรู้ของคนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่ได้รับมาจากสังคมภายนอก ผู้สูงอายุจึงขาดความสำคัญไป การยอมรับนับถือก็ลดลงไปในที่สุดก็พบกับความโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่งพิงทางจิตใจ ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การปลดเกษียณอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียบทบาททางสังคมการเป็นผู้นำ การขาดจากตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ลดลง ต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ และสูญเสียความสามารถในการพึ่งตนเอง ทั้งด้านความเป็นอยู่ ความคิด และการเลี้ยงดูตนเอง การลดความสัมพันธ์กับชุมชน จากบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก สมรรถภาพลดถอย ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยแต่เดิมลดลง เปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมใหม่ ความเครียดดังกล่าว เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าในที่สุด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้านสังคมยังรวมถึงความสัมพันธ์ในครอบครัว การสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด การสูญเสียสัมพันธ์สภาพในครอบครัว (เพ็ญศรี หลินศวนนท์, 2543) การขาดการสนับสนุนและกำลังใจจากครอบครัว (วิรุจน์ คุณกิตติ, 2543)

ปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว การทำหน้าที่ หรือการสนับสนุนของครอบครัว ขาดการเอาใจใส่ดูแล ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุลดการติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ มักส่งผลต่อความตึงเครียดในผู้ป่วยสูงอายุ การสื่อสารภายในครอบครัวที่ไม่ชัดเจน ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยวถูกทอดทิ้ง ความภาคภูมิใจลดลง เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด การแสดงอารมณ์ของครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า โดยครอบครัวที่แสดงอารมณ์รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบในอัตราสูงแม้ได้รับยาเต็มที่ การเผชิญความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ในครอบครัว (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

การสนับสนุนทางสังคม (social support) สังคมของผู้สูงอายุจะแคบลงตามลำดับและแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น เหลือเพียงครอบครัว เพื่อนและวัดเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงของสังคมนี้เป็นความสูญเสียที่มากที่สุดอย่างหนึ่งของชีวิต มีผู้ทำการศึกษา พบว่าการขาดการสนับสนุนทางสังคม ในขณะที่สุขภาพไม่ดี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Blazer and Hughes (1991) โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 125 คน ที่เป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับการขาดการสนับสนุนทางสังคม 6-12 เดือนต่อมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีชีวิตอยู่ และมีการสนับสนุนทางสังคมดีขึ้น จะมีอาการดีขึ้น ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นสามารถเป็นตัวทำนายในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมได้โดยสรุปปัจจัยทางสังคม เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Heisel et al., 2009) ความสัมพันธ์ทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม (Blazer and Hughes 1991; Nordhus, et al., 1998)

ปัจจัยที่สำคัญใน โรคซึมเศร้าผู้สูงอายุที่แตกต่างไปจากวัยอื่นคือการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณและความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติทางศาสนามีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวยุโรปการเผชิญปัญหาโดยใช้ความเชื่อทางศาสนา หรือการถูกสอนทางศาสนา ซึ่งมีผลเกี่ยวข้องกับสุขภาพทางอารมณ์ พบว่าการเกิดภาวะซึมเศร่าลดลง ความรู้สึกของความไร้ค่าลดลง ลดการแยกตัวจากสังคม ลดความรู้สึกสิ้นหวัง แต่การเผชิญปัญหาด้วยความเชื่อทางศาสนาไม่มีผลต่ออาการทางกาย (Blazer, 2003; Kennedy and Harold, 1998)

โดยสรุป ในงานวิจัยครั้งนี้ สาเหตุของโรคซึมเศร้าสูงอายุตามทฤษฎีในปัจจุบันเกิดจากปัจจัยด้านชีวจิตสังคม Biopsychosocial model ซึ่งหมายถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และ สังคม ส่งเสริมการเกิดโรคซึมเศร้า ในผู้สูงอายุปัจจัยที่แตกต่างรวมถึงด้านจิตวิญญาณและความเชื่อด้านศาสนา ปัจจัยทางชีวภาพ เกี่ยวข้องกับต่อมไร้ท่อ และฮอร์โมน ภูมิคุ้มกัน และการทำงานของระบบประสาท พันธุกรรมมีผลต่อการส่งผ่านภาวะซึมเศร้าสู่รุ่นลูก ปัจจัยทางจิตใจ มีผลในแง่ความคิดเชิงลบ ความบกพร่องทางอารมณ์ สำหรับในผู้สูงอายุการสูญเสียการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เพื่อนสนิท คู่สมรส บุคคลอันเป็นที่รัก ส่งผลต่อการเกิดอารมณ์เศร้าที่มักจะคง

อยู่นาน จนกลายเป็น โรคซึมเศร้าได้ ผู้สูงอายุบางรายได้รับความทุกข์ใจ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้งไม่มีเวลาเอาใจใส่ การสื่อสารที่คลุมเครือไม่กระจ่างชัด ซึ่งก่อให้เกิดความตึงเครียดความภาคภูมิใจลดลง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด สำหรับปัจจัยทางสังคมเกิดจากการเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่ประสบในชีวิตแรงกดดันทางสังคม ขาดการสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมทางสังคมที่มีภาวะเครียดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุด้านสังคมยังรวมถึงการสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด การขาดการสนับสนุนและกำลังใจจากครอบครัว การสูญเสียสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว การทำหน้าที่ หรือการสนับสนุนของครอบครัว ขาดการเอาใจใส่ดูแล ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุลดการติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ มักส่งผลต่อความตึงเครียดในผู้ป่วยสูงอายุ การสื่อสารภายในครอบครัวที่ไม่ชัดเจน การแสดงอารมณ์ของครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า โดยครอบครัวที่แสดงอารมณ์รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ นอกจากนี้ ปัจจัยที่สำคัญในโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุที่แตกต่างไปจากวัยอื่นคือการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณและความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติทางศาสนามีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

#### 1.1.2 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุ

อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) โรคซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุมีอาการแตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยอายุน้อยลักษณะเด่นชัด คือจะมีอาการไม่สบายทางกายมากในขณะที่ความผิดปกติของอารมณ์ไม่มากหรือไม่ชัดเจน อาการที่สำคัญคือมีอาการhypochondriasisผู้ป่วยจะกังวลว่าตนเองสุขภาพไม่ดีมีอาการไม่สบายทางกายหลายอย่างเช่นอ่อนเพลีย ไม่มีแรง สมอมนินชา ปวดศีรษะ ท้องอืดเฟ้อ แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียนบางรายกังวลในโรคทางกายที่ร้ายแรง อารมณ์เศร้าที่แสดงออก เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือใจคอเศร้าหมอง ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย เมื่อมาพบแพทย์ไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าเลย อาจเป็นเพราะขณะนั้นไม่มีอารมณ์เศร้า หรือมีแต่คิดว่าไม่สำคัญจึงไม่บอก ด้วยเหตุนี้จึงควรถือเป็นหลักว่าถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยเป็น โรคนี้ต้องถามถึงอารมณ์หรือความรู้สึกเสมอ อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาที่ไม่เศร้าอาจรู้สึกสนุกสนาน หรือมีอารมณ์ขันได้ แต่เมื่อเป็นมากอารมณ์เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลาไม่คงที่บางเวลาเศร้าน้อย บางเวลาเศร้ามากส่วนมากจะมีเวลาเศร้ามากที่สุดตอนเช้าและจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้าตามเวลา เช่นนี้เป็นลักษณะสำคัญของผู้มีภาวะซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่ายอาการนี้เป็นอาการสำคัญพบในผู้ป่วยเกือบทุกรายจะรู้สึกการเปลี่ยนแปลงนี้แต่ควบคุมไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดก็ไม่สบายใจเช่นกันเพราะผู้ป่วยหงุดหงิดง่ายบ่อย ต่างก็ไม่รู้สาเหตุมักจะเล่าว่าไม่มีใครเข้าใจว่าตนไม่สบายและตนก็ไม่อยากเป็นเช่นนี้ แต่เมื่อรู้สึกหงุดหงิดก็ไม่ทราบจะ

ควบคุมอย่างไร ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ กิจกรรมประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำ กิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อและไม่สนใจดังเช่นเคย

อาการไม่รู้สึกอยากอาหารบางรายรู้สึกอยากอาหารมากกว่าธรรมดา ส่วนมากน้ำหนักจะลดลง 2-5 กก.เมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก การนอนไม่หลับมักจะปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่น ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยอาจหลับยากหลับไม่สนิท ผื่นร้าย หรือ ตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นมักจะเป็นอีกแบบหนึ่งเรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย” (terminal insomnia) ซึ่งเป็นอาการสำคัญลักษณะดังกล่าวคือเมื่อเข้านอนผู้ป่วยจะหลับได้ตามปกติ แต่ตื่นตอนดึก เช่น ตี 1 ตี 2 แล้วหลับอีกไม่ได้หรือหลับได้ยากและมักจะนอนหลับไม่สนิทจะเป็นเช่นนี้บ่อย หรือทุกคืนจนรู้สึกเหมือนมีนาฬิกาปลุกให้ตื่น ณ เวลานั้น และจะหงุดหงิด กระวนกระวายมากขึ้น บางรายมีอาการนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening) ซึ่งเป็นอาการสำคัญเช่นกันผู้ป่วยจะหลับได้ดี แต่ตื่นเช้ากว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง เช่นปกติตื่นหกโมง เมื่อไม่สบายจะตื่นตีสี่หรือตีห้า อาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกกำลังกาย และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกายได้ เช่น แขนหรือขาผู้ป่วยบางรายคิดว่าเป็น โรคหัวใจ เพราะเหนื่อยง่าย ทำให้เกิดความกังวล และถ้ามีอาการใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกจะยิ่งกังวลมาก

ความคิดเชิงซ้ำ ตั้งแต่เริ่มไม่สบาย มีความคิด การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดเชิงซ้ำ แรกๆ จะสังเกตเห็นและซึมลง ความสนใจต่างๆ ลดลง ขณะเดียวกันจะเพิ่มความสนใจตนเอง โดยเฉพาะจะกังวลเกือบตลอดเวลาต่ออาการต่างๆ จะไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่ว่าเรื่องแจ่มใสเหมือนเช่นเคย ผู้ป่วยเองก็รู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ และเกิดความกังวลใจมาก เพราะ ไม่ทราบสาเหตุ และ จะพยายามฟื้นตัวเอง การกระทำต่างๆ จะเป็นการฝืนใจ เช่น การพูดการแต่งตัว การทำงานหรือการอ่านหนังสือ ทั้งนี้เพื่อให้เหมือนปกติ แต่ก็ทำไม่ได้ สมาธิเสีย ความจำไม่ดีและลืมง่ายเป็นอาการสำคัญ โดยจะปรากฏขึ้นตั้งแต่เริ่มไม่สบาย หรือทำสมาธิปกติไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวล เพราะทำงานไม่ได้ดี ผิดพลาด อาจคิดว่าเป็น โรคเนื้องอกในสมอง

ความรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า รู้สึกว่าตนเองไม่ดีในด้านต่างๆ เช่น ความสามารถ สติปัญญา หรือเกียรติยศชื่อเสียง ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยคิดอยากตายและฆ่าตัวตายได้ เพราะผู้ป่วยจะมองตัวเองในด้านไม่ดี และไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา เป็นภาระของครอบครัว และนำความยุ่งยากมาให้ ถ้าไม่มีคนทุกคนก็สบาย ดังนั้นจึงควรตายไปเสีย ผู้ป่วยเศร้ามากมักจะรู้สึกมีความผิด และตำหนิตนเองโดยไม่มี ความผิดแต่อย่างใด หรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญ ความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิด เป็นคนไม่ดีมีบาป สมควรถูกลงโทษไม่สมควรมีชีวิตอยู่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ยิ่ง

เศร้ามากความรู้สึกทรมานจะมีมาก และความคิดอยากจะทำจะรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยบางรายจะไม่บอก  
ว่ามีความคิดเช่นนี้ถ้าแพทย์ไม่ถามจึงควรถือเป็นหลักว่าเมื่อพบผู้ป่วยเศร้า ต้องถามอาการนี้ทุกราย

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีอาการทางอารมณ์ และ  
อาการทางกายสัมพันธ์กัน ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าเพิ่มขึ้น  
อาการหลักของภาวะเศร้ายุติธรรมเมื่อป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงส่งผลต่อ  
อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่นๆ มีอาการเกือบตลอดวันนานกว่า 2  
สัปดาห์

### 1.1.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินได้จากการสัมภาษณ์ หรือจากการตอบ  
แบบสอบถามที่มีผู้สร้างขึ้น ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มประชากรทั่วไปหรือกลุ่ม  
ประชากรในชุมชน และกลุ่มวัยรุ่น มีแบบประเมินที่มีผู้สร้างขึ้นมาแบบต่างๆ ดังนี้

1.1.3.1 Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1965  
โดย Zung (1965) แบบประเมินนี้ได้พัฒนาเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ารวมทั้ง  
อาการของการเจ็บป่วยทั้งหมด ประเมินด้าน อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและอาการทาง  
ร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ครอบคลุมกับอาการที่กำหนดไว้ใน DSM-IV แต่ไม่มีข้อความ  
ที่ครอบคลุมอาการทางร่างกายได้อย่างชัดเจน ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้วิธี  
Split-half ในผู้ป่วยจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สำหรับการศึกษานำร่องภาวะ  
ซึมเศร้าในชุมชน โดยใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค  
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันมากในการประเมินความรุนแรงของ  
อาการแสดงภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้ใช้ข้อความง่ายๆแต่ไม่ครอบคลุมข้อจำกัดเมื่อนำไปใช้ใน  
ผู้สูงอายุอาจเกิดข้อผิดพลาดเนื่องจากอาจไปวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ลักษณะทางคลินิก  
หรือการมีคุณค่าในตนเองซึ่งผู้สูงอายุมิ่สิ่งดังกล่าวอยู่แล้ว (Ebersole, et al., 2004)

1.1.3.2 Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 โดยเบค  
(Beck et al., 1961) แบบประเมินสร้างเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกใน  
วัยรุ่น และในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของ  
ภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับหรืออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้าแบบประเมินนี้ได้จากการ  
สังเกตลักษณะของผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างทำจิตวิเคราะห์คำถาม 21 ข้อ มีการให้คะแนน  
เป็น 4 ระดับ คือ ตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง 3 คะแนน Beck ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้  
Spearman-Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบ  
ประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอแบบทดสอบนี้ใช้ในการวิจัยมา 25 ปี Beck และ

คณะพบว่าเมื่อใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73 ถึง 0.90 แบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดมีข้อจำกัดคือ เน้นการประเมินด้านร่างกายและจิตใจ ขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคมให้ผู้ป่วยตอบเอง จึงไม่สะดวกในการนำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุ (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543)

1.1.3.3 Thai Geriatric Depression ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ.2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537)ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชนักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศ ได้พัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยมีรากฐานมาจาก Geriatric Depression Scale ของเยซาเวจ และคณะ (Yesavage et al., 1983) ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนรวมระหว่าง 0-12 คะแนน เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนนถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนนถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนนระหว่าง 25-30 คะแนนถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงโดยเครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับประชากรตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศพบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบคือ 10.09 นาที มีค่าความคงที่ภายในด้วยวิธี KR20 เท่ากับ 0.90 ข้อจำกัด ไม่สามารถประเมินอาการที่ผิดปกติด้านร่างกาย เช่นการนอนไม่หลับ ความยากอาหาร มีจำนวนข้อมากและไม่สามารถใช้กับผู้ที่บกพร่องด้านการอ่าน การเขียน (Onega and Abraham ,1998)

1.1.3.4 Harmilton rating scale for depression (HRS-D)ศาสตราจารย์ Harmilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษ สร้างครั้งแรก ปี 1960 และพัฒนา มาจนกระทั่งในปี1980 จัดเป็นเครื่องมือมาตรฐาน(gold standard test)เป็นแบบวัดมาตรฐานที่นิยมใช้แพร่หลายในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษาที่มีความแม่นยำ มีความเชื่อมั่น สามารถจำแนก ระหว่างผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการได้ดี รวมทั้งมีความไวในการวัดการเปลี่ยนแปลงอาการ นอกจากนี้ยังมีจำนวนข้อไม่มาก และใช้เวลาในการประเมินไม่นานนัก เน้นการประเมินในด้านผลกระทบของภาวะซึมเศร้า (depressed effect) อาการแบบจิตสรีระ (vegetative symptoms) ความวิตกกังวล (anxiety) ความหงุดหงิดกระวนกระวายและการหัยังรู้ (agitation and insight) (Onega and Abraham อ้างถึงในชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) มี17ข้อคำถาม จัดกลุ่มระดับคะแนนตามความรุนแรง ดังนี้ 0-6 แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย13-17 คะแนนแสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง 18-29 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก และมากกว่าหรือเท่ากับ30 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้ารุนแรง สำหรับประเทศไทย มาโนช หล่อตระกูล



และคณะ ได้พัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression เป็นภาษาไทย และได้รายงาน การทดสอบความแม่นยำ และความน่าเชื่อถือได้ของแบบวัดนี้ว่าค่า interrater reliability อยู่ใน เกณฑ์ดี (เท่ากับ 0.87) ความแม่นยำของแบบวัดเมื่อเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale (concurrent validity) อยู่ในเกณฑ์ดี (Spearman's correlation coefficient = -0.8239 ( $p < 0.0001$ )) ความสอดคล้องภายในเป็นที่น่าพอใจ (standardized Cronbach's coefficient = 0.7380) และจากการ วิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก ข้อคำถามทั้ง 17 ข้อ ซึ่ง อธิบายความแปรปรวนทั้งหมดได้ร้อยละ 68.9 ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นและความตรงของ ฉบับภาษาไทย สอดคล้องกับ HRSD ที่แปลเป็นภาษาอื่นๆ เช่น ฉบับภาษาจีน ภาษาสเปน ภาษา อาหรับ และ ภาษาตุรกี ซึ่งมีค่า interrater reliability อยู่ในเกณฑ์ดีมาก มีค่าอยู่ระหว่าง 0.87-0.99 ค่า ความเชื่อมั่นแบบแอลฟาอยู่ระหว่าง 0.71-0.75 (อัจฉราพร สิริวิทยวงศ์ และ รณชัย คงสกนธ์, 2001) ใช้เวลา 15.30 นาที ใช้สัมภาษณ์ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จุดเด่นของแบบประเมินฉบับนี้คือ มีจำนวนข้อไม่มากแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงโรคสูง มี ข้อจำกัดคือคำถามมีด้านร่างกายมาก 9 ข้อ ใน 17 ข้อ เหมาะกับผู้ที่อยู่ในโรงพยาบาลและผู้สูงอายุ เนื่องจากมีอาการทางกายมากไม่เหมาะกับประชากรทั่วไป เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการ จำแนกความรุนแรงของอาการ หรือวัดความถี่ของการเกิดอาการ รวมถึงสามารถช่วยในการติดตาม อาการและวัดประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วย ใช้ในการศึกษาที่มีจุดประสงค์เพื่อต้องการประเมิน ระดับความรุนแรงของโรคหรือเพื่อติดตามการรักษาโรคอาการความรุนแรง (ชรรมนาถ เจริญบุญ, 2554)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression มาใช้ใน งานวิจัยเพราะจุดประสงค์ในการศึกษาเพื่อประเมินอาการซึมเศร้าระดับความรุนแรงของโรค ติดตามการบำบัด ใช้สัมภาษณ์ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จุดเด่นของแบบประเมินจำนวนข้อไม่มาก ใช้เวลา 15.30 นาที มีความตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลง โรคสูงจำแนกระหว่างผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการได้ดี เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีอาการแสดงทางกาย มาก ประเมินโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุในการตอบเป็นคำถามสั้นๆ เข้าใจง่าย และสามารถวัดความเปลี่ยนแปลงโรคได้สูงเพราะในผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าไม่แสดงชัดเจน

1.1.4 ระดับอาการซึมเศร้า แบ่งออกได้เป็นระดับต่างๆ ดังนี้ ( ไพรัตน์ พุกษชาติ คุณากร, 2542)

1) ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น แจ่มใส เศร้าเหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งผู้สูงอายุทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ

บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้นซึ่งจะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้

3) ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่นานและตลอดเวลาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด รู้สึกไร้ความหวัง ไร้คุณค่าไม่มีประโยชน์ ทำให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีอารมณ์เคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งนิ่งๆเฉยๆในท่าเดียวกันนานๆ หรืออาจผุดลุกผุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างซ้ำๆ เจ็บ ซึม ผู้สูงอายุที่มีอารมณ์เศร้าระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักจะแยกตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม พยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากอาจมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน

ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการซึมเศร้านั้นยัง สามารถแบ่งได้ตามแนวคิดของ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ดังนี้

1) ความซึมเศร้าระดับต้น (First-level Depression) อาจเป็นเพียงความเศร้าธรรมดา (Sad , Blues) มีพฤติกรรมแสดงออกต่อความเครียด ไม่เหมาะสมเช่นอาจจะบ่นมาก จู้จี้มากเกินไป เมื่อผิดหวังอาการจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งมีอาการเศร้า

2) ความซึมเศร้าระดับกลาง (Middle-level Depression) มีอาการซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้น มีอาการทางประสาท และบุคลิกภาพแปรปรวน

3) ความซึมเศร้าระดับรุนแรง (Sever-level Depression) อาการซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้นมาก ถือเป็นโรคทางจิตเวชที่มีสภาวะเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี

### 1.1.5 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

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

1.1.5.1.1 มีอาการดังกล่าวในข้อต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อ ขึ้นไปเกิดขึ้นพร้อมกันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆไปจากแต่ก่อนโดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ ข้อ 1 อารมณ์ซึมเศร้า ข้อ 2 เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย หรือ Mood-incongruent delusion หรือ hallucination

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

2) ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ แทบจะทั้งหมดลดลงมาก โดยส่วนใหญ่ของแต่ละวันเป็นเกือบทุกวัน(โดยการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือการสังเกตของผู้อื่น)

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

4) นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากไปแทบทุกวัน

5) จิตใจและการเคลื่อนไหว(psychomotor) ระวังระส่าย(agitation) หรือเชื่องช้า(retardation) แทบทุกวัน(จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)

6) อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงทุกวัน

7) รู้สึกว่าตนไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป(อาจถึงขั้นหลงผิด)แทบทุกวัน(มิใช่เพียงแต่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลงหรือการตัดสินใจอะไรไม่ได้แทบทุกวัน(โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

9) คิดเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ(มิใช่แค่กลัวตาย)คิดอยากจะทำตายอยู่เรื่อยๆโดยมิได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

1.1.5.1.2 อาการเหล่านี้ไม่เข้ากับเกณฑ์ Mixed Episode

1.1.5.1.3 อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆที่บกพร่องลง

1.1.5.1.4 อาการมิได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสารเสพติด ยา หรือจากภาวะการเจ็บป่วยทางกาย เช่น hypoparathyroidism

1.1.5.1.5 อาการเข้าไม่ได้กับความโศกเศร้าอันเนื่องมาจากมรณกรรมของคนที่ถูกผู้ป่วยรัก (Bereavement) มีอาการคงอยู่นานเกิน 2 เดือนหลังสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนเองไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการ ไรจิต หรือ psychomotor retardation

1.1.5.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1992)

1.1.5.2.1 มีกลุ่มอาการซึมเศร้าเป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวันต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ อาการหลักที่ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อคือ

- 1) อารมณ์เศร้าเป็นตลอดทั้งวัน หรือเกือบทุกวัน
- 2) ความสนใจสิ่งต่างๆลดลงมาก หรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร หรือไม่รู้รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินในสิ่งที่เคยเพลิดเพลิน เป็นเกือบทุกวัน
- 3) อ่อนเพลียง่าย เหนื่อยง่าย ไม่มีเรี่ยวแรงเป็นเกือบทุกวัน

1.1.5.2.2 อาการรองที่ต้องมีอย่างน้อย 4 ข้อคือ

- 1) ขาดความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจในตนเองหายไป
- 2) ชอบตำหนิตนเอง หรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ
- 3) คิดอยากตายซ้ำๆ หรือพยายามฆ่าตัวตาย
- 4) สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก
- 5) การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า หรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข
- 6) นอนไม่หลับ หรือนอนมาก
- 7) น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยที่ไม่ได้ตั้งใจลดอาหารหรือเพิ่มอย่างมาก

หมายเหตุ:ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild) มีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 4 ข้อ ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate) มีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 6 ข้อ ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe) มีอาการหลักและอาการรองทุกข้อ

1.1.5.2.3 ไม่เคยมีอาการ hypomania หรือ mania ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา

1.1.5.2.4 อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติด หรือโรคทางกาย

1.1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ปัจจุบันมีแนวทางการรักษาที่ก้าวหน้าตามเทคโนโลยีที่พัฒนาการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ แนวทางการรักษาในปัจจุบันแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือการรักษาทางกาย และการบำบัดรักษาทางจิตใจ ดังนี้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวิช, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1.1.6.1 การรักษาทางกาย (Somatic Treatment)

1.1.6.1.1 การบำบัดด้วยยา (Pharmacological Therapy) ประเภทของยารักษาอาการซึมเศร้า แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2546)

- 1) กลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) มีโครงสร้างหลักเป็น Tricyclic ring ยากลุ่มนี้ เช่น imipramine, amitriptyline, nortriptyline, clomipramine และ doxepin

2) กลุ่ม monoamine oxidase inhibitor ที่มีใช้ในประเทศไทยเป็นชนิด re-versible Inhibitor of MAO subtype A (RIMA) คือ moclobemide

3) กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) มีทั้งหมดด้วยกัน 5 ชนิด ได้แก่ fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline, และ citalopran ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง reuptake เฉพาะระบบ serotonin

4) กลุ่ม new generation ได้แก่ mianserin, trazodone, tianeptine, bupropion และล่าสุดได้แก่ venlafaxine และ mirtazapine

ยาด้านซึมเศร้าโดยทั่วไปออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine และ/หรือ serotonin ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ norepinephrine และ/หรือ serotonin ช่วยให้อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังได้รับยาแล้วอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ ซึ่งการบำบัดอาการซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระยะเวลาคือ ระยะเฉียบพลัน (acute treatment) ใช้เวลา 6-12 สัปดาห์เพื่อลดอาการซึมเศร้าลงระยะการรักษาต่อเนื่อง (continuation treatment) ใช้เวลา 4-9 เดือนป้องกันการกลับป่วย (relapse) และการรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปีป้องกันการป่วยซ้ำ (recurrence)

จิตเภสัชวิทยา (psychopharmacology) สำหรับในผู้ป่วยผู้สูงอายุจัดเป็นกลุ่มประชากรที่ใช้ยาทางจิตเวชบ่อย จากการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีการทำลายยา (drug metabolism) ช้าและไวต่อการเกิดผลข้างเคียงของยา หลักสำคัญของการใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ คือเริ่มต่ำๆ ไปช้า (start low, go slow) สำหรับขนาดยาโรคซึมเศร้าที่ใช้ในผู้สูงอายุ ควรมีการปรับเปลี่ยนขนาดยาที่ใช้ในผู้สูงอายุ เช่น กลุ่ม Antidepressants ปรับขนาดยาดังนี้  Imipramine ใช้ 25-300 mg , Amitriptyline ใช้ 25-300 mg , Fluoxetine ใช้ 10-60 mg และ Paroxetine ใช้ 10-50 mg เป็นต้น ในกลุ่ม Mood stabilizers เช่น Lithium salts ใช้ 75-900 mg , Valproate ใช้ 250-1000 mg และ Carbamazepine ใช้ 200-1200 mg เป็นต้น (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิชยวณิช, 2542)

1.1.6.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) เป็นการรักษาโดยกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ เพื่อให้เกิดการชักของสมอง ถูกนำไปใช้ในการรักษาโรคจิตเภท และ mood disorder อย่างกว้างขวางวิธีนี้เป็นทางเลือกในการรักษาในผู้ที่มีโรคซึมเศร้าแบบรุนแรงไม่ตอบสนองต่อ ยาและการบำบัดทางจิตสังคม ในผู้ที่มีความจำเป็นเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยที่คิดฆ่าตัวตาย หรือผู้ที่มีภาวะขาดสารอาหารปฏิเสธการรับประทานอาหารหรือสารถาน้ำอย่างรุนแรง และสำหรับผู้ที่เคยรักษาด้วย ECT แล้วได้ผลดีมาก่อน แม้ว่าวิธีนี้ความนิยมลดลงหลังจากค้นพบยารักษาโรคจิตและยารักษาอาการซึมเศร้า แต่ยังคงจัดว่าเป็นการรักษาที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ การรักษาด้วยไฟฟ้ามี 2 วิธี คือการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม (non-modified ECT) และการรักษาด้วยไฟฟ้าใช้ยาผสมช่วย (modified ECT) ปัจจุบันมีการใช้แสงบำบัด (Bright light therapy) พบว่ามีประสิทธิภาพในกรณีของ

ความผิดปกติทางอารมณ์ตามฤดูกาล (seasonal affective disorder (SAD)) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพทางอารมณ์และการนอนหลับ ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าตามฤดูกาลโดยเฉพาะฤดูหนาวช่วงโดยเริ่มจาก15นาที่ -3 ชั่วโมง 1-2ครั้งต่อวันใช้ไฟขนาด 2,500-10,000Lux (Lieverse et al., 2011)

#### 1.1.6.2 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Treatment)

1) การบำบัดแนวจิตวิเคราะห์ การทำจิตบำบัดในผู้ป่วยสูงอายุมีข้อคำนึงโดยทั่วไปประกอบด้วย ควรสนับสนุนกลไกการป้องกัน(defense mechanisms) ที่เหมาะสมซึ่งผู้ป่วยใช้อยู่เอง เช่นบางรายเชื่อว่าความซึมเศร้าคือความอ่อนแอที่ผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับได้ ผู้ป่วยจึงมองว่ายารักษาโรคซึมเศร้าเป็นยานอนหลับแทนที่จะมองว่ายาดังกล่าวเป็นยารักษาโรคซึมเศร้า ถ้าทราบใดที่ผู้ป่วยยังร่วมมือในการรักษา ก็ไม่ต้องไปแก้ไขแนวคิดดังกล่าวของผู้ป่วย ควรคำนึงถึงลักษณะการเชื่อมโยงความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ (Transference) ของผู้ป่วยและความคิด ความเชื่อของผู้บำบัด(counter Transference) โดยเฉพาะกรณีปฏิกิริยาดังกล่าวเป็นไปในทิศทางที่จะเป็นผลเสียต่อการรักษา(มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิยวณิช, 2542) การทำจิตบำบัดเป็นรายบุคคลจะได้ผลดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ โดยการจัดกิจกรรมไม่เป็นการแข่งขัน เปิดโอกาสให้มีการตัดสินใจกล่าวถึงเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตในอดีต การตรวจสอบความรู้สึกซึมเศร้าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น ไม่ได้เป็นการพยายามกระตุ้นอารมณ์ หรือปฏิเสธ ความสูญเสียความผิดหวังของผู้สูงอายุ การสร้างบรรยากาศและให้การพยาบาลแบบเอาใจใส่การบำบัดทางสังคมโดยการใช้ครอบครัวมีส่วนร่วมมีผลดี(Ebersole, et al., 2004)

2) จิตบำบัดประคับประคอง (supportive psychotherapy) สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม( Alexopoulos et al., 2011) และเป็นจิตบำบัดที่ใช้บ่อยในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายหรือทางจิตเวชของค์ประกอบสำคัญในการทำจิตบำบัดประคับประคอง คือ ความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นความเชื่อถือของผู้ป่วยต่อผู้บำบัดและความมั่นใจต่อการรักษา แนวทางการบำบัดที่ควรคำนึง คือ ผู้รักษาเปรียบเสมือนผู้ช่วยหาวิธีแก้ปัญหาและประคับประคองสภาวะจิตผู้ป่วย การให้คำแนะนำควรมุ่งสู่ปัญหาอย่างจำเพาะเจาะจงที่ผู้ป่วยกล่าวถึง ผู้รักษาควรให้คำแนะนำหรือความเห็นที่ชัดเจนตรงไปตรงมา(มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิยวณิช, 2542)

3) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด(Cognitive-behavior therapy) เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง การรักษา มุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหาเป็นการให้แรงจูงใจ(reinforcement)เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการ และการไม่ให้ความสนใจ (ignore) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ วิธีการอื่นอาจใช้ร่วมด้วยคือ simple

muscle relaxation technique (Stuart et al., 1997) สำหรับในผู้ป่วยสูงอายุ การปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมควรเป็นรายกลุ่ม จะได้ผลดี เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาแต่อุปสรรคอาจเกิดจากการสื่อสารในผู้ป่วยสูงอายุ (Karel and Hinrichsen, 2000)

4) การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) เน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ว่าเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายการรักษา เพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มการยกย่องตัวเอง และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทาง และวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น และเนื่องจากการรักษาใช้ระยะเวลาสั้น ไม่นานถึงความขัดแย้งในจิตใจไม่ได้สร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ ไม่นานพัฒนาการตอนต้นของชีวิต แต่ก็เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ในชีวิตปัจจุบัน มีการศึกษาพบว่า Interpersonal therapy ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ (Reynolds et al., 1999)

## 1.2 การดูแลในแต่ละระยะของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวัยสูงอายุ มักเกิดการเจ็บป่วยได้บ่อยครั้งกว่าวัยอื่น มักมีอาการโรคเรื้อรังอย่างน้อยที่สุดหนึ่งโรคและหลายคนมีมากกว่านั้น และโดยทั่วไปผู้ป่วยวัยสูงอายุ จะไม่ได้รับการดูแลซึ่งความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยวัยนี้ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษ ให้ความช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ต้องการการดูแลและเยี่ยมเยียนเอาใจใส่จากทีมสุขภาพ การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมาก การเจ็บป่วยทางอารมณ์ในวันนี้ โดยเฉพาะความรู้สึกรู้สึกซึมเศร้า การฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น และยังพบว่าโรคทางจิตส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทั่วไปทางอารมณ์ ความสูญเสียมีผลมากต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ เป้าหมายในการบำบัดรักษาคนกลุ่มนี้คือ ช่วยให้ได้กลับเข้าสู่บุคลิกภาพเดิมเท่าที่ทำได้มากที่สุด ผู้สูงอายุมักได้รับความสูญเสียหลายอย่างพร้อมกันต้องช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวและฟื้นฟูสภาพจิตใจที่เกิดจากการเผชิญความสูญเสีย ปัญหาในกลุ่มสมรสก็เป็นปัญหาที่สำคัญ เช่น การหย่าร้าง ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ และการปรับตัวต่อการเกษียณอายุ และต้องเกิดความซึมเศร้าจากการสูญเสียชีวิตคนใดคนหนึ่ง และเริ่มคิดถึงการเสียชีวิตของตนในอนาคตด้วย

ในผู้สูงอายุบ้านของตัวเองเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปรารถนาจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการรักษาและการทำจิตบำบัด คือ ให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุได้กลับไปอยู่ที่บ้าน ให้ได้รับประโยชน์จากสิ่งๆ ทำให้เขามีกิจกรรมที่บ้านหรือมีการติดตามเยี่ยมเยียนที่บ้านเป็นระยะ ต้องพยายามรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิตให้กลับสู่ภาวะปกติ โดยเฉพาะการลดอาการซึมเศร้า ความกดดัน ความหวาดระแวง วิตกกังวล การทำจิตบำบัดรายบุคคลได้ผลดีที่สุดในการช่วยลดอาการซึมเศร้า และช่วยให้กลับคืนสู่สภาพจิตที่ปกติ ควรนำบรรยากาศสิ่งแวดล้อมมาช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุ

ได้เกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมทั้งจัดกิจกรรมต่างๆกับผู้อื่นในสังคมการที่มอบหมายงานให้ทำ หรือสมัครใจทำเองเป็นการบำบัดอย่างหนึ่งเช่นกันการจ้างงานที่เหมาะสมกับความสามารถ มีส่วนสนับสนุนให้ลดอาการซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุได้ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542)

มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะโรคซึมเศร้าเฉียบพลัน มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มเรื้อรัง อยู่ในระดับที่ต้องดูแลใกล้ชิด จึงต้องรับรักษาในโรงพยาบาล จึงมีอัตราการนอนโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มเรื้อรังที่สามารถอยู่ในชุมชนได้ (อังการ ศรีชัยรัตนกุล, 2543)

### 1.2.1 การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในระยะเฉียบพลัน

ลักษณะของโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลัน เป็นโรคซึมเศร้าที่นับเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการและได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ครั้งและ มีระยะเวลาป่วยไม่เกิน 6 เดือน มีจุดมุ่งหมายการพยาบาลเพื่อลดอาการของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า เนื่องจากในระยะนี้มักเกิดจากการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder with depressed mood) ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าจากปรับตัวไม่ได้ต่อปัญหาต่าง ๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่พบได้ในชีวิตประจำวัน เช่น หย่าร้าง เกษียณราชการ สูญเสียบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น หลักการบำบัดรักษา คือ การช่วยเหลือด้านจิตใจ ช่วยในการปรับตัว ผู้ป่วยมักมีแนวคิดในแง่ลบ เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ไม่มีใครเป็นแบบตน พบมีอาการทางร่างกายต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ ใจสั่น ปวดหลัง ชา ร้อนตามตัว เมื่อผู้ป่วยแจ้งอาการเหล่านี้ควรรับฟัง แสดงความเข้าใจ และอธิบายว่าเป็นอาการที่มักพบร่วมกับโรค จะดีขึ้นเมื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลเอาใจใส่อย่างจริงใจ ส่งผลให้สัมพันธภาพที่ดีเป็นผลดีต่อการรักษา อธิบายให้ทราบว่าการไม่ดีขึ้นภายในวันสองวัน ต้องใช้ยาซึ่งมีฤทธิ์ข้างเคียงที่ผู้ป่วยอาจทนไม่ได้และต้องใช้เวลาในการรักษานานซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งขาดการรักษาต่อเนื่องไป การให้ข้อมูลและคำแนะนำต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องฤทธิ์ข้างเคียงของยา ระยะเวลาที่อาการจะดีขึ้น รวมทั้งยาที่ให้นั้นมิใช่ยานอนหลับและไม่มีการติดยา ยาแก้เศร้าทุกตัวไม่ได้ออกฤทธิ์รักษาอาการซึมเศร้าทันที โดยทั่วไปจะเห็นผลหลังจากได้ยาไปแล้ว 1-2 สัปดาห์ บางรายอาจนานกว่า แต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นจากผลด้านอื่น ๆ ของยา เช่น หลับได้ดีขึ้น เมื่ออาหารลดลง ความวิตกกังวลลดลง เป็นต้น ข้อควรระวังในระยะนี้ ต้องเฝ้าระวังการคิดฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นจึงต้องดูแลใกล้ชิด และดูแลขณะรับประทานยาเพราะเสี่ยงต่อการใช้ยาในปริมาณมากเพื่อทำร้ายตนเองในระยะนี้ต้องมีการติดตามเยี่ยมบ้าน หรือส่งต่อผู้ป่วย

### 1.2.2 การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในระยะคงสภาพหรือระยะยาว

ลักษณะของโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังเป็นลักษณะของโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่มีช่วงอาการครบตามเกณฑ์ในครั้งที่รับการรักษาครั้งนี้รวมทั้งมีการ



รักษาอย่างต่อเนื่องมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 2 ปี เมื่อผ่านระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยมักมีอาการดีขึ้นแต่ยังคงต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยหายจากอาการแล้วไม่ควรรีบหยุดยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องไปอีกนาน 4-6 เดือน จากการศึกษาพบว่าในช่วงนี้ผู้ป่วยที่หยุดยาไปเกิด relapse สูงถึงร้อยละ 50 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้ยาต่อเนื่อง relapse ร้อยละ 20 (Paykel, 1992) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักลดยาลงเอง จึงควรเตือนผู้ป่วยในเรื่องของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ข้อควรระวังในระยะนี้ผู้ป่วยที่เข้าใจว่าตนเองหายแล้วอาการดีขึ้น หยุดยาเองอาจเกิด withdrawal effects เช่น หงุดหงิด นอนไม่หลับ เป็นต้นในการหยุดยาคควรค่อย ๆ ลดยาลง โดยใช้เวลาเป็นเดือน การดูแลในระยะนี้เป็นการดูแลระยะยาว ซึ่งเป็นการทดแทนความต้องการพื้นฐานที่จะช่วยให้บุคคลที่สูญเสียหรือเสื่อมความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม มีสุขภาพเป็นอยู่ในสังคมที่ดีที่สุดเท่าที่ทำได้ เป็นการดูแลต่อเนื่อง และเชื่อมโยงระหว่างการดูแลในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ การดูแลในระยะครอบครัวมีบทบาทสำคัญ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) รายละเอียดการดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) การมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว
- 2) การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป
- 3) การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วย
- 4) การเป็นผู้ติดต่อประสาน โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมทางสังคม ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมทางศาสนา หรือกิจกรรมของครอบครัว
- 5) ยอมรับในบทบาทที่สำคัญของผู้ป่วยสูงอายุ เคารพยกย่องในบทบาทผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยในระยะยาวนี้ มีข้อบ่งชี้ในการป้องกันระยะยาว ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

1. มีอาการมาแล้ว 3 ครั้ง
2. มีอาการมาแล้ว 2 ครั้ง ร่วมกับมีภาวะต่อไปนี้ 1 ข้อ ขึ้นไป
  - 1) ประวัติ recurrent major depression ในญาติใกล้ชิด
  - 2) มีประวัติการ recurrent ภายใน 1 ปี หลังจากหยุดยา
  - 3) เริ่มมีอาการตั้งแต่อายุยังน้อย (ต่ำกว่า 20 ปี)
  - 4) มีอาการที่เป็นเร็ว รุนแรง หรืออันตรายต่อผู้ป่วยมา 2 ครั้ง ภายในช่วงเวลา 3 ปี

### 1.3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยยึดหลักกระบวนการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) อันประกอบด้วย การประเมินโดยการเก็บข้อมูลสำคัญ การกำหนดวัตถุประสงค์ทางการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนและการ

ปฏิบัติการพยาบาล หลังจากให้การพยาบาลนำผลที่ได้มาประเมินผลการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีได้มาตรฐาน ซึ่งสรุปเป็นแนวทางการพยาบาลดังนี้

### 1.3.1 การประเมิน

โดยการรวบรวมข้อมูลที่ได้ในทุกด้าน จากลักษณะที่ผู้ป่วยแสดงออก และระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการพยาบาลที่เป็นองค์รวมครอบคลุมในทุกด้านเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพยาบาล ลักษณะอาการของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีการผิดปกติที่แสดงออก ทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ลักษณะที่เปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดคือมักแสดงออกในลักษณะอาการเจ็บป่วยทางกาย ซึมเศร้า อารมณ์ผิดปกติไม่มาก อาการทางกายมาก บางครั้งรู้สึกคิดไปเองว่าตนเองป่วย โดยสรุปแนวทางการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนในด้านต่างๆ (อรพรรณ ลือบุญวิชชัย, 2549) ดังนี้

1.3.1.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายมีอาการร่วมด้วยเสมอ และเกิดกับอวัยวะทุกระบบ ที่พบบ่อยเช่น เบื่ออาหารน้ำหนักเปลี่ยนไปอาจลดลง หรือเพิ่มขึ้น ท้องผูก การนอนผิดปกติ อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย สมรรถภาพการทำงานลดลงปวดเมื่อยตามตัว ความต้องการทางเพศลดลง

1.3.1.2 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ จะรู้สึกผิดหวัง เศร้า ท้อถอยมีอารมณ์เศร้า ร้องไห้ รู้สึกคิดโทษตนเอง หงุดหงิด ขาดความสนใจสิ่งต่างๆรอบตัว

1.3.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความจำการรับรู้ ความคิดตัดสินใจช้า ลังเล เสียสมาธิสมองเสื่อม รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ถูกทอดทิ้ง ท้อแท้สิ้นหวัง เมื่อชีวิตอยากตายอาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ถ้ามีอาการรุนแรงอาจเกิดประสาทหลอน

1.3.1.4 การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม การสนใจกิจกรรมต่างๆลดลง ละเลยการดูแลกิจวัตรประจำวันในตนเอง ทั้งการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การขับถ่าย สุขอนามัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพการแต่งกาย ทำทางการเคลื่อนไหว อาจเฉยเมย ทำอะไรช้า หรืออาจกระสับกระส่ายอยู่หนึ่งไม่ได้ ทำอะไรซ้ำๆ มักถดถอยแยกตัวจากสังคม

นอกจากนี้การประเมินจิตสังคมในผู้ป่วยสูงอายุเป็นสิ่งสำคัญยังมีประเด็นที่สำคัญในการประเมิน (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) ได้แก่ ผู้ประเมินต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น เช่น ประสาทสัมผัสมีความบกพร่อง เช่น สูญเสียการได้ยิน ประสาทรับรสอาหารเปลี่ยนไป ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ให้ประเมินปริมาณการแสดงออกที่สะท้อนความรู้สึกหัวเหว่ เดียว แยกตัว และความหวัง เนื่องจากวัยนี้ มีการสูญเสียคู่ชีวิต คนใกล้ชิดเพื่อนในวัยเดียวกัน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่นการอาบน้ำ

แต่งตัว การรักษาสุขอนามัย การเดินทางขึ้น การประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตอิสระเช่น สามารถอยู่คนเดียวได้หรือต้องการมีคนอยู่ด้วยเป็นเพื่อน หรือเพียงต้องการคนไปเยี่ยมเป็นระยะ ความสามารถในการเดินทางเคลื่อนไหว บางคนสามารถเดินได้ด้วยตนเองแต่บางคนไม่สามารถทำได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง รถนั่ง หรือ ใช้การเคลื่อนไหวโดยการถัด บางรายอาจต้องนอนอยู่กับที่ ซึ่งกานพยาบาลที่ให้แตกต่างกัน ประเมินการทำกิจกรรมยามว่างหรือสันทนาการ เป็นการประเมินการใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อสภาวะจิตใจ และร่างกาย

การประเมินคุณภาพชีวิตและการช่วยเหลือ

ด้านจิตวิญญาณและความเชื่อด้านศาสนา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ของผู้สูงอายุ (Blazer, 2003) การประเมินด้านจิตวิญญาณจึงเป็นสิ่งสำคัญ ตัวอย่างคำถามในการประเมินด้านจิตวิญญาณ (ริงลิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) ได้แก่ อะไรที่ทำให้ชีวิตคุณมีความหมาย , คุณคิดว่าคงความเครียดเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยของคุณหรือไม่ , คุณให้อภัยผู้อื่นได้หรือไม่ , คุณให้อภัยตัวเองได้หรือไม่ , การบูชาไหว้พระมีความสำคัญกับคุณหรือไม่ , คุณได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือไม่ , ความเชื่อทางศาสนาควบคุมชีวิตคุณหรือไม่ , คุณเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือไม่ , คุณสวดมนต์หรือไม่ และ คุณทำสมาธิหรือไม่

เมื่อรวบรวมข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยที่ประเมินตามกระบวนการพยาบาลได้ในทุกด้าน นำมากำหนดจุดมุ่งหมายในการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยให้เหมาะสม

1.3.2 จุดมุ่งหมายการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ (American Psychiatric Nurse Association, 2000)

ประการแรก คือให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายปลอดภัย ซึ่งผู้ป่วยมักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายอาจเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักทำร้ายตนเอง การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้านี้นิยมในการทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ ให้การดูแลใกล้ชิด ควรทำสัญญากับผู้ป่วยสูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เป็นการสร้างข้อผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามเวลา ขนาด ฝ้าระวังผลข้างเคียง

ประการที่สอง ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นความเศร้าโดยเร็ว โดยการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง แสดงความห่วงใย เข้าใจ นำประสบการณ์การจากผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจออกมาเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ยกย่องนับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งคุณค่า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก และรับฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจ นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองยังเป็นการ เสริมความภาคภูมิใจให้ผู้สูงอายุ กระตุ้นให้

มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การให้ความรู้ นับเป็นประเด็นสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วย ผ่านพ้นความเศร้าไปได้ ควรให้ข้อมูลในโรคที่เป็นและการดูแลตนเองเพื่อแก้ไขภาวะดังกล่าว การให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ และสนับสนุนให้มีกิจกรรมร่วมกันส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีบทบาทต่อกัน เพื่อลดอาการซึมเศร้าได้

ประการที่สาม ให้การดูแลในปัจจุบันพื้นฐานการดำรงชีวิต เพราะผู้ป่วยสูงอายุมักไม่สนใจดูแลตนเอง จากลักษณะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุเอง จะละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย อาจท้องผูก บางครั้งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยา ดังนั้น ผู้ดูแลควร สังเกต เอาใจใส่และกระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุได้รับการตอบสนองปัจจัยพื้นฐานที่เพียงพอ การกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาล โยเน้นหลัก การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สำคัญ(อรพรรณ ลีอนุชวรัชช์, 2549) ได้แก่

1.3.2.1 การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ

1.3.2.2 การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

1.3.2.3 การสอนผู้ป่วยใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆเช่น การสอนการปรับตัว ต่อปัญหาปรับตัวในสังคม พัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก ฝึกคลายเครียด สอนทักษะการเผชิญปัญหา

1.3.2.4 การให้คำปรึกษา เน้นการปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่างๆทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม

1.3.2.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

1.3.2.6 การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว

1.3.3 การวินิจฉัยทางการพยาบาล จากข้อมูลที่ได้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุมีความต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ปัญหาด้านการเจ็บป่วยจากความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาการแยกตัว ความคิดสมาธิบกพร่อง การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามทำร้ายตนเอง อาชีพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ได้อธิบายพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีอาการแสดงออกหลายระดับและมีความเชื่อมโยงและเป็นผล

ซึ่งกันและกันอันมีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ทำให้ชีวิตขาดความสุข แต่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตแบบอื่นๆ ตรงที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร่ายังรับรู้ว่ามีอะไรมากระทบตนเอง และพยายามต่อสู้แก้ไขสภาวะนั้น ซึ่งอาการแสดงต่างๆ เป็นผลจากไม่สามารถแก้ไข หรือจัดการกับผลกระทบเหล่านั้นได้ สำหรับข้อมูลที่พยาบาลควรสนใจ และนำมาใช้ในการทำให้การพยาบาลผู้ป่วย นอกจากอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ควรศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลในด้านดังนี้

ด้านความคิดและการรับรู้ การรับรู้ตนเองในด้านต่างๆ เช่นภาพลักษณ์ ความภาคภูมิใจในตนเอง เอกลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะอารมณ์ การเคลื่อนไหว การสบตา น้ำเสียงสำเนียง และจังหวะของการพูด เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ยังอยู่ในความเป็นจริง (Contact with reality) แต่อาจมีการรับรู้ต่อสิ่งต่างๆ แปรปรวนไปเนื่องจากภาวะซึมเศร้า เช่น สนใจในการเจ็บป่วยของตนเองมาก ขาดสมาธิ หวาดกลัวผิปกติ หรือรับรู้สิ่งแวดล้อมมากเกินไป

ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ส่วนมากรับรู้ปัญหาของตนเองแต่ไม่สามารถจัดการให้ตนเองสงบลงได้ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ขาดความมั่นใจในตนเอง ตกอยู่ในสภาพท้อแท้ เบื่อหน่ายตนเอง ผู้ป่วยบางคนอยากตายเพื่อจะได้ไม่ต้องเผชิญกับความวิตกกังวลต่างๆ บางคนหันไปใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้สารกระตุ้น เช่น เหล้า ยาเสพติด ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม

ซึ่งจากข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในทุกๆ ด้านพบว่าผู้ป่วยอาจมีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ ที่สำคัญดังต่อไปนี้ เช่น มีอาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น หัวใจทำงานผิดปกติ นอนไม่หลับพบมาก ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ขาดความมั่นใจในตนเอง แยกตัวจากสังคม กลัวสังคม การจัดการปัญหาบกพร่อง เช่น ใช้สารเสพติดหรือใช้ยาระงับประสาท การรับรู้ ความคิด และสมาธิบกพร่อง มีความรู้สึกขาดที่พึ่ง (helplessness) การทำหน้าที่ตามบทบาทบกพร่อง อารมณ์ซึมเศร้า และพยายามทำร้ายตนเองเป็นข้อมูลสำคัญที่นำมากำหนดการวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อกำหนดแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

สรุปปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ต้องให้ความช่วยเหลือ มีดังต่อไปนี้

- 1.3.1.1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง
- 1.3.1.2 บกพร่องในการดูแลความต้องการของร่างกาย
- 1.3.1.3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง

### 1.3.1.4 บทพร่องในด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ

#### 1.3.1.5 การจัดการปัญหาบทพร่อง

1.3.4 การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล การช่วยเหลือหลักเป้าหมาย เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ต่ออาการซึมเศร้า โดยแสดงออกหรือหาทางออกในแนวทางที่เหมาะสม สิ่งสำคัญที่ควรตระหนักคือ อาการที่สะท้อนว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้านั้นเป็นแรงกระตุ้นมาจากความขัดแย้งของจิตใจในระดับจิตใต้สำนึก (Unconscious) หรือไม่ ฉะนั้นตัวผู้ป่วยเองก็ไม่เข้าใจว่าอะไรทำให้ตัวเองเป็นเช่นนี้ พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจเรื่องความขัดแย้งของจิตใจและความหมายของภาวะที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยแสดงออกมามีแบบต่างๆ กัน แต่เป้าหมายในการพยาบาลคล้ายกัน คือ ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้อาการซึมเศร้า ของตนเอง และ ฝึกให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการซึมเศร้า สิ่งที่ดีควรให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรียนรู้ ได้แก่ ยอมรับสภาพอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น เพื่อการรับรู้ตนเองถึงระดับของอาการซึมเศร้า ลดความอายเมื่อเกิดอาการที่ไม่เหมาะสมต่างๆ ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า เรียนรู้วิธีการต่างๆ ที่จะทำให้ตนเองสงบ เมื่อเกิดอาการซึมเศร้า เพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหา และทักษะการเผชิญปัญหา

การวางแผนการพยาบาล กำหนดเป้าหมาย เป็น 2 ระยะคือ

1.3.4.1 เป้าหมายระยะสั้น ลดภาวะซึมเศร้าจนถึงปกติ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้

1.3.4.2 เป้าหมายระยะยาว เน้นถึงการรู้เหตุและผลของอาการซึมเศร้าวิธีการลดภาวะซึมเศร้า ลดความถี่การเกิดภาวะซึมเศร้า ปรับบุคลิกภาพและใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสมจัดการความขัดแย้ง

#### 1.3.5 การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล หมายถึง การวัดสถานะของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หลังจากให้การบำบัดทางการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ซึ่งการพยาบาลสามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่เห็นได้ชัดเจน ตอบสนองความต้องการตามความหวังหรือเกิดความคาดหวังของผู้รับบริการซึ่งแสดงถึงความพึงพอใจที่ได้จากการได้รับบริการพยาบาล ผู้รับบริการสามารถทำหน้าที่ตามบทบาท ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ และสามารถดูแลตนเองได้ภายใต้ราคาที่เหมาะสม และการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิผล ในการประเมินผลผู้ป่วยสามารถประเมินได้จากการบรรลุความสำเร็จของเกณฑ์การประเมินผลและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถประเมินได้จากการสังเกตสอบถาม ผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนฝูง และบุคลากรในทีมสุขภาพ ประเมินได้ใน 2 รูปแบบ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1.3.5.1 การประเมินผลอาจเห็นผลในระยะสั้น เช่น ผู้ป่วยไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ อาการทางร่างกาย(การนอนไม่หลับ เบื่ออาหารอ่อนเพลีย) พบน้อยลง การทำกิจกรรมต่างๆเพิ่มมากขึ้น มีการทำหน้าที่การคิด การสื่อสารที่ดีขึ้นเป็นต้น

1.3.5.2 การประเมินผลในระยะยาวสำหรับการให้การพยาบาลต่อเนื่องในชุมชน อาจมองถึง เกณฑ์การประเมินผลระยะยาว เช่น ผู้ป่วยเข้าสังคมได้ดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำหน้าที่ต่างๆได้ตามปกติ ความคิดในทางลบลดลง มีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น

สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีทักษะเฉพาะที่สำคัญคือ ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการบำบัด ผลของการบำบัดทางจิตขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ถ้ามีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของผู้บำบัดจะส่งผลดีต่อการบำบัด บุคคลส่วนใหญ่มักมองการพยาบาลจิตเวชว่าเป็นรูปธรรมผู้ร่วมงานอาจไม่เข้าใจในการปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวช ซึ่งอาจไม่เห็นความสำคัญในการใช้ทักษะการสื่อสาร นอกจากนี้ทักษะการประเมินสภาพตรวจร่างกาย และตรวจสภาพจิตเป็นทักษะที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช อีกทั้งความสามารถในการทำการบำบัดในรูปแบบต่างๆ ทั้งการบำบัดรายกลุ่ม รายบุคคล และรายครอบครัว ซึ่งทักษะที่กล่าวมามีความสำคัญต่อการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ นอกจากนี้การให้การพยาบาลในชุมชนยังเป็นสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

หลักการพยาบาลในงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหรือการบริการระดับปฐมภูมิ เป็นการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน เป็นการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านการดูแลร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในด้านต่างๆดังนี้

1. การให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิต เพื่อให้บุคคลในชุมชนเกิดความรู้ ความเข้าใจในปัญหาต่างๆ ความรุนแรง ความสูญเสีย การเฝ้าระวัง การสังเกต และการดูแลตนเองรวมทั้งบุคคลในครอบครัว ชุมชน เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพของชุมชน

2. การป้องกันโดยการช่วยเหลือแบบการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม เช่นการให้คำปรึกษารอบครัว การสื่อสารต่างๆ ทั้งการใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและคลายเครียดให้ชุมชน

3. พยาบาลต้องศึกษาในข้อมูลทั่วไปปัจจัยด้านที่อยู่ สังคม ครอบครัว เศรษฐกิจ ความเครียดปัญหาในชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลในชุมชน ป้องกันการเกิดโรคทางจิต

4. ใช้แนวทางการบูรณาการผสมผสานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ประยุกต์แนวคิดต่างๆเพื่อนำไปใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาต่างๆของชุมชน

5. บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้การพยาบาลระดับปฐมภูมิ ปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีบทบาทในการบำบัดเบื้องต้น สามารถใช้จิตสังคมบำบัดในชุมชนได้ และสามารถส่งต่อในหน่วยงานระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิต่อไปได้ อีกทั้งเป็นผู้ดำเนินการวิจัยหรือร่วมวิจัยในปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในระดับปฐมภูมิควรมีบทบาทดังนี้(สภาการพยาบาล, 2552)

1. ด้านการให้การดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาทางจิต การฟื้นฟูสภาพจิต การส่งต่อในสถานบริการและในชุมชน

2. ด้านการเป็นผู้จัดการรายกรณี ในการประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เป็นผู้นำทางด้านสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาล เป็นผู้ประสานงานทั้งในและนอกหน่วยงาน

3. ด้านการเป็นที่ปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน รับบริการ ครอบครัวและชุมชน

4. ด้านการให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ

5. ด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพและสร้างองค์ความรู้ใหม่

6. ด้านการบริหารจัดการดำเนินงานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

7. ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล

โดยสรุปการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นการดูแลต่อเนื่องทั้งในระบบการบริการผู้ป่วยนอก การบริการในโรงพยาบาล และการบริการในชุมชนที่มีความเกี่ยวข้องกัน ซึ่งบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องเป็นผู้วางระบบการบริการพยาบาลที่สามารถประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกับเครือข่าย ครอบครัว และชุมชนได้เพื่อลดความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยสามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**1.4 มาตรฐานการพยาบาลจิตเวช (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย, 2536)**

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับปัญหาและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง โดยมีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

1.4.1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด



- 1) สนทนากับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
- 2) เปิดโอกาสหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบาย ปัญหาสาเหตุอาการซึมเศร้า
- 3) แสดงท่าทียอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมา
- 4) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ โดยร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นและให้ผู้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกทางที่เหมาะสม

5) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

#### 1.4.2 ให้การบำบัดทางจิตแบบประคับประคองเป็นรายบุคคล ขึ้นตอนดังนี้

1) เตรียมความพร้อมของพยาบาลและผู้ป่วยก่อนบำบัดทางจิต อธิบายให้ผู้ผู้ป่วย เข้าใจและยอมรับการทำจิตบำบัด

2) จัดเตรียมสถานที่เงียบสงบเป็นส่วนตัว และอุปกรณ์การบันทึก

3) อธิบายเกี่ยวกับการรักษา บทบาทหน้าที่ของพยาบาลและผู้ป่วย กฎกติกา เวลา สถานที่

4) กระตุ้นผู้ป่วยให้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติเพื่อนำมาประกอบการ หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา

5) สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย

6) กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยคิดถึงผลดีผลเสียต่อการตัดสินใจกระทำ

7) แนะนำแนวทางให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจในเรื่องชีวิตประจำวัน

8) สังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วย และการปฏิบัติการพยาบาล

#### 1.4.3 ให้การบำบัดทางจิตเป็นกลุ่ม ขึ้นตอนดังนี้

1) เตรียมผู้รักษาให้มีความพร้อมร่างกายและจิตใจ

2) คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความสงบพร้อมจะเข้ากลุ่มกลุ่มละ 8-12 คน

3) เตรียมสถานที่ ห้องที่เป็นส่วนตัว จัดเก้าอี้ลักษณะวงกลมหรือวงรี

4) เตรียมอุปกรณ์การบันทึก

5) จัดแผนผังการนั่งผู้บำบัดนั่งสลับกับผู้ป่วย

6) ผู้นำกลุ่มแนะนำตนเองและทีม พร้อมเปิดกลุ่มสมาชิกแนะนำตัว

7) บอกวัตถุประสงค์และการทำกลุ่ม

8) ทีมผู้บำบัดกระตุ้นให้สมาชิกคนใดคนหนึ่ง เล่าปัญหาของตนเองให้สมาชิก ผู้อื่นฟังและแสดงความคิดเห็น แนะนำวิธีการแก้ปัญหาก็กำลังใจ

9) สรุปผลการบำบัดทางจิตเป็นกลุ่มทุกครั้งก่อนการปิดประชุม

10) ทีมผู้บำบัดสรุปผลการทำจิตบำบัดและวางแผนการพยาบาลต่อไป

11) สังเกตและบันทึกพฤติกรรมผู้ป่วย และปฏิบัติการพยาบาลโดยละเอียดทั้งก่อนและหลังทำจิตบำบัด

#### ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

- 1) ผู้ป่วยไว้วางใจยอมรับการรักษาพยาบาล
- 2) ผู้ป่วยตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม
- 3) ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม
- 4) ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพและพึงพอใจ

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายลดลง โดยมีกิจกรรมการพยาบาลดังนี้

1) ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความต้องการหรือปัญหา ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจโดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

2) ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านร่างกายตามอาการ

3) พยายามช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับ ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าและเจ็บป่วยทางกาย

4) ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ วิธีการเผชิญปัญหาด้วยตนเอง

5) ให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยและวิธีดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับการรักษา

6) สังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วย และปฏิบัติของพยาบาลโดยละเอียด

#### ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

- 1) ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาและยอมรับพฤติกรรมของตนเอง
- 2) ผู้ป่วยหยุดหรือมีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายน้อยลง

สรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุต้องเข้าใจในแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลในการกำหนดทิศทางการพยาบาลคือเป็นทั้งเครื่องมือและวิธีการที่ช่วยให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อย่างเป็นระบบ โดยใช้ความรู้และทักษะทางการพยาบาล กระบวนการการพยาบาล โดยกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการลดอาการซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ โดยแสดงออกหรือหาทางออกในแนวทางที่เหมาะสม โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของความรู้สึกรู้สึกเศร้าที่มีความซับซ้อน พยาบาลจิตเวชจะต้องมีความรู้ความสามารถ นำหลักฐานเชิงประจักษ์ นวัตกรรมใหม่ๆ มาใช้ และพัฒนาองค์ความรู้ สามารถเลือกชนิดของการรักษาบำบัดในแต่ละรายที่จะเอื้ออำนวยต่อสุขภาพจิต มีการวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทาง neurobiological และการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ใช่ยา เช่น การบำบัดทางจิตสังคม มีการดูแลแบบองค์รวม ลดอาการ และช่วยให้ทำหน้าที่ได้เป็นที่น่าพอใจ

การพยาบาลตามแนวทางที่กล่าวมาจะเอื้อให้มีการฟื้นคืนสภาพ และลดการกลับเป็นซ้ำ อีกทั้งการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และทางเลือกให้ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างผาสุก

### 1.5 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้ป่วยสูงอายุ

ผลกระทบทางตรงพบว่า เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะทำให้การทำงานของสมองเปลี่ยนแปลงร่วมกับวัยสูงอายุที่มีความพร่องทางด้านความทรงจำซึ่งอาจทำให้อาการหลงลืม (memory impairment) มีโรคสมองเสื่อมร่วมด้วย (Blazer, 2003) ความสามารถในการตัดสินใจ แก้ปัญหาต่างๆ ลดลง (cognitive impairment) ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจทำให้เกิดความคิดทำร้ายตนเอง ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายมักมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Conwell and Brent, 1995) นอกจากนี้ โรคซึมเศร่ายังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ สูญเสียค่าใช้จ่าย เพิ่มค่ารักษาทั้งในลักษณะเจ็บป่วยและฟื้นฟู เนื่องจากความพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น (Tsai, 2007) ส่งผลต่อการเกิดโรคร่วมได้ง่าย เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวในสตรีผู้สูงอายุ (Williams et al., 2002) ความหนาแน่นของกระดูก ลดลง (Robbins et al., 2001) โรคหัวใจและหลอดเลือด เกิดการคิดเชิงลบ (Alexopoulos, 2005)

ผลกระทบทางอ้อมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยความอยากอาหารลดลง รับประทานอาหารน้อยลง ธรรมชาติของมวลกาย (Body Mass Index) ลดลงทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร น้ำหนักลด นอกขาดภาวะโภชนาการที่บกพร่อง การขาดความสนใจตนเองไม่สนใจ การดูแลตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุมีผลต่อการรักษาหรือการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและการรักษา ยังส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากพฤติกรรมที่ซ้าลงหรือลู่กลิ้งลู่กลื่นร่วมกับการขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ทำให้ขาดความระมัดระวัง การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง เนื่องจากขาดความสนใจ ขาดแรงจูงใจ สูญเสียแหล่งสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากแยกตัว ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความคิดในแง่ลบต่อบุคคลหรือสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ครอบครัวและสังคมเกิดความไม่เข้าใจ ไม่ให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ (Blazer, 2003)

## 2. จิตบำบัดประคับประคอง

### 2.1 แนวคิดและความหมายของจิตบำบัดประคับประคอง

แนวคิดของจิตบำบัดประคับประคองพัฒนามาในศตวรรษที่ 20 วิธีการรักษามีวัตถุประสงค์ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) มากกว่าจิตวิเคราะห์ ไม่ได้เป็นการปรับบุคลิกภาพ แต่ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการอาการ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับในรายที่

เป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตปกติสามารถช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงคราวได้ ในความหมายตามพจนานุกรม คำว่า support หมายถึง ว่า การช่วยแบ่งเบาความรุนแรง ช่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน เสริมสร้างความเข้มแข็ง (Winston et al., 2004) ผู้บำบัดต้องผ่านการอบรม การทำแต่ละครั้งเน้นการดูแลเอาใจใส่ โดยฟังอย่างตั้งใจอย่างเห็นใจให้ผู้รับการบำบัดทราบว่าผู้บำบัดอยู่เคียงข้างเขา ให้คำแนะนำสนับสนุน ผลการศึกษาที่พบว่าการใช้จิตบำบัดประคับประคองมีประสิทธิภาพดีถ้าเป็นการทำงานร่วมกันกำหนดเป้าหมายและไปสู่จุดหมายร่วมกันมากกว่าการที่ผู้บำบัดให้ความช่วยเหลือเพียงอย่างเดียว (Cailhol et al., 2009) การบำบัดเป็นรายบุคคลจะได้ผลดีกว่า จิตบำบัดได้ผลดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ (Ebersole et al., 2004; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

Knight (1954) อธิบายว่าจิตบำบัดประคับประคองเป็นรักษาจิตบำบัดแบบผิวเผินเป็นการสร้างแรงดลใจให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ คำแนะนำ โน้มน้าว ให้ความรู้ใหม่ต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานะทางจิตใจหรือกลไกปกป้องทางจิตตนเองได้ดีพอ หรือไม่สามารถเข้าใจตนเอง

Pinsker (1997) มีความเห็นว่า จิตบำบัดประคับประคองเป็นการรักษาแบบหนึ่งที่แบ่งแยกมาจากการรักษาแบบจิตไดนามิก (psychodynamic psychotherapy) นั้นเองเพียงแค่เปลี่ยนแปลงวิธีการและประยุกต์วิธีการมาปฏิบัติให้เหมาะสมกับจุดมุ่งหมายของการรักษาและเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือประคับประคอง

Winston, Rosenthal and Pinsker (2004) ให้ความหมายจิตบำบัดประคับประคองว่าเป็นการบำบัดที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทำให้อาการดีขึ้น และการคงไว้หรือฟื้นฟูเน้นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) ปรับปรุงการทำงานของสถานะจิต (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptive skill) ของผู้รับการบำบัด

แพ จันทรสุข (2541) กล่าวว่าจิตบำบัดประคับประคอง เป็นกระบวนการรักษาที่มุ่งเน้นเฉพาะจุดของปัญหา และทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด มีจุดมุ่งหมายบำบัดอาการเท่านั้น เป็นการเสริมกลไกทางจิตให้เข้มแข็งมากขึ้น การรักษาอยู่ที่ระดับจิตสำนึก

มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช (2542) กล่าวถึง จิตบำบัดประคับประคอง (supportive psychotherapy) ไว้ว่า เป็นจิตบำบัดที่ใช้บ่อยในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายหรือทางจิตเวช องค์ประกอบสำคัญในการทำจิตบำบัดประคับประคอง คือ ความเชื่อมั่น ในสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นบนความเชื่อถือของผู้ป่วยที่มีต่อผู้บำบัดและความมั่นใจต่อการรักษาจะช่วยให้การบำบัดเป็นไปด้วยดี แนวทางการบำบัดผู้รักษาเปรียบเสมือนผู้ช่วยหาวิธีแก้ปัญห และประคับประคองการทำงาน of สถานะจิตผู้ป่วย ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย มุ่งสู่ปัญหาอย่างจำเพาะเจาะจงที่ผู้ป่วยกล่าวถึง

สมภพ เรื่องตระกูล (2548) กล่าวว่าจุดมุ่งหมายของการทำจิตบำบัดประคับประคอง คือ การสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษา(Therapeutic relationship) ร่วมกับทฤษฎีแนะและเทคนิคอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น โดยเร็ว โดยไม่ต้องค้นหาปัญหาทางด้านจิตใจของผู้รับการบำบัดอย่างลึกซึ้ง ให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ภายนอกกว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมกกว่าแก้ไขความขัดแย้งภายในจิตใจของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะความเครียดจากสิ่งแวดล้อมและปัญหาการมีสัมพันธภาพ

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) กล่าวว่า จิตบำบัดประคับประคอง เป็นการรักษาทางจิตชนิดหนึ่ง ด้วยการที่ผู้ให้การบำบัดพูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ให้การบำบัดวิเคราะห์สภาพปัญหาสาเหตุของปัญหา และร่วมกันแก้ไขในสิ่งที่ปัญหาหรือความทุกข์ ความซับซ้อนใจของผู้ป่วย โยเน้นการพูดคุย และบำบัดช่วยเหลือประคับประคองเบื้องต้น

สรุป ความหมายของจิตบำบัดประคับประคองในการวิจัยครั้งนี้ คือ กระบวนการบำบัดที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทำให้อารมณ์ดีขึ้นฟื้นฟู และคงไว้ในส่วนที่ดี เน้นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptive skill) ของผู้รับการบำบัด มีจุดมุ่งหมายบำบัดอาการเท่านั้น เป็นการเสริมกลไกทางจิตให้เข้มแข็งมากขึ้น การรักษาอยู่ที่ระดับจิตสำนึก

## 2.2 องค์ประกอบการทำจิตบำบัด

ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ กระบวนการรักษา ผู้บำบัด และผู้รับการบำบัด

### 2.2.1 กระบวนการรักษา(Process of psychotherapy) (Winston et al., 2004)

2.2.1.1 ระยะเวลาเริ่มต้น (Beginning) เป็นระยะของการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน โดยผู้บำบัดต้องเป็นผู้ที่มีหลักในการฟังที่ดี มีความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ผู้รับการบำบัดให้ความเป็นกันเองเพื่อก่อให้เกิดศรัทธาความรู้สึกที่ดีต่อผู้บำบัด การรักษาแบบประคับประคอง มีเป้าหมายในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยรับฟังเก็บข้อมูล ผู้บำบัดมีบทบาท เช่น แนะนำ ช่วยเหลือ ช่วยแก้ไขปัญหาแวดล้อมทำเท่าที่จำเป็นเพราะการแนะนำ ในขณะที่ยังไม่มีความสัมพันธ์อันดีนั้นมีผลน้อย

2.2.1.2 ระยะเวลากลาง (middle stages) เมื่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บำบัดจะเกิดเป็นความรู้สึกที่ดีและไม่ดีปะปนกันคือมีทั้งความรักใคร่ ห่วงใย แต่อาจมีความ โกรธ กลัว จิตบำบัดแบบประคับประคอง มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสบายขึ้นโดยลดแรงกดดันต่อผู้ป่วย แต่คงสภาพโครงสร้างของบุคลิกภาพเดิม ไม่ขุดคุ้ยลงไปหาความขัดแย้ง ในจิตไร้สำนึก ดังนั้นจึงไม่ได้ใช้ทฤษฎีแนะ เป็นหลักแต่จะใช้วิธีการต่าง ๆ ลดความเครียด ลดแรงกดดันต่อจิตใจของผู้ป่วย เช่น การแนะนำ การให้ความมั่นใจ การผ่อนคลายความเครียด การเปลี่ยนมุมมอง

2.2.1.3 ระยะเวลา (Terminate) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ยอมรับตนเองมากขึ้น มีความรับผิดชอบในความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตน มีพัฒนาการด้านจิตอารมณ์ เข้าใจตนเอง มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น เกิดการเรียนรู้วิธีมองเหตุการณ์ในมุมมองใหม่ ส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจ ระยะนี้อาจมีผลกระทบต่อจิตใจ ต้องบอกผู้รับการบำบัดไว้เป็นระยะถึงการสิ้นสุดการบำบัดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีเวลาปรับตัว เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัย เมื่อยุติการบำบัดให้ผู้ป่วยกลับมาหาใหม่ได้เมื่อมีความจำเป็น

2.2.2 ผู้บำบัด คุณสมบัติที่จำเป็นของผู้บำบัดคือ มีความรู้พื้นฐานทางสุขภาพจิตและจิตเวช มีเจตคติที่ดีต่อผู้รับบริการ มีประสบการณ์ มีความรับผิดชอบต่องานสุขภาพจิตและจิตเวชมี Psychological Minded ซึ่งได้แก่ Sensitiveness หรือ Awareness , Understanding และ Empathy (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ คนที่มีความสามารถในการผูกมิตรจะมีภูมิลักษณ์เป็นคนที่มีความประสพการณ์ชีวิตวัยเด็กที่อบอุ่นคุณสมบัติที่สำคัญมากอีกอย่างหนึ่ง คือ ความสามารถถ่ายทอดความรู้สึกอันดีงามของผู้รักษาไปให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้รักษามีความรัก ความปรารถนาดีอีกส่วนที่จำเป็นเช่นกันคือ ผู้รักษาต้องเป็นคนที่มีความรู้ทางจิตเวชและการบำบัดอย่างดี เป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี เพราะผู้รักษานั้นใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการรักษา หากผู้รักษา มีความผิดปกติทางจิตหรือมีสุขภาพจิตไม่ดีก็จะก่อให้เกิดความล้มเหลวในการบำบัด

2.2.3 ผู้รับการบำบัด ลักษณะของผู้รับการบำบัด ที่ควรนำมาพิจารณาประกอบในการทำจิตบำบัดก็คือ บุคลิกนิสัยของผู้ป่วย แรงจูงใจต่อการรักษา ลักษณะการพูด บางคนช่างพูดสามารถถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิดได้ บางคนพูดน้อยหรือไม่พูด ความฉลาด-เขาว์ปัญญามีส่วนต่อการเรียนรู้ บางครั้งความฉลาดอาจเป็นอุปสรรคในการรักษา เช่น ผู้ป่วยใช้ความฉลาดหาเหตุผลหลอกตนเอง และทำให้ผู้บำบัดเสียเวลา เพราะหลงเข้าใจผิด ส่วนอายุมีส่วนสำคัญต่อการทำจิตบำบัดคนที่อายุมากปรับตัวได้ไม่ดีเท่าคน อายุน้อย แต่ในบางรายก็ปรับตัวได้ดี (ศิริพร สวดยพริ้ง, 2551)

### 2.3 จุดมุ่งหมายการทำจิตบำบัดระดับประคอง

จิตบำบัดระดับประคองมีจุดมุ่งหมายเพื่อประคองประคองให้ผู้รับการบำบัดมีอาการอยู่ในระยะคงที่ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptive skill) ซึ่งผู้รับการบำบัดในที่นี้คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีสภาวะทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมและความสัมพันธ์ที่มีกับบุคคลอื่นๆ ผิดไปจากเดิม มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน สูญเสียคุณค่าในตนเอง ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ผู้บำบัดจะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพปัญหาของตนให้มากที่สุด

เท่าที่จะทำได้ โดยพยายามทำให้กลไกป้องกันทางจิตหรือสภาพทางจิตเข้มแข็งขึ้น การพยายามทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้กลับมาสู่สภาวะเดิมได้ และ การพยายามสร้างกลไกใหม่ ๆ ที่ดีกว่า จากแนวคิดของ Winston et al. (2004) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายไว้ว่า

2.3.1 จุดมุ่งหมายของผู้บำบัด คือส่งเสริมคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ลดหรือป้องกันอาการที่อาจเกิดขึ้น และช่วยให้มีความสามารถในการปรับตัวได้มากที่สุด

2.3.2 จุดมุ่งหมายของผู้รับการบำบัดคือรักษาความสามารถในการทำกิจกรรม ต่างๆ หรือพัฒนาให้ดีขึ้นภายในตัวบุคคล บุคลิกภาพ และสถานการณ์ในชีวิตของผู้รับการบำบัด

## 2.4 ประเภทของการทำจิตบำบัด

การทำจิตบำบัดประคับประคองสำหรับผู้ป่วย นอกจากจะช่วยประคับประคองจิตใจแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ และปรับตัวเพื่ออยู่กับอาการ โดยเกิดความทุกข์ใจน้อยที่สุด จิตบำบัดแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และ รัชชัช คงสกนธ์, 2542)

2.4.1 จิตบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy) หมายถึงผู้ให้การบำบัดกับผู้ป่วยเท่านั้นที่จะพูดคุยกัน ทั้งนี้จะไม่ลงลึกถึงจิตใต้สำนึกหรือขั้นหยั่งรู้ เช่นผู้ป่วยโรคประสาท ผู้ให้การบำบัดไม่จำเป็นต้องเป็นจิตแพทย์แต่ควรจะมีความรู้ความเข้าใจ เป็นอย่างดี สามารถโต้ตอบให้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องความไว้วางใจ และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ดังนั้นผู้บำบัดจึงต้องมีบทบาทในการสร้างความรู้สึกรักที่เป็นมิตร, ความไว้นอกเหนือใจ, จริงใจ และเป็นกันเองจนผู้ป่วยมั่นใจว่าเป็นที่พึ่งได้ หาแนวทางแก้ไขด้วยตนเองการบำบัดเพื่อการประคับประคองมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับการบำบัดระบายความคิด ความรู้สึก ให้ผู้บำบัดฟังด้วยความเข้าใจเห็นใจ ให้ความมั่นใจในสิ่งที่จะทำต่อไป บทบาทของพยาบาลในการทำจิตบำบัดรายบุคคล เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ สังเกตพฤติกรรมของผู้รับการบำบัดแต่ละครั้ง ว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และบันทึกพฤติกรรมผู้รับการบำบัดทุกครั้งก่อนและหลังการบำบัด

2.4.2 จิตบำบัดรายกลุ่ม (Group psychotherapy) โดยมากจะเรียกว่า กลุ่มบำบัด วิธีนี้ผู้ให้การบำบัดอาจมีเพียง 1-2 คน ในขณะที่ผู้ป่วย ประมาณ 6-8 คน ทั้งนี้ทุกคนต้องมีสภาพจิตที่ดีพอพูดคุยเรื่องไม่มีอาการหว่ว, หลงผิด, หวาดระแวงใด ๆ ใช้เวลาประมาณครั้งละ 1 ชม. การคัดเลือกผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงยังเป็นข้อต้องห้ามอาจเกิดอันตรายต่อกลุ่ม การบำบัดเป็นการให้ผู้ป่วยช่วยเหลือกันในกลุ่ม ร่วมแก้ปัญหาด้วยกัน โดยผู้นำกลุ่มดำเนินการไปในทางที่ดี ผู้นำกลุ่มได้แก่ทีมสุขภาพจิต คือ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์ฝึกฝนมาอย่างดี หลักที่ควรคำนึงถึงในการทำกลุ่มบำบัด บางครั้งผู้ป่วยอาจได้รับการเอาใจใส่น้อยลง อาจไม่ได้ผลจึงควรมีการทำจิตบำบัดรายบุคคลร่วมด้วย

โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ บางรายอาจไม่กล้าพูดต่อหน้ากลุ่ม ประธานกลุ่มต้องกระตุ้นให้เกิดความกล้า ความลับต่างๆในกลุ่มอาจเก็บไม่ค่อยได้ ผู้ป่วยอาจไม่หายแต่อาจลดความรุนแรงลง ผู้บำบัดควรมี ความชำนาญฝึกฝนมาแล้ว

## 2.5 เทคนิคในการบำบัดปรับระดับประคอง (Winston et al., 2004)

2.5.1 การชมเชย (Praise) เป็นเทคนิคที่ดีมากในการใช้การกล่าวชื่นชมเป็นการส่งเสริม เพื่อความสำเร็จ หรือการปรับพฤติกรรม โดยมีเงื่อนไขในการทำเพื่อให้ได้สิ่งที่ควรชื่นชม

2.5.2 การให้ความมั่นใจ (Reassurance) เป็นเทคนิคที่จัดว่ามีความสำคัญและเป็น ประโยชน์ ซึ่งก่อให้เกิดผลดีอย่างมากในการบำบัดผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้าน อารมณ์และจิตใจ เช่น ผู้ป่วยที่มีความเศร้า บุคคลที่ต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์แบบนี้มักจะไม่สามารถแก้ไขปัญหา ต่าง ๆ ให้ผ่านไปได้ แม้ว่าเขาจะมีความสามารถอย่างพร้อมเพรียงก็ตาม ผู้ให้การบำบัดจะต้องพูดให้ ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตัวเองมากขึ้นสามารถที่จะกลับมายืนหยัดต่อสู้อุปสรรคได้อีกครั้ง เป็น เทคนิคที่คล้ายกับการชมเชย (Praise) แต่เทคนิคนี้ต้องทำอย่างซื่อสัตย์อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง เป็นการสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับการบำบัดในสิ่งที่ยังลังเลสงสัยไม่แน่ใจ เป็นการให้ความมั่นใจ ให้ กำลังใจเพื่อให้วิตกกังวล ความลังเลไม่แน่ใจสงสัยหายไป

2.5.3 การให้กำลังใจ (Encouragement) เป็นบทบาทหลักที่สำคัญในการบำบัดทั่วไปและ การฟื้นฟู ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และในกลุ่มที่มีพฤติกรรมพึ่งพา ผู้บำบัด จะเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ออกกำลังกาย มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ขอมรับการหวังใจจากผู้อื่น

2.5.4 การใช้เหตุผล (Rationalization) เป็นการช่วยการทำงานของจิตใจ และสามารถ สนับสนุนการใช้เหตุผลของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

2.5.5 การมองภาพใหม่ (Reframing) โดยการให้ข้อมูลใหม่เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดมอง ปัญหาใหม่จากมุมมองใหม่

2.5.6 ประเด็นที่สำคัญในการสนทนาเพื่อการบำบัด (Important topics for therapeutic conversation) ผู้บำบัดควรสนทนาเพื่อหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการบำบัด เช่น ข้อมูลส่วนตัว แหล่งสนับสนุน การมีปฏิสัมพันธ์ จุดเด่น จุดด้อยในการทำหน้าที่ต่างๆ อาการเจ็บป่วย ที่มาปัญหา สุขภาพ ความสัมพันธ์บทบาทในครอบครัว

2.5.7 การให้คำปรึกษา (Advice) และ เป็นการแนะนำแนวทางปฏิบัติให้คำแนะนำเพื่อ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเรียนรู้หาทางด้วยตัวของเขาเอง หรือเป็นการแนะนำข้อมูลแหล่ง สนับสนุน โดยการช่วยสำรวจสถานการณ์ ปัญหาต่างๆความรู้สึกนึกคิด และข้อดีข้อเสีย เป็นการ ชี้แนะแนวทางโดยการให้คำปรึกษา แก่ผู้รับการบำบัด



2.5.8 การสอน (Teaching) การให้ความรู้ ข้อมูล หรือทักษะ การสอนอยู่กับเทคนิค ความรู้ความสามารถของผู้บำบัด มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาจิต (Ego) ทักษะ และการแสดงออกที่เหมาะสม

2.5.9 การแนะแนว (Guidance) วิธีนี้มักใช้ในบุคคลที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัว การดำรงชีวิตประจำวัน มักใช้ในด้านการเรียน การงาน และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ผู้บำบัดจะทำหน้าที่ในการให้ข้อมูล ให้ข้อเท็จจริง และอธิบายความหมายให้แก่ผู้มารับบริการ วิธีนี้จึงใช้ได้ผลดีสำหรับบุคคลที่มีปัญหาเพียงเล็กน้อยไม่ลึกซึ้งมากนัก

2.5.10 การลดและป้องกันความวิตกกังวล (Reducing and preventing anxiety) จิตบำบัด ปรึกษาปรึกษาไม่เพียงแต่จัดการอาการที่ชัดเจน แต่ต้องป้องกัน การเกิดความวิตกกังวลที่ซ่อนอยู่ หรือเกิดในสถานการณ์ขณะนั้น โดยการพยายามหลีกเลี่ยงคำถามที่ก่อให้เกิดสถานการณ์ ความเครียด หลีกเลี่ยงการซักถามในลักษณะสืบสวน หรือลักษณะการถามของทนายความ คำถามที่ถามควรชัดเจน และแต่ละหัวข้อที่จะพูดคุยหรือเปลี่ยนหัวข้อควรได้รับอนุญาตจากผู้รับการบำบัด

2.5.11 การกำหนดปัญหา (Naming the problem) คือการนำประเด็นที่สำคัญมาพูด เป็นการมองปัญหาโดยผู้รับการบำบัดเองซึ่งผู้รับการบำบัดจะรู้สึกว่าเป็นการกำหนดหัวข้อสนทนาหรือปัญหาด้วยตนเอง ช่วยลดความกังวลได้ โดยผู้บำบัดเป็นเพียงผู้เสนอมุมมองในการมองปัญหา

2.5.12 การตระหนักรู้ (Awareness) การพยายามทำให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ด้วยตัวเอง โดยใช้ความรู้สึกภายในตนเอง โดยการใช้วิธี การทำให้กระจ่าง (clarification) เป็นการที่ช่วยให้ผู้ป่วยประมวลหรือรวบรวมคำพูด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพูดในสิ่งที่อยากจะแสดงออกทางคำพูดได้ สื่อสารออกมาได้ชัดเจนและยังเป็นการสรุปเรื่องราวจากสิ่งที่สังเกตได้จากผู้ป่วยให้กระจ่างเข้าใจในปัญหา ,การเผชิญหน้า (confrontation) เป็นการที่ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับ, ปฏิเสธ, หลีกเลี่ยงหรือ พยายามจะทำให้เป็นสิ่งที่ไม่สำคัญ และการตีความ (interpretation) คือ การวินิจฉัยข้อมูลแบบเชื่อมโยงอย่างรอบครอบ และแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้รับการบำบัดให้เกิดการตระหนัก โดยผู้รับการบำบัดไม่เคยตระหนักถึงมาก่อนเลย

สำหรับในผู้สูงอายุสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงในการทำจิตบำบัดปรึกษาปรึกษา คือ กิจกรรมไม่เป็นการแข่งขัน, เปิดโอกาสให้มีการตัดสินใจ ,พูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตในอดีต ,วิเคราะห์ตนเองผ่านความฝันหรือเรื่องราวต่างๆ , การตรวจสอบความรู้สึกซึมเศร้าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น ไม่ได้เป็นการพยายามกระตุ้นอารมณ์ หรือปฏิเสธ ความสูญเสียความผิดหวังของผู้สูงอายุ และ การสร้างบรรยากาศเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความรู้สึกเข้าใจ และเห็นใจ

## 2.6 ระยะเวลาในการทำจิตบำบัดประคับประคอง

การบำบัดด้วยจิตบำบัดประคับประคอง การกำหนดเวลาในการนัดผู้รับการบำบัดตามความเหมาะสม นอกจากในรายที่มีภาวะวิกฤติที่ต้องนัดติดตามใกล้ชิดเป็นระยะเวลาที่เร็วกว่าปกติตามความเหมาะสมและระยะเวลา ขึ้นอยู่กับปัญหาในการบำบัดแต่ละรายกับการตกลงร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด (Winston et al., 2004) โดยทั่วไปมักจะนัดทุก 2-4 สัปดาห์ตามความจำเป็นหรือในผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาวิกฤติ มักนัดหลายเดือน เวลาที่ใช้อาจเป็นระยะเวลาสั้น 20-30 นาที ในแต่ละครั้ง (จันทิมา อองค์โหมยิต, 2545) หรือยาวกว่าตามกรณีจำเป็น ประมาณ 45-60 นาที (Maina, Forner and Bogetto, 2005) สำหรับปัญหาเร่งด่วนใช้เวลาประมาณ 4-15 ครั้ง (Levenson and Hales อ้างถึงใน ศิริพร สวยพริง, 2551)

## 2.7 ประสิทธิภาพของการทำจิตบำบัดประคับประคองต่อโรคซึมเศร้า

จิตบำบัดประคับประคอง ใช้บำบัดโรคซึมเศร้า เพื่อเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปรับปรุงสภาวะจิตใจ และเพิ่มทักษะในการปรับตัว และยังมีมุ่งเน้น ถึงปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นรวมทั้งอารมณ์และพฤติกรรม มีการศึกษาเปรียบเทียบกันระหว่างการทำบำบัดทางความคิด การบำบัดทางพฤติกรรม และจิตบำบัดประคับประคองในผู้สูงอายุ 30 ราย ที่มีอายุ 60-81 ปีพบว่าภาวะซึมเศร้าลดลง ไม่แตกต่างกัน (Thompson and Gallagher, 1985) การศึกษาของ Hellerstein et al.(1998) ศึกษาการทำ Supportive psychotherapy และ Dynamic Therapies เปรียบเทียบในผู้ป่วย 24 ราย และ 25 ราย ตามลำดับในผู้ที่มีปัญหาบุคลิกภาพแปรปรวน เป็นรายบุคคล ระยะเวลา 6 เดือน พบว่า Supportive psychotherapy มีประสิทธิภาพดีกว่า มีความมั่นคงในระยะยาวมากกว่า ลดอาการทางจิตได้ดีกว่า และเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ได้ การศึกษาการใช้จิตบำบัดประคับประคองระยะสั้น ร่วมกับการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้า ของ Jonghe et al.(2000) ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 84 ราย รับประทานยาต้านอาการเศร้า และ 83 ราย ใช้จิตบำบัดประคับประคองระยะสั้น 16 session เป็นเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยที่ใช้จิตบำบัดประคับประคองระยะสั้นจะได้ผลดีใน สัปดาห์ที่ 8 ,16 และ 24 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่รับประทานยาต้านอารมณ์เศร้า ได้ผลดีในสัปดาห์ที่ 24 และในผู้ที่ได้รับประทานยาร่วมกับการทำจิตบำบัดประคับประคองระยะสั้น ได้ผลดีในสัปดาห์ที่ 24 เช่นกัน ในผู้ป่วยทางจิตเรื้อรัง การทำจิตบำบัดประคับประคองจะช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาที่ท้าทายได้ เพิ่มความเข้มแข็งทางจิตใจ และจะคงอยู่ในระยะยาวได้ (Davies, 2003) การศึกษาของ Alexopoulos , et al.(2011) ศึกษาผู้ที่มีอายุมากกว่า 59 ปี ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าใช้เวลาติดตาม 36 สัปดาห์ 12 ครั้ง ในการบำบัดด้วยการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy PST) เปรียบเทียบกับการรักษาแบบประคับประคอง (Supportive Therapy ST) พบว่า PST ลดภาวะซึมเศร้าและลดความพิการหรือการไร้

ความสามารถได้ดีกว่า ST ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและยังคงส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าได้ในระยะยาว ผู้วิจัยแนะนำว่าการใช้ PST อาจจะนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน และในผู้ที่คือต่อยา Newton อ้างถึงใน เซาเวนี ล่องซูล (2547) กล่าวว่าผู้สูงอายุควรได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ช่วยไม่ให้ผู้สูงอายุมีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้นและส่งผลกระทบต่ออัตราการฆ่าตัวตาย

### 3 การพัฒนาคู่มือการทำจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังการจำหน่ายกลับไปอยู่ในสังคมมักเกิดปัญหาว่ามีอาการซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำและสุดท้ายต้องกลับมาเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ ที่เป็นเช่นนี้เพราะการแก้ปัญหาไม่ได้เข้าไปถึงบริบทของครอบครัวของผู้ป่วย การทำความเข้าใจในบริบทของครอบครัวจึงมีความจำเป็นเนื่องจากสาเหตุเช่น พฤติกรรมที่เป็นปัญหา/อาการของผู้ป่วยนั้น ไม่ได้เกิดตามลำพังแต่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะช่วยให้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) และเนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยสูงอายุต้องการการดูแลช่วยเหลือการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อบุคคลเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ (Qualls and Anderson, 2009) ครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ถ้าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัญหาเรื้อรังสมาชิกขาดความมั่นคง รู้สึกสับสนมีความห่างเหินทางอารมณ์ จะทนต่อความเครียดไม่ได้ แต่ถ้าปฏิบัติต่อกันเหมาะสมสมาชิกจะมีสุขภาพดี (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544)

การทำจิตบำบัดประคับประคอง เป็นกระบวนการรักษาทางจิตสังคมประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทำให้อารมณ์ดีขึ้นฟื้นฟู และคงไว้ในส่วนที่ดี เน้นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) ปรับปรุงการทำงานของสถานะจิต (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptive skill) ของผู้รับบำบัด มีจุดมุ่งหมายบำบัดอาการเท่านั้น เป็นการเสริมกลไกทางจิตให้เข้มแข็งมากขึ้น การรักษาอยู่ที่ระดับจิตสำนึก มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษา (Therapeutic Alliance ) (Winston et al., 2004; สมภพ เรืองตระกูล, 2548) การทำจิตบำบัดประคับประคองให้มีประสิทธิภาพดีต้องมีการกำหนดเป้าหมายและไปสู่จุดหมายร่วมกันมากกว่า การที่ผู้บำบัดให้ความช่วยเหลือเพียงอย่างเดียว (Cailhol et al., 2009)

แม้ว่าการทำจิตบำบัดรายกลุ่มมีประสิทธิภาพอยู่ในเกณฑ์ดีแต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดที่ต้องคำนึงถึง เช่น มีความบกพร่องทางความคิด ทางร่างกาย ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาการทำจิตบำบัดในผู้สูงอายุจึงควรใช้การทำรายบุคคลจะได้ผลดีกว่า (Agronin, 2009) การนำครอบครัวมามีส่วนร่วม

ในการบำบัดทำช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายเพื่อกลับไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้านได้ การบำบัดอาจต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลดอาการซึมเศร้า ถ้าครอบครัวทำความเข้าใจใส่ใจในภาวะจิตใจของสมาชิกในครอบครัวเดียวกันจะช่วยปรับสภาพความเป็นอยู่ให้เหมาะสม จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมการสนับสนุนการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีสัมพันธ์ที่อบอุ่นในครอบครัว มีการสื่อสารที่เหมาะสม มีการช่วยเหลือ ดูแล ขอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งจะส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วย สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และการรับรู้สภาพปัญหาในครอบครัว และร่วมกันหาหนทางแก้ไขจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความหมาย มีคุณค่าในตนเอง (บุญพา ณ นคร, 2545) ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุได้ โปรแกรมจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมดำเนินการโดยให้ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัด มุ่งเน้นในระดับจิตสำนึกเท่านั้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย มุ่งแก้ปัญหาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยประยุกต์แนวคิดจิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิดของ Winston et al. (2004) โดยการดำเนินการ ทั้ง 3 ขั้นตอน ร่วมกับการจัดกิจกรรมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อเป็นการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จัดดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช ดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการทำจิตบำบัดประคับประคอง ทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยในการบำบัดแต่ละครั้งจะส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้โดยในแต่ละขั้นตอน สมาชิกครอบครัวของผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม

### วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. **ระยะเริ่มต้น (Beginning)** การดำเนินการประกอบด้วย การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และสร้างบ้านร่วมกัน

**การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการสร้างบ้านร่วมกัน**

สาระสำคัญ

เป็นการเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ซึ่งเป็นระยะสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัดใช้หลักในการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ใจผู้รับการบำบัดให้ความเป็นกันเองเพื่อก่อให้เกิดศรัทธาความรู้สึกที่ดีต่อผู้บำบัด การรักษาแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) มีเป้าหมายในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยรับฟังเก็บข้อมูล ผู้บำบัดมีบทบาท เช่น แนะนำ ช่วยเหลือ ช่วยแก้ไขปัญหาแวดล้อมทำเท่าที่จำเป็นเพราะการแนะนำในขณะที่ยังไม่มี

ความสัมพันธ์อันดีนั้นมีผลน้อย ระยะนี้ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเกิดการยอมรับซึ่งกันและกันไว้วางใจกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม ผู้บำบัดจะเริ่มต้นประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติความเป็นมา ประวัติทั้งส่วนตัวและครอบครัว ประเมินปัญหา ในขั้นตอนนี้เป็นการเริ่มต้นสร้างความคุ้นเคยการยอมรับนับถือความเป็นบุคคล การยอมรับความคิดของผู้อื่น การยอมรับซึ่งกันและกัน เพื่อการอยู่ร่วมกันที่ดี เข้าใจในมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุด้านจิตวิญญาณในขั้นตอนนี้ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดตกลงนัดหมายกันในเรื่องเวลาที่พบ จำนวนครั้ง ระยะเวลา สถานที่ (Winston et al., 2004) การเริ่มต้นสร้างสัมพันธ์ภาพโดยให้ร่วมกิจกรรมการวาดรูป มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ และการได้ระบายความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งประโยชน์ของการวาดภาพนั้นนอกจากเป็นกิจกรรมที่ได้สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวแล้วยังช่วยให้ได้ระบายออกทางอารมณ์ที่รู้สึกเศร้า (ซูวิทย์ รัตนพลแสนย์, 2551)

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้บำบัด ผู้รับการบำบัด และสมาชิกครอบครัว
2. เพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีรู้จักตนเอง เข้าใจผู้อื่น เกิดความไว้วางใจผู้บำบัด ผู้รับการบำบัด และสมาชิกครอบครัว กล่าวแสดงความรู้สึกเปิดเผยตนเอง และมีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย
3. เพื่อให้ทราบวัตถุประสงค์ การปฏิบัติตนเมื่อเข้าร่วมการบำบัด และประโยชน์ที่ได้รับ
4. เพื่อประเมินความคาดหวังของผู้รับการบำบัดต่อการรักษา

#### ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

#### อุปกรณ์

1. กระดาษวาดรูปสีขาว ดินสอ ยางลบ ปากกาหรือดินสอสีสำหรับวาดภาพและระบายสี
2. แบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว (สำหรับผู้ป่วย)
3. แบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับผู้ป่วย (สำหรับสมาชิกครอบครัว)
4. แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประจักษ์ โดยครอบครัวมีส่วนร่วม

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดเริ่มสร้างสัมพันธ์ภาพโดยการจัดเตรียมสถานที่บำบัดให้มีบรรยากาศเหมาะสม เอื้ออำนวยต่อการสนทนาผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัว ให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และกล่าวต้อนรับผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัว ด้วยท่าที่เป็นมิตร แนะนำตัวผู้บำบัดและให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวกล่าวแนะนำตนเองเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ ลดความวิตก

กังวลในการพบกันครั้งแรก ให้ผู้รับการบำบัดทำแบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว ให้สมาชิกครอบครัวทำแบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับผู้ป่วย

2. ผู้บำบัดชี้แจงวัตถุประสงค์ของการบำบัดอธิบายถึงขั้นตอนของการบำบัดระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดเพื่อเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อเป็นการให้ข้อมูลรายละเอียดต่อผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวเพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับ แนวทางของโปรแกรมจิตบำบัด ประคับประคอง

3. ผู้บำบัดสร้างข้อตกลง กำหนดจุดมุ่งหมาย วางแผนการบำบัดร่วมกัน สร้างข้อตกลงว่าผู้รับการบำบัดจะมีการสำรวจตนเอง และเปิดเผยความคิดความรู้สึกขณะได้รับการบำบัดและสร้างข้อตกลงในการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวต่อการบำบัดนำเข้าสู่กิจกรรมสร้างบ้าน

4. ผู้บำบัดแจกกระดาษวาดภาพพร้อมอุปกรณ์วาดภาพ โดยให้ร่วมกันวาดรูปที่เกี่ยวข้องกับบ้านอย่างอิสระและตั้งชื่อบ้านหรือไม่ก็ได้ (ยกตัวอย่างชื่อ บ้านของเรา บ้านแห่งความรัก บ้านแห่งความสุข)

5. เมื่อวาดเสร็จผู้บำบัดกระตุ้นถามถึงสิ่งที่ได้จากการสร้างบ้านหรือครอบครัวร่วมกัน ถามถึงสิ่งที่เห็นในภาพที่ผู้รับการบำบัดสร้างขึ้น ถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อช่วยกันสร้างบ้านสำเร็จ ตัวอย่างคำถามเช่น

“รู้สึกอย่างไรกับกิจกรรมที่ร่วมกันทำ ”

“อยากให้บ้านที่ร่วมกันสร้างเป็นอย่างไรในความคิดท่าน”

“ ท่านอยากให้สมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร”

“ ถ้าสมาชิกในบ้านสามัคคีร่วมกันทำกิจกรรมผลออกมาจะเป็นอย่างไร”

6. ผู้บำบัดสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรมและการนำไปใช้เช่น การยอมรับความคิดของผู้อื่น การยอมรับซึ่งกันและกัน เพื่อการอยู่ร่วมกันที่ดีมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุด้านจิตวิญญาณ

7. ใช้เทคนิค การใช้คำถามปลายเปิด(Questioning), การเงียบ (silence), การฟังอย่างตั้งใจ (Listening), การสังเกต(Observation), การติดตามเรื่อง(Tracking), ด้วยการสื่อสารทางวาจา(Verbal communication), การสื่อสารไม่ใช้วาจา(Non verbal communication) เช่นการพยักหน้าสบตา แววตาที่แสดงถึงความเข้าใจ(Empathy), การชมเชย (Praise), การกำหนดปัญหา(Naming the problem), การตระหนักรู้ (Awareness), เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสำรวจความรู้สึกของตนระบายความรู้สึก อารมณ์อย่างอิสระ

8. ผู้บำบัดสรุปประเด็น(Summarization)สรุปประเด็นที่ ในสภาพปัญหา อารมณ์ความรู้สึก เพื่อความเข้าใจตรงกัน

9. ยุติการสนทนา และนัดหมายในครั้งต่อไป ให้กำลังใจแสดงความใส่ใจที่ให้การบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดและครอบครัวมีความรู้สึกประทับใจ เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน การประเมิน

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและสมาชิกครอบครัวพูดคุยทักทายกับผู้บำบัดมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน บรรยากาศไม่เคร่งเครียด

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุบอกวัตถุประสงค์ของการบำบัด ขั้นตอนของการบำบัด ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด ข้อตกลงในการเข้ารับการบำบัด ประโยชน์ที่ได้รับ ผู้บำบัดและสมาชิกครอบครัวร่วมกันสร้างบ้านจนสำเร็จและร่วมสรุปสิ่งที่ได้ตามวัตถุประสงค์ ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวพร้อมเข้าร่วมการบำบัด

**2. ระยะกลาง(Middle stages)** เป็นระยะตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงบำบัดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดยอมรับ ประสบการณ์ทางอารมณ์ ที่เหมาะสม โดยผู้บำบัดจะเป็นผู้สนับสนุน ปฏิบัติการตอบสนองต่อผู้รับการบำบัดโดยปราศจากการตัดสินหรือตีความยกเว้นมีอาการผิดปกติทางจิตมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดแรงกดดัน แต่คงสภาพโครงสร้างของบุคลิกภาพเดิม ไม่หลุดลุ่ยลงไป หากความขัดแย้ง ในจิตไร้สำนึก ดังนั้นจึงไม่ได้ใช้ทางชี้แนะ เป็นหลักแต่จะใช้วิธีการต่างๆลดความเครียด ลดแรงกดดันต่อจิตใจของผู้ป่วย เช่น การสอน แนะนำ การให้ความมั่นใจ การผ่อนคลายความเครียด การเผชิญปัญหาการสื่อสาร การเปลี่ยนมุมมองใหม่ ผู้บำบัดนำเทคนิคของการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองตามแนวคิดของ Winston et al. ( 2004 ) ที่กล่าวว่า การบำบัดประกอบด้วย 2 ส่วน คือการทำให้อาการดีขึ้น และคงไว้หรือฟื้นฟู โดยเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง ปรับปรุงการทำงานของของสถานะจิต เพิ่มทักษะในการปรับตัว โดยผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อความรู้สึก อารมณ์ และปัญหาของตน เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เพื่อจัดการสถานการณ์ต่างๆที่อาจเข้ามาในชีวิตของตน ประกอบด้วย การบำบัดครั้งที่ 2 ร่วมด้วยช่วยดูแลกันและกัน, การบำบัดครั้งที่ 3 กิจกรรมของขวัญของเรา, การบำบัดครั้งที่ 4 เสริมสร้างสถานะจิตใจให้เข้มแข็ง และการบำบัดครั้งที่ 5 กิจกรรมการฝึกการปรับตัว ซึ่งกิจกรรมทั้ง 4 นอกจากช่วยให้ผู้รับการบำบัดเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) ปรับปรุงการทำงานของสถานะจิต (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Adaptive skill) แล้วยังส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้

การบำบัดครั้งที่ 2 ร่วมด้วยช่วยดูแลกันและกัน

สาระสำคัญ การทำให้อาการดีขึ้นและคงไว้หรือฟื้นฟู โดยผู้บำบัดจะเป็นผู้สนับสนุน ปฏิบัติการตอบสนองต่อผู้รับการบำบัด ส่งเสริมการใช้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองของผู้รับ

การบำบัดและสมาชิกครอบครัว สามารถสังเกตเฝ้าระวังอาการรุนแรงของโรค การกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังป้องกันการเกิดโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชในครอบครัวสังคมได้ และเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชนได้ นอกจากนี้ยังป้องกันการเกิดโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชในครอบครัวสังคมได้ และเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชนได้ โดยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมกิจกรรมเพื่อการรับข้อมูลร่วมกัน และนำไปใช้ในการอยู่ร่วมกัน การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับกับปัญหาของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และทราบว่า จะจัดการกับภาวะซึมเศร้านั้นอย่างไรและส่งผลให้มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง (Cuijpers, 1998) การให้สุศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว ในการสังเกตอาการเตือน รูปแบบการนอน อารมณ์ ความเชื่อมั่นตนเอง การรับประทานอาหาร ความสนใจทางเพศ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า ส่งเสริมการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Greden, 2001)

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของสมาชิกครอบครัว
2. เพื่อส่งเสริมการนำความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองตามแนวทางการรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและสมาชิกครอบครัว ไปปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขในครอบครัว

3. ฝึกให้สมาชิกครอบครัวสังเกต อาการผิดปกติของผู้ป่วย และบุคคลใกล้ชิดได้
- ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

#### อุปกรณ์

1. คู่มือเรื่อง “ อยู่อย่างไรกับโรคซึมเศร้า”
  2. คู่มือเรื่อง “ครอบครัวสร้างสรรค์:กลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า”
  3. บัตรคำในเรื่องโรคซึมเศร้า
  4. แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคอง โดยครอบครัวมีส่วนร่วม
- การดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวต้อนรับทักทายสร้างสัมพันธ์ภาพผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวต่อเนื่องจากการบำบัดครั้งที่ 1 และบอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมร่วมด้วยช่วยดูแลกันและกัน



2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองและเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวเล่าถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ชักถามถึงความรู้สึก ความคิดเห็น และความคาดหวังของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว กล่าวชื่นชมในสิ่งที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง และร่วมแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

3. ประเมินความรู้การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และความรู้ความสามารถของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยการซักถามในหัวข้อดังนี้ การรับประทานยา การสังเกตอาการแทรกซ้อนจากยาและการแก้ไข การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย วิธีการผ่อนคลายความเครียด การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น

4. ใช้บัตรคำประกอบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องโรคซึมเศร้า โดยให้ผู้รับการบำบัด และสมาชิกร่วมกันจับคู่บัตรคำ

5. ส่งเสริมให้กำลังใจชื่นชมสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ถูกต้องและเพิ่มเติมส่วนที่ปฏิบัติไม่ครบถ้วน

6. ขออนุญาต จดบันทึกข้อมูลและข้อมูลจะเป็นความลับ เพื่อนำไปเป็นแผนการบำบัด และ ประเมินผลการบำบัด

7. หลังจากที่ผู้รับการบำบัดทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ได้แลกเปลี่ยนการดูแลตนเอง ผู้บำบัดให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองเพิ่มเติม

8. ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ซักถามในข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

9. ผู้บำบัดให้คู่มือเรื่อง “ อยู่อย่างไรกับโรคซึมเศร้า” สำหรับผู้ป่วย และให้คู่มือเรื่อง “ครอบครัวสร้างสรรค์:กลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” สำหรับญาติ

10. ผู้บำบัดสรุปสาระของกิจกรรมและนัดหมายในครั้งต่อไป  
การประเมิน

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลตนเอง

2. สมาชิกครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

3. การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมของผู้รับการบำบัดมีละสมาชิกครอบครัว

**การบำบัดครั้งที่ 3 กิจกรรมของขวัญของเรา**

สาระสำคัญ

เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( self esteem ) รับรู้ภาพรวมที่เกี่ยวกับการมีคุณค่าในตนเองนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคงและเป็นสุขใจตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นเป็นกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ภาพรวมที่เกี่ยวกับ

การมีคุณค่าในตนเองนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคงและเป็นสุขใจตระหนักรู้ในศักยภาพของตน ดังนั้น การจัดกระทำโดยใช้กิจกรรมของขวัญในการวิจัยครั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้ทำกิจกรรมร่วมกัน อีกทั้งการที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมจนสำเร็จจะเกิดความรู้สึกภูมิใจ เมื่อเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง ได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลอื่นดังนั้น ดังนั้นกิจกรรมหรือวิธีการใดก็ตามที่ผู้บำบัดสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่นการแสดงการยอมรับ ให้ความสนใจ การนับถือหรือการชื่นชมยินดี ล้วนเป็นสิ่งที่ผู้บำบัดสามารถนำมาใช้ระหว่างการบำบัด (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) จะเห็นได้ว่ากิจกรรมของขวัญของเราสามารถส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และในระหว่างดำเนินกิจกรรม ผู้บำบัดใช้เทคนิค การชมเชย การให้กำลังใจ การให้ความมั่นใจ และกระตุ้นให้ญาติ ได้มีส่วนร่วมในการ ชื่นชมผู้ป่วยในขณะที่ประคองลูกของขวัญร่วมกัน และเมื่อทำสำเร็จ ขณะที่ทำกิจกรรม ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว นอกจากจะได้รับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แล้วยังได้รับความรู้สึกผ่อนคลาย การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวหลายราย ได้กล่าวว่า จะนำกิจกรรมเหล่านี้ไปทำที่บ้านร่วมกับคนอื่น รู้สึกสนุกและมีความสุขที่ได้ทำร่วมกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตระหนักรู้ในตนเองถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว
2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจตนเองมีคุณค่าในตนเองและยอมรับข้อจำกัดของตนเองและครอบครัว สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น

ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

อุปกรณ์

1. กล่องสำหรับห่อของขวัญ 1 กล่อง
2. กระดาษสีต่างๆที่ตัดเป็นแผ่นเล็กๆ ประมาณ 1 นิ้ว
3. ริบบิ้น
4. กาว
5. กรรไกร
6. แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง โดยครอบครัวมีส่วนร่วม

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวทักทายต้อนรับ สร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลาย

2. ผู้บำบัดกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมเสริมคุณค่าในตนเองตระหนักในคุณค่าของตนเอง เชื่อมโยงคุณค่าของตนเองกับอารมณ์ซึมเศร้า

3. ผู้บำบัดใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวร่วมกันพูดคุยถึงความรู้สึกประสบความสำเร็จ ประสบการณ์ที่ภาคภูมิใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุเป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงในการทำจิตบำบัด ผู้บำบัดกระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวช่วยส่งเสริมความภาคภูมิใจให้แก่ผู้รับการบำบัด โดยพูดคุยชื่นชมผู้รับการบำบัดเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเสริมคุณค่าในตนเองแก่ผู้รับการบำบัด

4. นำเข้าสู่การทำกิจกรรมของขวัญของเราโดยเชื่อมโยงกับความรู้สึกประสบความสำเร็จจากประสบการณ์ที่ผ่านมากับการทำกิจกรรมของขวัญว่าสามารถประดิษฐ์หรือทำกิจกรรมจนสำเร็จ ล่วงไปได้ โดยนำกล่องที่เตรียมไว้ และกระดาษสีต่างๆ ให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมกันตกแต่งโดยแปะกระดาษสีที่กล่องของขวัญ โดยระหว่างร่วมกันตกแต่งของขวัญผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกถึงการมอบของขวัญให้เพื่อตอบแทนความดีและความรู้สึกที่ดี จะตกแต่งอย่างไรให้สวยที่สุด มีค่าที่สุด

5. เมื่อทำสำเร็จถามความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ระหว่างตกแต่งกล่องของขวัญ ร่วมกัน

6. เสริมแรงโดยการชื่นชม เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวจนทำสำเร็จ

7. จากนั้นถามผู้ป่วยและสมาชิก ถ้าเป็นผู้มอบของขวัญให้อีกฝ่ายตนเองจะรู้สึกอย่างไร

8. ถามความรู้สึกถ้าเป็นผู้ที่ได้รับของขวัญจะมีความรู้สึกอย่างไร

9. ผู้บำบัด กล่าวสรุปเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเรียนรู้ที่จะเสริมคุณค่าในตนเองและให้ครอบครัวได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ถ่ายทอดความรู้สึกต่อกัน สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป การประเมิน

ประเมินพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึกเมื่อร่วมกิจกรรม

**การบำบัดครั้งที่ 4 เสริมสร้างสถานะจิตให้เข้มแข็ง**

สาระสำคัญ

การส่งเสริมการปรับปรุงการทำงานของสถานะจิต โดยการฝึกให้ผู้ป่วยคิดหรือมองภาพใหม่ จะทำให้ผู้ป่วยพิจารณาเรื่องราวต่างๆ ได้หลายแง่มุม สมเหตุสมผลตรงตามความเป็นจริง โดยสอนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองการคิดจากเดิมเป็นมุมมองทางบวก ให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความคิดอัตโนมัติด้านลบซึ่งมองสิ่งเร้าหรือประสบการณ์ที่ประสบ แล้วแปรไปในทางลบ มองว่าปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ไม่คิดแก้ปัญหา (Beck et al., 1979) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีต่อตนเอง เกิดความเข้าใจตนเอง ยอมรับตนเอง มองตนเองในแง่บวก สามารถพัฒนาตนเองได้เป็นการส่งเสริม

การปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต ซึ่งการนำสมาชิกครอบครัวมาร่วมทำกิจกรรมนั้นถ้าสมาชิก  
 เข้าใจในการเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยแล้วสมาชิกครอบครัวจะสามารถเป็น  
 ผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยในการคิด ซึ่งการมองมุมใหม่ มองในแง่ยึดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความ  
 เป็นจริง จะช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาลักษณะใหม่ในอีกมุมมอง เปลี่ยนมุมมองการคิดจากเดิมเป็น  
 มุมมองซึ่ง เป็นการส่งเสริมการปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต การจัดกิจกรรมครั้งนี้ จึงใช้  
 ตัวอย่างการมองสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อชีวิต และ/หรือนำสถานการณ์ที่ครอบครัวประสบมา  
 ใช้เป็นตัวอย่างในการฝึกทักษะในการสร้างสภาวะจิตให้เข้มแข็งโดยให้สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย  
 ร่วมแสดงอารมณ์ความรู้สึกในทางบวกร่วมกัน

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว
2. เพื่อให้ส่งเสริมให้เกิดมุมมองการคิดเชิงบวก
3. เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและอารมณ์

#### ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

#### อุปกรณ์

1. ชุดแผ่นพลิกสถานการณ์สร้างสรรค์
2. แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

#### ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวทักทายต้อนรับสร้างบรรยากาศเป็นกันเองผ่อนคลาย
2. ให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวร่วมกันอ่านสถานการณ์จากแผ่นพลิก  
 สถานการณ์สร้างสรรค์
3. ให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแต่ละสถานการณ์
4. ผู้บำบัดฝึกการเปลี่ยนมุมมองการคิดต่อบุคคลหรือต่อเหตุการณ์ในทางบวก (ใบความรู้  
 การบำบัดครั้งที่ 4) โดยใช้เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) การให้แรงเสริม (Reinforcement)  
 การกระตุ้น (Encourage) การแสดงบทบาทสมมติ(Role play) ใช้คำถามเช่น “คุณคิดอย่างไรกับ.....  
 (เหตุการณ์).....ที่เกิดขึ้น” ให้ลองฝึกเปลี่ยนมุมมองการคิดในทางบวก โดยให้ฝึก “คุณจะ  
 ปรับเปลี่ยนความคิดมีวิธีคิดใหม่กับเหตุการณ์เหล่านั้นอย่างไรในทางบวก”
5. ยกตัวอย่างสถานการณ์ความเครียดหรือสิ่งที่เป็นทุกข์ใกล้ตัวผู้ป่วยแล้วให้ฝึกมองภาพ  
 ใหม่ เช่น ขณะป่วยมีข้อดีอย่างไร : มีญาติมาเยี่ยม ลูกหลานใส่ใจ , เมื่อมีคนในครอบครัวป่วยญาติ

รู้สึกว่ามีข้อดีบ้างไหมอย่างไร :มีโอกาสได้ดูแลคนในครอบครัว เป็นต้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติคิดในทางบวก

#### 6. ผู้บำบัดสรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมิน

1. ความสนใจตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ประเมินจากความคิด อารมณ์ และความรู้สึก จากการเผชิญสถานการณ์กดดัน

#### การบำบัดครั้งที่ 5 กิจกรรมการฝึกการปรับตัว

สาระสำคัญ

การทำจิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัว เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตสังคมอยู่ที่ระดับจิตสำนึกโดยมีจุดมุ่งหมายสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษา (Therapeutic Alliance) เพื่อบำบัดอาการ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทำให้อาการดีขึ้นฟื้นฟู และคงไว้ในส่วนที่ดี เป็นการเสริมกลไกทางจิตให้เข้มแข็งมากขึ้น การเพิ่มทักษะในการปรับตัว(Adaptive skill) และด้วยเหตุที่ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นได้รับการจำหน่ายเพื่อกลับไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้านมักเกิดปัญหาว่ามีอาการซึมเศร้า กลับเป็นซ้ำ การเตรียมผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวจะลดการกลับเป็นซ้ำได้ อีกทั้งเพื่อปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิตให้มั่นคง โดยผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อการจัดการอารมณ์ความรู้สึกของตน เกิดการเรียนรู้เพื่อที่จัดการความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจเข้ามาในชีวิตของตน โดยจัดกิจกรรมการปรับตัวในด้าน การผ่อนคลายความเครียด ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต้องมีวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมเพื่อลดความเครียดเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีวิธีการลดภาวะซึมเศร้าโดยใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดความเครียดที่เรื้อรัง บุคคลที่ฝึกการผ่อนคลายเป็นประจำจะช่วยให้มีสภาวะจิตใจที่มั่นคง สามารถปรับตัวเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเทคนิคการผ่อนคลายได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆ การกำหนดด้วยตนเอง การทำสมาธิ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการผ่อนคลาย 2 วิธีเพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว คือการฝึกหายใจ และการสวดมนต์ ซึ่งคำนึงถึงด้านจิตวิญญาณที่เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยวัยสูงอายุ และสอดคล้องกับกิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 1 ซึ่งแสดงถึงความเชื่อด้านศาสนา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อฝึกทักษะในการปรับตัวของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว
2. เพื่อฝึกการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วยและญาติ

ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

## อุปกรณ์

1. หนังสือสวดมนต์
2. คู่มือการฝึกผ่อนคลายด้วยการหายใจ
3. แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง โดยครอบครัวมีส่วนร่วม  
ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม
  1. กล่าวต้อนรับทักทายสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลาย
  2. สนทนาในหัวข้อคุณปรับตัวได้อย่างไรโดยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อนำเข้าสู่การทำกิจกรรมการปรับตัว สมมติสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยไปเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนอาการดีขึ้นแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ผู้ป่วยและญาติจะเตรียมตัวอย่างไร
  3. จากนั้นสนทนาในหัวข้อการใช้วิธีผ่อนคลายที่ผ่านมาของผู้รับการบำบัดเมื่อเกิดความเครียด วิตกกังวล การผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจ เป็นการฝึกเพื่อให้เผชิญสถานการณ์ที่กดดันได้ และปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดีขึ้น
  4. การฝึกหายใจผู้บำบัดให้ข้อมูลเทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจ โดยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และวิธีการปฏิบัติ ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัด และสมาชิกครอบครัว ร่วมทำกิจกรรมฝึกการหายใจ (Diaphragmatic technique or rhythmic breathing) อย่างถูกวิธี จนกระทั่งผู้รับการบำบัดและครอบครัวสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และมีอารมณ์ผ่อนคลาย
  5. ให้ผู้รับการบำบัด และสมาชิกครอบครัวทดลองฝึกปฏิบัติ และมอบหมายให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวฝึกผ่อนคลายด้วยการหายใจฝึกปฏิบัติทุกวันอย่างน้อยวันละ 40 ครั้ง
  6. แนะนำวิธีการผ่อนคลายด้วยการสวดมนต์โดยมอบหนังสือสวดมนต์ให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัว
  7. สรุปสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมครั้งนี้ ทั้งด้านความรู้ อารมณ์ ความรู้สึก นัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

## การประเมิน

1. ประเมินพฤติกรรม อารมณ์ ความตั้งใจ ขณะร่วมกิจกรรม
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติ

**3.ระยะยุติการบำบัด (Terminate) ประกอบด้วยกิจกรรมยุติการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง การบำบัดครั้งที่ 6 ยุติการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง**

## สาระสำคัญ

เป็นการยุติการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง เมื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด มีความเข้าใจ ยอมรับตนเองมากขึ้น มีความ

รับผิดชอบในความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตน มีพัฒนาการด้านจิตอารมณ์ มีความเข้าใจตนเองในด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น เกิดการเรียนรู้วิถีคิดใหม่ๆ มองปัญหาใหม่และพฤติกรรมใหม่ เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาด้วยวิธีต่างๆ ทบทวนความรู้เรื่อง โรคซึมเศร้าและการดูแลกิจกรรมเพื่อเสริมคุณค่าในตนเอง เสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง การคิดเชิงบวก กิจกรรมการฝึกการปรับตัว การผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ ในระยะนี้การส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจมีความสำคัญจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่มีความมั่นใจในตนเอง เกิดความรู้สึกต้องการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ระยะจากกันมีผลกระทบต่อจิตใจ ต้องเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนหยุดรักษาให้มีเวลาปรับตัว เมื่อหยุดการบำบัดแล้วก็อนุญาตให้กลับมาหาใหม่ได้เมื่อจำเป็น

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวน ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแล การเสริมคุณค่าในตนเอง การเสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง การปรับตัว การผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ การสื่อสารเชิงบวก การเปลี่ยนมุมมองใหม่

2. เพื่อประเมินความสุขขณะอยู่ร่วมกับครอบครัวในแต่ละครั้งของการบำบัดทำจิตบำบัดระดับประคองทั้งในด้านความรู้ และ ความรู้สึก

3. เพื่อยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง

ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

#### อุปกรณ์

1. แบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว
2. แบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับผู้ป่วย
3. แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคอง โดยครอบครัวมีส่วนร่วม
4. แบบประเมินอาการซึมเศร้า

#### ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัด ประเมินความพร้อมในการยุติการทำจิตบำบัดระดับประคองทั้งผู้รับการบำบัดและครอบครัว

2. ผู้บำบัดกล่าวทบทวนทบทวนทบทวนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแล กิจกรรมเพื่อเสริมคุณค่าในตนเอง เสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง การคิดเชิงบวก กิจกรรมการฝึกการปรับตัว การผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจและถามถึงความรู้สึกของผู้รับการบำบัดและครอบครัว

ที่เกิดขึ้น ในขณะที่ทำกิจกรรมที่ผ่านมา ปัญหา และอุปสรรคต่างๆ และสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมการทำจิตบำบัดระดับประคอง

3. ผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดและครอบครัวซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม
4. ผู้นำสรุปการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด กล่าวชื่นชม (praise) กล่าวขอบคุณที่ร่วมทำกิจกรรมจิตบำบัดระดับประคอง พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้รับการบำบัดในการดูแลตนเองเพื่อลดอาการซึมเศร้า และดำเนินชีวิตต่อไปในครอบครัว และสังคมได้
5. กล่าวปิดการทำจิตบำบัดระดับประคองรายครอบครัว และทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า(Post test)

การประเมินผลในทุกกิจกรรม

1. สังเกตความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะที่ทำการบำบัด
2. สังเกตความรู้สึกและพฤติกรรมของญาติขณะร่วมกิจกรรม
3. บันทึกผลการทำจิตบำบัดระดับประคองในทุกครั้งหลังทำกิจกรรม

#### 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Alexopoulos et al.(2011) ศึกษาผู้ที่มีอายุมากกว่า 59 ปี ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่คัดเลือกตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2002- เดือนพฤศจิกายน 2007 ใช้เวลาติดตาม 36 สัปดาห์ 12 ครั้ง ในการบำบัดด้วย PST เปรียบเทียบกับ ST ใช้การประเมินขององค์การอนามัยโลกที่ประเมินความรู้ความสามารถ 12 ข้อ ประเมิน 653 คน และกลุ่ม 221 คน ตามคุณสมบัติของการศึกษาครั้งนั้น เพื่อรับการบำบัดด้วยPST หรือ ST การศึกษาพบว่า ทั้ง PST หรือ ST ช่วยให้การรู้ความสามารถดีขึ้นใน 6 สัปดาห์แรก แต่ที่ได้ผลดีมาก สำหรับ PST คือ สัปดาห์ที่ 9 และ 12 ของการรักษา ความแตกต่างระหว่าง PST และ ST การลดความพิการหรือการลดการรู้ความสามารถ จะควบคู่ไปกับการลดภาวะซึมเศร้า และพบว่าPST ลดภาวะซึมเศร้าและลดความพิการหรือการรู้ความสามารถได้ดีกว่า ST ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและยังคงส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าได้ในระยะยาว ผู้วิจัยแนะนำว่า การใช้PST อาจจะไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน และในผู้ที่คือต่อยา

Yun-Fang (2007) ศึกษา ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ใน 18 สถานที่ดูแลผู้สูงอายุของไต้หวัน โดยการสุ่มทั่วประเทศไต้หวัน จำนวน 200ราย ในสถานที่ดูแลผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป 49 % ของกลุ่มตัวอย่างประเมินโดย Geriatric Depression Scale พบมีภาวะซึมเศร้า และส่วนใหญ่ 93 % ใช้การดูแลตนเองในการจัดการอาการซึมเศร้าที่ช่วยยี่ที่สุดคือการ ใช้การเดิน การเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นการหาข้อมูลหลักในการดูแลตนเองการวิเคราะห์แบบถดถอยพบว่าการทำงานด้านการคิดรู้ การรับรู้



ภาวะสุขภาพ และโรคข้อเข่าเสื่อม ทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แนะนำไว้ว่าการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองจะช่วยจัดการภาวะซึมเศร้าได้

Jonghe et al.(2000) ศึกษาการใช้จิตบำบัดประคับประคองระยะสั้น ร่วมกับการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้า ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 84 ราย รับประทานยาต้านอาการเศร้า และ 83 ราย ใช้จิตบำบัดประคับประคองระยะสั้น 16 session เป็นเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยที่ใช้จิตบำบัดประคับประคองระยะสั้นจะได้ผลดีใน สัปดาห์ที่ 8 ,16 และ 24 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่รับประทานยาต้านอารมณ์เศร้า ได้ผลดีในสัปดาห์ที่ 24 และในผู้ที่ได้รับประทานยาร่วมกับการทำจิตบำบัดประคับประคองระยะสั้น ได้ผลดีในสัปดาห์ที่ 24 เช่นกัน แต่จะได้ผลดีมากกว่าเมื่อเทียบเป็นอัตราส่วนร้อยละ

Hellerstein, et al.(1998)ศึกษาการทำ Supportive psychotherapy และDynamic Therapies เปรียบเทียบในผู้ป่วย 24 ราย และ 25 ราย ตามลำดับในผู้ที่มีปัญหาบุคลิกภาพแปรปรวน เป็นรายบุคคล ระยะเวลา 6 เดือน พบว่า Supportive psychotherapy มีประสิทธิภาพดีกว่า มีความมั่นคงในระยะยาวมากกว่า ลดอาการทางจิตได้ดีกว่า และเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ได้

พลสิน เกลิมวัฒน์(2552) ศึกษาความหมายและประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-dept interview)ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ 10 รายพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าไว้ว่าเป็นการทำความเข้าใจตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง และเป็นวิธีการยอมรับความจริงของชีวิตแล้วตั้งหลักกลับมาสู้ใหม่ ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ 1) จิตใจอ่อนแอแต่อยู่อย่างมีหวังกำลังใจใน 3 ประเด็นย่อย 2) ครอบครัวมีความสำคัญในการมีชีวิตอยู่ 3) เรื่องของกรรมใช้กรรมเป็นที่พึ่งเพื่อเผชิญปัญหา 4) การดูแลเริ่มต้นที่ตนเองตระหนักในการดูแลตนเอง คิดในแง่ดี ปรับวิธีคิดและพฤติกรรม และกิจกรรมพาเพลินลิ้มอารมณ์เศร้า 5) มั่นใจในทีมสุขภาพ ได้รับพลังใจ มีส่วนร่วมในการรักษา

บุญตา ถาวรวัชรกุล (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน พบว่าค่านิยมในการดูแลครอบครัวผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของครอบครัวให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

ธีรวรรณ คนชม (2552)ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า การเข้าใจและการยอมรับ โดยผู้ดูแลต้องเข้าใจอาการของโรค ยอมรับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก รวมทั้งยอมรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล การเรียนรู้การดูแลโดยเริ่มหาข้อมูล วิธีการดูแลที่เหมาะสม ปรับการดูแลให้เหมาะสม มีการจัดการความเครียด โดยการดำรงสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว และใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ

ชววิทย์ รัตนพลแสนย์ (2551)ศึกษาผลของการใช้ศิลปะกรรมบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 12 คน ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง โดยใช้โปรแกรมศิลปกรรมบำบัด จำนวน 10 ครั้ง พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมศิลปกรรมบำบัดส่งผลลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เพ็ญพิศ ปลื้มสุข (2551)การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงครามการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวลดลงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ศิริพร สวดยพริ้ง (2551)ศึกษาผลของจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่รักษาในแผนกผู้ป่วยในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 26 คน ด้วยโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคอง 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าลดลงภายหลังได้รับโปรแกรม

ชาวนี ล่องชูผล(2547) ศึกษาผลของผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปีที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือโปรแกรมการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลง

นุสราร วรรภัทร (2547) ศึกษาประสบการณ์การจัดการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าประเด็นหลักที่สำคัญคือ 1) การจัดการโดยผู้อื่น คือ โดยการพบแพทย์รับปรึกษา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรับการรักษา 2) การจัดการอาการด้วยตนเอง ในด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การระบายอารมณ์กับคนใกล้ชิด การควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

อรวรรณ ลีทองอิน(2543)ศึกษาผลของจิตบำบัดทางสังคม ในผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ในผู้ป่วยนอกหญิงจำนวน 1 ราย โดยทำการบำบัดทางจิตสังคมเป็นรายบุคคล จำนวน 7 ครั้ง ด้วยวิธีแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ผีอกสมาธิเบื้องต้น ผีอกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจตนเองมากขึ้น ระดับความวิตกกังวล และระดับความซึมเศร้าลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่จะลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุได้ให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลเรื่องโรคซึมเศร้า เรื่องการดูแลตนเอง การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การใช้ศิลปะ ความเชื่อด้านจิตวิญญาณศาสนาขนบธรรมเนียมประเพณี อีกทั้งการสนับสนุนทางครอบครัว ซึ่งมีความ

จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในด้านให้ข้อมูลครอบครัว ความรู้เรื่องโรคการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเอง แนวทางการผ่อนคลายเพื่อผู้ดูแล การให้คำปรึกษาครอบครัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดต่างๆที่ได้จากการศึกษาทบทวน มาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยพัฒนาเป็นการให้จิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัวเพื่อให้ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่มีความน่าเชื่อถือ และเกิดประโยชน์มากที่สุด

## กรอบแนวคิดการวิจัย

จิตบำบัดระดับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดของ Winston, Rosenthal and Pinsker (2004)

ดำเนินการเป็นรายครอบครัว 6 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที

### ระยะเริ่มต้น (Beginning) สัปดาห์ที่ 1

การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างบ้านร่วมกัน สร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เพื่อก่อให้เกิดสัมพันธเชิงบำบัด สมาชิกซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเกิดการยอมรับซึ่งกันและกันไว้วางใจกัน

### ระยะกลาง (Middle stages)

#### สัปดาห์ที่ 2

การบำบัดครั้งที่ 2 ร่วมด้วยช่วยดูแลกันและกัน ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวรับข้อมูลร่วมกัน และนำไปใช้ในการอยู่ร่วมกันในเรื่องความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองของผู้รับการบำบัดและสมาชิก

การบำบัดครั้งที่ 3 กิจกรรมของขวัญของเรา ให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมกันทำกิจกรรมของขวัญเมื่อทำกิจกรรมสำเร็จผู้ป่วยจะมีความภาคภูมิใจ

#### สัปดาห์ที่ 3

การบำบัดครั้งที่ 4 เสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ที่คิดยืดหยุ่น สมเหตุสมผลตรงตามความเป็นจริงนำสมาชิกครอบครัวมาร่วมเพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยคิดแบบสมเหตุสมผลเมื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคมโดยให้นำสถานการณ์ที่ครอบครัวประสบมาเป็นตัวอย่างฝึกคิด

การบำบัดครั้งที่ 5 กิจกรรมการฝึกการปรับตัว ผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อการจัดการอารมณ์ความรู้สึกของตน เกิดการเรียนรู้เพื่อจัดการความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆที่อาจเข้ามาในชีวิตของตน โดยฝึกผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจ

### ระยะยุติ(Terminate) สัปดาห์ที่ 4

การบำบัดครั้งที่ 6 ยุติการทำจิตบำบัดระดับประคอง ต่างๆ ทบทวนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแล กิจกรรมเพื่อเสริมคุณค่าในตนเอง เสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็งการคิดเชิงบวก กิจกรรมการฝึกการปรับตัว การผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ

อาการซึมเศร้า

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง(The Pretest – Posttest control group designs) (Polit and Beck, 2010) เพื่อศึกษาผลของการใช้จิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ สถาบันเวชศาสตร์การbin กงทัพอากาศ จังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

$O_1$	X	$O_2$	กลุ่มทดลอง
$O_3$		$O_4$	กลุ่มควบคุม

X คือ จิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

$O_1$  คือ การประเมินระดับอาการซึมเศร้าก่อนทำจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในกลุ่มทดลอง

$O_2$  คือ การประเมินระดับอาการซึมเศร้าหลังทำจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในกลุ่มทดลอง

$O_3$  คือ การประเมินระดับอาการซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

$O_4$  คือ การประเมินระดับอาการซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชศาสตร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชศาสตร์ของสถาบันเวชศาสตร์การbin กงทัพอากาศ จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) และคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSMIV
3. มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไปประเมินโดยHRS-D(17)
4. ได้รับแผนการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในกลุ่มเดียวกัน
5. ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากโรคจิตอื่นๆ เช่น โรคจิตเภท แอลกอฮอล์ ยาเสพติด

บุคลิกภาพแปรปรวน วิตกกังวล กลัว

6. ไม่มีอาการทางกายและทางจิตที่รุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤติ
7. ไม่มีปัญหาทางสายตาหรือการได้ยินบกพร่องทั้งหมดจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้
8. ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

### เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่ม(Exclusion criteria)

ปฏิเสธการร่วมโครงการ หรือไม่สามารถเข้าร่วมตลอดการดำเนินการวิจัย

### คุณสมบัติของสมาชิกครอบครัว

1. บุคคลใกล้ชิดที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย
2. เข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้งด้วยความสมัครใจ
3. สามารถอ่านออก เขียน ฟัง สื่อสารได้

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจจำแนกทดสอบ(Power of test) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์PASS (Power Analysis of Sample Size) (Burns and Grove 2011; Gravetter and Wallnau, 2002) โดยนํางานวิจัยของ Maina, Forner and Bogetto (2005) มาร่วมกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80 % ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD) ที่ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า(HRS-D) ของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการบำบัดบำบัดประคับประคองระยะสั้น พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มอย่างน้อย 12 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มละ 15 คน รวมทั้งหมด 30 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายใกล้เคียงโค้งปกติ (Normality) สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด และป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ภายหลังโครงร่างวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการและได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยสำรวจข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกจิตเวชศาสตร์ จากทะเบียน การนัดหมาย และจากระบบสารสนเทศ โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้าวัยสูงอายุตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) และในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกจิตเวชศาสตร์ พร้อมประเมินคุณสมบัติตามเกณฑ์ ระยะเวลาตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2554 ถึงเดือน มกราคม 2555

2. ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชศาสตร์สถาบันเวชศาสตร์การbin โดยคัดเลือกตามเกณฑ์จากทะเบียนประวัติในเรื่องอายุ เพศ ยาที่ใช้ในการรักษากลุ่มเดียวกัน และประเมินอาการซึมเศร้าเมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่องานวิจัยในครั้งนี้ได้แก่ เพศ (Kenndy, 2003; ชาญชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ์ อดมรัตน์, 2551) อายุ (พรพรรณ ศรีโสภา, 2552) คะแนนอาการซึมเศร้า และแผนการรักษาทางยาที่อยู่ในกลุ่มยาด้านอาการซึมเศร่ากลุ่มเดียวกัน (ชาญชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ์ อดมรัตน์, 2551) เนื่องจากตัวแปรทั้งหมดมีผลต่อการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแล้วจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่คัดเลือกไว้ 20 คนไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ครบจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย 15 คู่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ทำการจับคู่ กลุ่มละ 15 คน แสดงดังตารางที่ 1

3. เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์แล้วจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และอธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นจึงให้ลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched paired) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	เพศ	อายุ	อาการ ซึมเศร้า	ระดับอาการ ซึมเศร้า	เพศ	อายุ	อาการ ซึมเศร้า	ระดับอาการ ซึมเศร้า
1	ชาย	66	30	รุนแรง	ชาย	62	30	รุนแรง
2	ชาย	77	24	มาก	ชาย	80	24	มาก
3	ชาย	62	20	มาก	ชาย	60	22	มาก
4	ชาย	63	15	ปานกลาง	ชาย	65	17	ปานกลาง
5	ชาย	69	24	มาก	ชาย	70	25	มาก
6	ชาย	73	26	มาก	ชาย	76	29	มาก
7	ชาย	61	29	มาก	หญิง	65	25	มาก
8	หญิง	72	15	ปานกลาง	หญิง	72	15	ปานกลาง
9	หญิง	67	25	มาก	หญิง	69	26	มาก
10	หญิง	80	22	มาก	หญิง	83	24	มาก
11	หญิง	66	30	รุนแรง	หญิง	65	30	รุนแรง
12	หญิง	72	24	มาก	หญิง	70	22	มาก
13	หญิง	68	24	มาก	หญิง	67	26	มาก
14	หญิง	77	17	ปานกลาง	หญิง	80	17	ปานกลาง
15	หญิง	64	23	มาก	หญิง	66	20	มาก

จากตารางพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายจำนวน 7 คน เพศหญิงจำนวน 8 คน ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองเป็นเพศชายจำนวน 6 คน เพศหญิงจำนวน 9 คน และจากการเปรียบเทียบคุณลักษณะตามช่วงอายุโดยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ในกลุ่มควบคุมพบวัยสูงอายุตอนต้น (60-74 ปี) จำนวน 12 คน วัยสูงอายุตอนกลาง (75-90 ปี) จำนวน 3 คน ส่วนในกลุ่มทดลองพบวัยสูงอายุตอนต้น (60-74 ปี) จำนวน 11 คนและ วัยสูงอายุตอนกลาง (75-90 ปี) จำนวน 4 คน ซึ่งจากคุณลักษณะในด้านเพศและอายุมีความใกล้เคียงกันในสองกลุ่ม อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับมากจำนวนที่เท่ากันคือ 10 คน ระดับปานกลาง 3 คน ระดับรุนแรง 2 คน



### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้อธิบายบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้คำตอบแก่กลุ่มตัวอย่างจนกลุ่มตัวอย่างได้รับความเข้าใจ และได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลขั้นตอนต่างๆของการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ในทุกกรณีและไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษาพยาบาล หากมีข้อสงสัยใดสามารถติดต่อสอบถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง และย้ำให้ทราบว่าข้อมูลทุกอย่างจากการวิจัยครั้งนี้ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธหรือตอบรับการมีส่วนร่วมในการวิจัยได้ หากตอบรับการมีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ก่อนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้นำโครงการวิจัย จิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัวพร้อมเครื่องมือและคู่มือสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต่อโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และสถาบันเวชศาสตร์การbin กองทัพอากาศ ซึ่งมีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 5 ท่าน ร่วมพิจารณาความเห็นชอบในการอนุมัติการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ โดยได้รับการอนุมัติ ใน เดือน กันยายน 2554

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย คู่มือจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดจิตบำบัดประคับประคองของ Winston et al. (2004) ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรม มากำหนดโครงสร้างของกิจกรรมแต่ละขั้นตอน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งดำเนินการเป็นรายครอบครัว ตามกระบวนการทำจิตบำบัดประคับประคอง โดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎี จากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การบำบัดรักษา การทำจิตบำบัดประคับประคอง การสนับสนุนของครอบครัว

1.2 สร้างคู่มือการทำจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมโดยนำแนวคิดต่างๆที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ที่ส่งผลต่อจัดการอาการซึมเศร้าให้ลดลง และการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ จากนั้นนำสาระที่จากการศึกษาแนวคิดจิตบำบัดประคับประคอง มาจัดเป็น โครงสร้างของกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนที่

เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ สร้างคู่มือการทำจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดการทำจิตบำบัดประคับประคองของ Winston et al. (2004) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทำให้อาการดีขึ้น แล การคงไว้หรือฟื้นฟูเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัด เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต(Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว(Adaptive skill) และนำครอบครัวมามีส่วนร่วมซึ่งดำเนินการเป็นรายครอบครัว ประกอบด้วยการดำเนินการ 3 ระยะ ตามกระบวนการทำจิตบำบัดประคับประคอง ทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที สมาชิกครอบครัวของผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ดำเนินการดังนี้

**ระยะเริ่มต้น(Beginning)**

#### **การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการสร้างบ้านร่วมกัน**

สาระสำคัญ เป็นการเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ซึ่งเป็นระยะสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัดใช้หลักในการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ(Empathy)ใจผู้รับการบำบัดให้ความเป็นกันเองเพื่อก่อให้เกิดศรัทธาความรู้สึกที่ดีต่อผู้บำบัด การรักษาแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) มีเป้าหมายในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยรับฟังเก็บข้อมูล ผู้บำบัดมีบทบาท เช่น แนะนำ ช่วยเหลือ ช่วยแก้ไขปัญหาแวดล้อมทำเท่าที่จำเป็นเพราะการแนะนำในขณะที่ยังไม่มี ความสัมพันธ์อันดีนั้น มีผลน้อย ระยะนี้ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเกิดการยอมรับซึ่งกันและกันไว้วางใจกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม ผู้บำบัดจะเริ่มต้นประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติความเป็นมา ประวัติทั้งส่วนตัวและครอบครัว ประเมินปัญหา ในขั้นตอนนี้เป็นการเริ่มต้นสร้างความคุ้นเคยการยอมรับนับถือความเป็นบุคคล การยอมรับความคิดของผู้อื่น การยอมรับซึ่งกันและกัน ยอมรับในศักยภาพ ความสามารถของผู้รับการบำบัด เพื่อการอยู่ร่วมกันที่ดี เข้าใจในมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุด้านจิตวิญญาณ และในขั้นตอนนี้ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดตกลงนัดหมายกันในเรื่องเวลาที่พบ จำนวน ครั้ง ระยะเวลา สถานที่ (Winston, et al., 2004) การเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพโดยให้ร่วมกิจกรรม การวาดรูป มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ประเมินความต้องการ และการได้ระบายความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งประโยชน์ของการวาดภาพนั้น นอกจากเป็นกิจกรรมที่ได้สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวแล้วยังช่วยให้ได้ระบายออกทางอารมณ์ที่รู้สึกเศร้า (จูวิทซ์ รัตนพลแสนย์ 2551)

### ระยะกลาง(Middle stages)

#### การบำบัดครั้งที่ 2 ร่วมด้วยช่วยเหลือกันและกัน

สาระสำคัญ ผู้บำบัดจะเป็นผู้สนับสนุน ปฏิบัติตอบสนองต่อผู้รับการบำบัด ส่งเสริมการใช้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองของผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัว สามารถสังเกตเฝ้าระวังอาการรุนแรงของโรค การกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังป้องกันการเกิดโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชในครอบครัวสังคมได้ และเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชนได้โดยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวดำเนินกิจกรรมร่วมกัน เพื่อรับข้อมูลความรู้ ในการดูแลซึ่งกันและกัน เกิดความยอมรับเข้าใจในการสร้างความสัมพันธ์อันดีที่อยู่ร่วมกันในครอบครัว ตระหนักถึงบทบาทของแต่ละคนเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ การให้ความรู้แก่ครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### การบำบัดครั้งที่ 3 กิจกรรมของขวัญของเรา

สาระสำคัญ เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( self esteem ) รับรู้ภาพรวมที่เกี่ยวกับการมีคุณค่าในตนเองนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคงและเป็นสุขใจตระหนักรู้ในศักยภาพของตน เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น การทำกิจกรรมของขวัญผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวได้สามารถชื่นชมผู้ป่วยได้รับรู้ความรู้สึกมีความสุข ประทับใจในเหตุการณ์หรือสิ่งดีดีจากการทำของขวัญด้วยกันและการมอบของขวัญ และเชื่อมโยงกับการทำกิจกรรมร่วมกันซึ่ง การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตเมื่อได้ร่วมทำกิจกรรมกับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและสังคม ปฏิบัติร่วม กับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดอื่นกิจกรรมของขวัญของเราจะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และระหว่างดำเนินกิจกรรม ใช้เทคนิค การชมเชย การให้กำลังใจ การให้ความมั่นใจ และกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการชื่นชมผู้ป่วยในขณะที่ประดิลฐ์ของขวัญร่วมกัน และเมื่อทำสำเร็จ ขณะที่ทำกิจกรรมผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว นอกจากจะได้รับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แล้วยังได้รับความรู้สึกผ่อนคลาย การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

#### การบำบัดครั้งที่ 4 เสริมสร้างสถานะจิตให้เข้มแข็ง

สาระสำคัญ เพื่อส่งเสริมการปรับปรุงการทำงานของสถานะจิต ( Ego function ) สถานะจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ความรู้สึกสามารถเผชิญสถานการณ์ที่กดดัน และ เกิดมุมมองทางบวกต่อสถานการณ์กดดันเหล่านั้น เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของสถานะจิต การฝึกการมองภาพใหม่สร้างความคิดใหม่ที่คิดยืดหยุ่น สมเหตุสมผลตรงตามความเป็นจริงโดยสอนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองการคิดจากเดิมเป็นมุมมองทางบวก ให้แก่ผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งครอบครัวเป็นผู้ช่วยฝึกทักษะและเป็นผู้

คอยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความคิดใหม่ที่คิดยืดหยุ่น สมเหตุสมผลตรงตามความเป็นจริงโดยการคิดจากเดิมเป็นมุมมองทางบวก เป็นการส่งเสริมการปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต ( Ego function ) โดยนำสถานการณ์ที่ใกล้ตัวผู้ป่วยและครอบครัวโดยให้ร่วมกันยกตัวอย่างขึ้นมาในเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือครอบครัว และร่วมกันฝึกแสดงความคิดทางบวกร่วมกัน

**การบำบัดครั้งที่ 5 กิจกรรมการฝึกการปรับตัว**

สาระสำคัญ เป็นการเสริมกลไกทางจิตใจให้เข้มแข็งมากขึ้น การเพิ่มทักษะในการปรับตัว ( Adaptive skill ) การเตรียมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการปรับตัวจะช่วยลดการกลับเป็นซ้ำได้ อีกทั้งเพื่อปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิตให้มั่นคงโดยผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อการจัดการอารมณ์ความรู้สึกของตน เกิดการเรียนรู้เพื่อจัดการความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆที่อาจเข้ามาในชีวิตของตนโดยจัดกิจกรรมการปรับตัวในด้าน การผ่อนคลาย ความเครียด จะช่วยให้บุคคลเกิดความแข็งแรงด้านจิตใจ สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต้องมีวิธีการจัดการความเครียดให้เหมาะสมเพื่อลดความเครียดเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเนื่องจากผู้ป่วยวัยสูงอายุมีความเชื่อด้านศาสนาและจิตวิญญาณเข้ามาเกี่ยวข้องการใช้การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความผ่อนคลายได้

**ระยยะการบำบัด (Terminate)**

**การบำบัดครั้งที่ 6 ยุติการทำจิตบำบัดประคับประคอง**

สาระสำคัญ เป็นการยุติการทำจิตบำบัดประคับประคอง เมื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด มีความเข้าใจ ยอมรับตนเองมากขึ้น มีความรับผิดชอบในความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตน มีพัฒนาการด้านจิตอารมณ์ มีความเข้าใจตนเองในด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น เกิดการเรียนรู้วิธีคิดใหม่ๆมองปัญหาใหม่และพฤติกรรมใหม่ เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาด้วยวิธีต่างๆ ทบทวนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแล กิจกรรมเพื่อเสริมคุณค่าในตนเอง เสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็งการคิดเชิงบวก กิจกรรมการฝึกการปรับตัว การผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ ในระยะนี้การส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจมีความสำคัญจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่มีความมั่นใจในตนเอง เกิดความรู้สึกต้องการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

ระยะเวลาในการทำจิตบำบัดประคับประคองทั้งหมด 6 ครั้ง ะละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 การบำบัดครั้งที่ 1

สัปดาห์ที่ 2 การบำบัดครั้งที่ 2 และ การบำบัดครั้งที่ 3

สัปดาห์ที่ 3 การบำบัดครั้งที่ 4 และ การบำบัดครั้งที่ 5

สัปดาห์ที่ 4 การบำบัดครั้งที่ 6

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำคู่มือจิตบำบัด ประคับประคองรายครอบครัวที่สร้างขึ้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้เนื้อหาและภาษาเพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยการหาความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความตรงทางโครงสร้าง ความครอบคลุมเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและรูปแบบความเหมาะสมของการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิเห็นชอบตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขบางประเด็น จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในประเด็นดังนี้

การบำบัดครั้งที่ 1 การเริ่มสร้างสัมพันธ์ภาพในครั้งแรกผู้รับการบำบัดอาจยังไม่เกิดความไว้วางใจความร่วมมือต่อกิจกรรมนี้อาจได้ยังไม่ได้รับความร่วมมือและ ในกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในการวาดภาพไม่ควรกำหนดกฎเกณฑ์ที่แน่นอน ว่าต้องวาดเพียงบ้านและตั้งชื่อ ควรเปิดโอกาสให้แสดงออกอย่างอิสระ นำมาปรับแก้โดยการบำบัดครั้งที่ 1 เปิดโอกาสให้สามารถนำกลับไปเป็นการบ้านในการวาดภาพแสดงออกด้วยวาดภาพระบายสีอย่างอิสระ ไม่เพียงวาดเฉพาะบ้านเพียงอย่างเดียวและการตั้งชื่ออาจเป็นการยากต่อผู้สูงอายุและครอบครัวให้อิสระในการตัดสินใจที่จะตั้งชื่อหรือไม่ตั้งชื่อก็ได้ หรืออาจช่วยเสนอชื่อตัวอย่างให้ผู้รับการบำบัดเลือก

การบำบัดครั้งที่ 2 การให้ข้อมูลมีจุดเด่นที่ดีในการกำหนดชื่อกิจกรรม ในกิจกรรมควรมีแผนการสอนที่เนื้อหาง่ายและสั้น เนื้อหาในบัตรคำควรปรับให้ง่ายสำหรับผู้สูงอายุ ปรับชื่อคู่มือสำหรับผู้ป่วยจาก “ อยู่อย่างมีความสุขกับโรคซึมเศร้า” เป็น “ อยู่อย่างไรกับโรคซึมเศร้า” ปรับแก้เนื้อหาภายในว่าคู่มือสำหรับผู้ป่วยนำเรื่องของญาติออก ในเรื่องเนื้อหาความหมาย สรุ่ยย่อ ในเรื่องอาการควรแยกเป็นประเด็น ด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และอาการทางกาย นำมาปรับคู่มือใหม่เนื้อหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุ เพิ่มเรื่องคำแนะนำเรื่องยา คู่มือสำหรับญาติปรับเนื้อหาในเรื่องคำแนะนำสำหรับญาติ

การบำบัดครั้งที่ 3 ปรับแก้ไขภาษาให้เหมาะสม

การบำบัดครั้งที่ 4 ปรับกิจกรรมให้ยกเป็นสถานการณ์ที่ใกล้ตัวผู้รับการบำบัดที่ประเมินได้จากผู้รับการบำบัดเองหรือสถานการณ์ในครอบครัว

การบำบัดครั้งที่ 5 ควรประเมินการผ่อนคลายที่ผู้รับการบำบัดใช้อยู่ด้วยและจึงเสริมในส่วน ของกิจกรรมการฝึกผ่อนคลายด้วยการหายใจ ตัดกิจกรรมที่ใช้บัตรคำการสื่อสารเชิงบวก ให้ใช้การ ฝึกโดยการใช้สถานการณ์ใกล้ตัว เพราะกิจกรรมที่ใช้เวลาที่มากกว่า 60 นาทีจะทำให้ผู้สูงอายุจะเกิด ความอ่อนล้า และใช้เวลาในการฝึกหายใจให้เต็มที่

การบำบัดครั้งที่ 6 ปรับแก้ภาษาเล็กน้อย

คำแนะนำโดยภาพรวม ทบทวนในเรื่องของการนำครอบครัวมามีส่วนร่วมเพิ่มเติม ลักษณะ โปแกรมเป็นแบบกำหนดเป็นขั้นเป็นตอนในผู้สูงอายุควรมีความยืดหยุ่นของกิจกรรมด้วย กิจกรรม อาจใช้เวลานานกว่าที่กำหนด เพราะสำหรับผู้สูงอายุอาจทำกิจกรรมซ้ำใช้เวลานาน ควรควบคุมเวลา ให้ดีไม่ควรเกิน 60 นาที การทำจิตบำบัดประกอบประกอบรายครอบครัวในแต่ละวันไม่ควรเกิน 3 ราย เพราะผู้บำบัดอาจเกิดความล้าความเครียดกดดัน

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับแก้ไขแล้วไปทดลอง ใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มี คุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง โดยทดลองใช้ในผู้ป่วยที่รับการรักษาที่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 3 คน และมีสมาชิกครอบครัวรายละ 1 คน เพื่อดูความเป็นไป ได้ปัญหาและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการดำเนินกิจกรรม มาปรับแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปทดลองจริงมีการปรับลดกิจกรรมและทำให้ กิจกรรมสั้นกระชับขึ้นเพราะเวลาที่ทดลองใช้เกินเวลาที่กำหนด

## 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ ลักษณะครอบครัว ผู้ทรงคุณวุฒิเพิ่มเติม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยเพิ่มข้อคำถาม ประวัติโรคประจำตัวทางกาย

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (Thai version (17)) (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) ใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า มี 17 ข้อ คำถาม จัดกลุ่มระดับคะแนนตามความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ดังนี้ 0-6 แสดงว่าไม่มีอาการ ซึมเศร้า , 7-12 คะแนน แสดงว่ามีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย , 13-17 คะแนนแสดงว่ามีอาการ ซึมเศร้าในระดับปานกลาง , 18-29 แสดงว่ามีอาการซึมเศร้าในระดับมาก และมากกว่าหรือเท่ากับ 30 แสดงว่ามีอาการซึมเศร้ารุนแรง มาโนช หล่อตระกูลและคณะ ได้พัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression เป็นภาษาไทย และได้รายงานการทดสอบความแม่นยำ และความ น่าเชื่อถือได้ของแบบวัดนี้ว่าค่า interrater reliability อยู่ในเกณฑ์ดี ( เท่ากับ .87) ความแม่นยำของ แบบวัดเมื่อเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale (concurrent validity) อยู่ในเกณฑ์ดี

**ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยนำเครื่องมือปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI:Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตร ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

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

$$CVI = 15/17 = .88$$

ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .88 มีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในการปรับแก้ไขแบบประเมินอาการซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับลำดับของเนื้อหา ปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อคำถามข้อที่ 1 ปรับภาษา จากภาษาเขียนที่ว่า “ ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งการบอกออกมาเอง และภาษากาย” แก้เป็น “ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกออกมาชัดเจนทั้งภาษาพูดและภาษากาย” ข้อ 2 คำตอบที่ให้เลือกข้อที่ 2 “ ดิเสียนตนเอง” ปรับแก้เป็น “ โทษตนเอง” ข้อ 3 รู้สึกชีวิตไร้ค่า แก้เป็น “ รู้สึกชีวิตไม่มีค่า” ข้อ 16 ปรับหน่วยเป็นกิโลกรัม ข้อ 17 แก้จาก “ การหยิ่งเห็นความผิดปกติกองตนเอง ” แก้เป็น “ การยอมรับความผิดปกติกองตนเอง”

ความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยด้วย DSM-IV-TR ว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช แผนกอายุรกรรม จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีความเที่ยงเท่ากับ .83

ผู้วิจัยได้คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือซึ่งใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 30 คน ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เครื่องมือมีความเที่ยงของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

### 3. เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินความสนใจในการทำกิจกรรม ทั้งด้าน พฤติกรรม

ความรู้สึกและอารมณ์ ทั้งก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม ของผู้ป่วยโดยผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ปรับปรุงให้เหมาะสมกับกิจกรรมแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ถูกต้อง กับกิจกรรม ที่ดำเนินการ แล้วจึงนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างร่วมกับการทำจิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัว 3 ราย นำมาปรับปรุงหลังดำเนินการร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำไปใช้ในกลุ่มทดลอง

เกณฑ์กำกับการทดลอง ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์กำกับการทดลองไว้ว่ากลุ่มตัวอย่างและครอบครัวต้องร่วมกิจกรรมทุกครั้งทั้งหมด 6 ครั้ง และมีความสนใจร่วมมือในการทำกิจกรรม เช่น ชักถาม และการสนทนาระหว่างร่วมกิจกรรม

3.2 แบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อนำมาประเมินความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างอยู่กับครอบครัวหลังร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นแบบประเมินด้วยตนเอง ( Self Rating Scale) ซึ่งผู้วิจัยได้นำหลักการที่ว่าครอบครัวคือระบบหนึ่งซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ปัญหาของครอบครัวเกิดจากความขัดแย้งภายในของสมาชิกในครอบครัว การลดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวจะช่วยให้สมาชิกเกิดมีปฏิสัมพันธ์ ต่อบุคคลอื่นในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ackerman อ้างถึงใน อุมพร ตรงคสมบัติ, 2544) การแสดงอารมณ์ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าโดยครอบครัวที่แสดงอารมณ์รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบในอัตราสูงแม้ได้รับยาเต็มที่เกิดการเผชิญความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ในครอบครัว จะเห็นได้ว่าการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัวส่งผลดีต่อการอยู่ร่วมกันช่วยเหลือเกื้อกูล ดูแลซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยแบบประเมินที่ได้สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้ไขให้เหมาะสมกับกิจกรรมและกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ถูกต้อง กับกิจกรรม แบบวัดจัดทำเป็น แบบ Scale วัดระดับ 1- 5 โดยผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายและให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวประเมินด้วยตนเอง ปรับแก้ไขจากแบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกัน เป็นแบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว แบบประเมินความสัมพันธ์เชิงบวกเมื่ออยู่ร่วมกับครอบครัว ให้ทำในครั้งแรกเป็น Pretest และ ครั้งสุดท้าย เป็น Post test เท่านั้น ผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำว่าการวัดทุกครั้งอาจไม่เกิดความแตกต่างก่อนและหลังทำกิจกรรมแต่ละครั้ง

เกณฑ์กำกับการทดลอง ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์กำกับการทดลองไว้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและสมาชิกครอบครัวต้องมีระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัวเพิ่มขึ้นหนึ่งระดับ แต่ถ้ำระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัวไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย



ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหาพร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม และ เสริมการทำจิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัว

### การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัยซึ่งมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัยในด้านความรู้ แนวคิดทฤษฎีโรคซึมเศร้า การบำบัดรักษา การพยาบาล โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง เข้ารับการศึกษาวิชาเลือกในภาคทฤษฎีและปฏิบัติการให้ปริญญาด้านสุขภาพในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 หน่วยกิต และในวิชาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนได้รับการรับประสบการณ์การเรียนและการฝึกกับอาจารย์พยาบาล และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (Advanced Practice Nurse) รวมทั้งได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายใต้การดูแลของพยาบาลชำนาญการ (APN) ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา ทุกวันศุกร์เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ในเดือนพฤศจิกายน 2554

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมจิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ทั้งหมดจากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้พัฒนาเป็นโปรแกรมที่มีความถูกต้องเหมาะสมในการนำไปใช้ในการทดลอง และผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.3 ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์พร้อมด้วยเครื่องมือในการทำการวิจัย ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ให้แก่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และสถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ

1.4 ดำเนินการติดต่อประสานงานในสถานที่ทดลองแผนกผู้ป่วยอายุรกรรมคลินิกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และสถานที่เก็บข้อมูลจริงแผนกจิตเวชศาสตร์ สถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อม

โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทุกฉบับถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดชและผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ เพื่อแจ้งรายละเอียดการ ดำเนินการ วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์และผลที่ได้ของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลา และสถานที่ในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย

1.5 เมื่อผ่านการอนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และผู้อำนวยการ สถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ จึงเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชศาสตร์ เพื่อประสานงานในการขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.6 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน สถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และติดตามคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่าง และดำเนินการทดลองโดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวขอความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัย ขออนุญาตศึกษาเพิ่มประวัติและแผนการรักษาต่างๆ แล้วจึงให้ร่วมลงนามใน ใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (pre test)

1.7 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกันเหมือนกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับอาการซึมเศร้า แผนการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในกลุ่ม เดียวกัน ตามกระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.8 เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและจับคู่แล้ว จึง ดำเนินการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวในการดำเนินการจัดบำบัดประคับประคองราย ครอบครั

#### 1.8.1 กลุ่มควบคุม

1.8.1.1 ผู้วิจัยให้ตอบแบบประเมินแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และผู้วิจัยประเมิน แบบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre test)

1.8.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยตามการพยาบาลปกติที่พยาบาลวิชาชีพ ประจำแผนกผู้ป่วยนอกจัดให้ผู้ป่วยเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การประเมินอาการของ ผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ให้คำแนะนำตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การแก้ปัญหาเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการผิดปกติ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน และการรักษาต่อเนื่อง

1.8.1.3 มอบคู่มืออยู่อย่างไรรกับโรคซึมเศร้าให้กับผู้ป่วย และนัดพบกลุ่มควบคุม ในอีก 4 สัปดาห์ เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post test) ซึ่ง ผู้วิจัยจะนัดให้ตรงกับวันที่ผู้ป่วยมารับยา และมาพบแพทย์ตามนัดประจำเดือน

## 1.8.2 กลุ่มทดลอง

1.8.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และผู้วิจัยประเมินแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre test) แบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว

1.8.2.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการทำจิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์แรก 1 กิจกรรม สัปดาห์ที่สอง 2 กิจกรรม สัปดาห์ที่สาม 2 กิจกรรม และสัปดาห์สุดท้าย 1 กิจกรรม รวม 6 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 45-60 นาที โดยถ้าในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกมาโรงพยาบาล จะขออนุญาตผู้ป่วยดำเนินการที่บ้านผู้ป่วย และในสัปดาห์สุดท้ายจะขอความร่วมมือในการประเมินแบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว และสิ้นสุดการดำเนินการทดลอง โดยจะนัดให้ตรงกับวันนัดพบแพทย์และรับยา เพื่อความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง

1.8.2.3 ผู้วิจัยให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยตามการพยาบาลปกติที่จัดให้ผู้ป่วยเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ให้คำแนะนำตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การแก้ปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านและการรักษาต่อเนื่องซึ่งเป็นการรักษาและการพยาบาลตามปกติควบคู่กับการทดลอง

1.8.2.4 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินการทดลอง กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

1.8.2.5 ผู้วิจัยขอความร่วมมือแพทย์และพยาบาลประจำแผนกจิตเวชศาสตร์เจ้าของใช้ในการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อรับยาในอีก 4 สัปดาห์

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

### 2.1 ดำเนินการในกลุ่มควบคุมดังนี้

โดยจัดให้กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกจัดให้ผู้ป่วยเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ให้คำแนะนำตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การแก้ปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน การบริการก่อนพบแพทย์ และการรักษาต่อเนื่องตามนัด

### 2.2 ดำเนินการในกลุ่มทดลองดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการทำจิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัวในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ทั้งที่แผนกจิตเวชศาสตร์ และที่บ้านของผู้ป่วย จำนวน 18 ราย ตามวัน เวลาที่กำหนด โดยดำเนิน

กิจกรรม 6 ครั้งครั้งละ 45-60 นาที เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์เป็นรายบุคคล ใช้เวลาตั้งแต่วันที่ 7 ธันวาคม 2554 –วันที่ 9 มีนาคม 2555 ในแต่ละรายใช้เวลา 4 สัปดาห์ซึ่งได้ตกลงนัดหมายกับผู้ป่วย และญาติ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีทางเลือกสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม ในรายที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้จะประสานกับหน่วยประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยม บ้านเป็นรายบุคคล แสดงดังตารางที่ 2 และ ตารางที่ 3 ซึ่งในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 18 ราย เมื่อดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ครบ 3 ราย ด้วยเหตุที่ครอบครัวไม่สามารถมาตามนัดได้ และไม่สะดวกให้มาเยี่ยมบ้านจึงขออนุญาตออกจากการศึกษา จึงไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ เมื่อจบการดำเนินการมีผู้ป่วยที่ร่วมกิจกรรมจนครบ 15 ราย

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง

ครั้งที่	วัน/เวลา/สถานที่	กิจกรรมที่ดำเนินการ
1	วันจันทร์-พุธ-ศุกร์ สัปดาห์ที่ 1/ แผนกจิตเวชศาสตร์สถาบันเวช ศาสตร์การbinกองทัพอากาศ	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ โทรเยี่ยมบ้านและนัดหมาย
2	สัปดาห์ที่ 2 ที่แผนกจิตเวช ศาสตร์สถาบันเวชศาสตร์การ binกองทัพอากาศหรือบ้าน ผู้ป่วย	กิจกรรมที่ 2 ร่วมด้วยช่วยดูแลกันและกัน
3	สัปดาห์ที่ 2 ที่แผนกจิตเวช ศาสตร์สถาบันเวชศาสตร์การ binกองทัพอากาศหรือบ้าน ผู้ป่วย	กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมของขวัญของเรา
4	สัปดาห์ที่ 3 ที่แผนกจิตเวช ศาสตร์สถาบันเวชศาสตร์การ binกองทัพอากาศหรือบ้าน ผู้ป่วย	กิจกรรมที่ 4 เสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง
5	สัปดาห์ที่ 3 ที่แผนกจิตเวช ศาสตร์สถาบันเวชศาสตร์การ binกองทัพอากาศหรือบ้าน ผู้ป่วย	กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการฝึกการปรับตัว โทรเยี่ยมบ้านเพื่อเยี่ยมนัดหมาย
6	วันจันทร์-พุธ-ศุกร์ สัปดาห์ที่ 4 (กำหนดนัดรับยา)/แผนกจิตเวช ศาสตร์สถาบันเวชศาสตร์การ binกองทัพอากาศ	กิจกรรมที่ 6 ยุติการทำจิตบำบัดประทับประคอง

### ตารางที่ 3 ตารางแสดงการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุม

ครั้งที่	วัน/เวลา/สถานที่	กิจกรรมที่ดำเนินการ
1	วันจันทร์-พุธ-ศุกร์ สัปดาห์ที่1/ แผนกจิตเวชศาสตร์สถาบันเวช ศาสตร์การbinกองทัพอากาศ	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพประเมินภาวะ ซึมเศร้า(Pretest) ให้คู่มืออยู่อย่างไรกับโรคซึมเศร้า
2	วันจันทร์-พุธ-ศุกร์ สัปดาห์ที่4/ แผนกจิตเวชศาสตร์สถาบันเวช ศาสตร์การbinกองทัพอากาศ	กิจกรรมที่ 2 ประเมินภาวะซึมเศร้า(Post test)

#### การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการสร้างบ้านร่วมกัน

##### สาระสำคัญ

เป็นระยะของการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เป็นการบำบัดที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือทำให้อาการดีขึ้น และคงไว้ฟื้นฟู มีเป้าหมายในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยรับฟังเก็บข้อมูล ผู้บำบัดมีบทบาทเช่น แนะนำ ช่วยเหลือ ช่วยแก้ไข ปัญหาแวดล้อมทำเท่าที่จำเป็น เพราะการแนะนำในขณะที่ยังไม่มีความสัมพันธ์อันดีนั้นมิผลน้อยในขั้นตอนนี้ และเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเกิดการยอมรับซึ่งกันและกันไว้วางใจกัน เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม ผู้บำบัดจะเริ่มต้นประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติความเป็นมา ประวัติทั้งส่วนตัวและครอบครัว ประเมินปัญหาตกลงนัดหมายกันในเรื่องเวลาที่พบ จำนวนครั้ง ระยะเวลา สถานที่

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัด ผู้รับการบำบัด และสมาชิกครอบครัว
2. เพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีรู้จักตนเอง เข้าใจผู้อื่น เกิดความไว้วางใจผู้บำบัด ผู้รับการบำบัด และสมาชิกครอบครัว กล้าแสดงความรู้สึกเปิดเผยตนเอง และมีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย
3. เพื่อให้ทราบวัตถุประสงค์ การปฏิบัติตนเมื่อเข้าร่วมการบำบัด และประโยชน์ที่จะได้รับ
4. เพื่อประเมินความคาดหวังของผู้รับการบำบัดต่อการรักษา

##### ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

## อุปกรณ์

1. กระดาษวาดรูปสีขาว ดินสอ ยางลบ ปากกาหลากสีสำหรับวาดภาพและระบายสี
2. แบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว (สำหรับผู้ป่วย)
3. แบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว (สำหรับสมาชิกครอบครัว)
4. แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประจักษ์ โดยครอบครัวมีส่วนร่วม

## ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำบัดเริ่มสร้างสัมพันธภาพโดยการจัดเตรียมสถานที่บำบัดให้มีบรรยากาศเหมาะสม เอื้ออำนวยต่อการสนทนาผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัว ให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และกล่าวต้อนรับผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัว ด้วยท่าที่เป็นมิตร แนะนำตัวผู้นำบัดและให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวกล่าวแนะนำตนเองเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลในการพบกันครั้งแรก ให้ผู้บำบัดและสมาชิกครอบครัวทำแบบวัดความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว

2. ผู้นำบัดชี้แจงวัตถุประสงค์ของการบำบัดอธิบายถึงขั้นตอนของการบำบัดระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดเพื่อเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อเป็นการให้ข้อมูลรายละเอียดต่อผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวเพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับ แนวทางของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประจักษ์

3. ผู้นำบัดสร้างข้อตกลง กำหนดจุดมุ่งหมาย วางแผนการบำบัดร่วมกัน สร้างข้อตกลงว่าผู้รับการบำบัดจะมีการสำรวจตนเอง และเปิดเผยความคิดความรู้สึกขณะได้รับการบำบัดและสร้างข้อตกลงในการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวต่อการบำบัดนำเข้าสู่กิจกรรมสร้างบ้าน

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวระบายความในใจในปัญหาการมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าและอยู่ในวัยสูงอายุ โดยผู้วิจัยฟังอย่างสงบ ประเมินปัญหาที่ได้จากการระบายของผู้ป่วยและญาติ แนะนำการแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยลองฝึกทำกิจกรรมร่วมกัน

5. ผู้นำบัดแจกกระดาษวาดภาพพร้อมอุปกรณ์วาดภาพ(ใบงานกิจกรรมที่ 1) โดยให้ร่วมกันวาดรูปที่เกี่ยวข้องกับบ้านอย่างอิสระและตั้งชื่อบ้านหรือไม่ก็ได้ (ยกตัวอย่างชื่อ บ้านของเรา บ้านแห่งความรัก บ้านแห่งความสุข)

6. เมื่อวาดเสร็จผู้นำบัดกระตุ้นถามถึงสิ่งที่ได้จากการสร้างบ้านร่วมกัน ถามถึงสิ่งที่เห็นในภาพที่ผู้รับการบำบัดสร้างขึ้น ถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อช่วยกันสร้างบ้านสำเร็จ

ตัวอย่างคำถามเช่น

“รู้สึกอย่างไรกับกิจกรรมที่ร่วมกันทำ ”

“อยากให้อันที่ร่วมกันสร้างเป็นอย่างไรในความคิดท่าน”

“ท่านอยากให้สมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร”

“ถ้าสมาชิกในบ้านสามัคคีร่วมกันทำกิจกรรมผลออกมาจะเป็นอย่างไร”

7. ผู้นำบดสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรมและการนำไปใช้เช่น การยอมรับความคิดของผู้อื่น การยอมรับซึ่งกันและกัน เพื่อการอยู่ร่วมกันที่ดี

8. ในขั้นตอนนี้ใช้เทคนิค การใช้คำถามปลายเปิด(Questioning),การเงียบ (silence),การฟังอย่างตั้งใจ(Listening),การสังเกต(Observation),การติดตามเรื่อง(Tracking),ด้วยการสื่อสารทางวาจา (Verbal communication),การสื่อสารไม่ใช้วาจา(Non verbal communication) เช่นการพยักหน้า สบตา แววตาที่แสดงถึงความเข้าใจ(Empathy),การชมเชย (Praise),การกำหนดปัญหา(Naming the problem),การตระหนักรู้ (Awareness),เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสำรวจความคิดความรู้สึกของตนและระบายความรู้สึกอารมณ์อย่างอิสระ

9. ผู้นำบดสรุปประเด็น(Summarization)สรุปประเด็นที่ ในสภาพปัญหา อารมณ์ ความรู้สึก เพื่อความเข้าใจตรงกัน

10. ยุติการสนทนา และนัดหมายในครั้งต่อไป ให้กำลังใจแสดงความใส่ใจที่ให้การบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดและครอบครัวมีความรู้สึกประทับใจ เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน

#### การประเมิน

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและสมาชิกครอบครัวพูดคุยทักทายกับผู้นำบดมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน บรรยากาศไม่เคร่งเครียด

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุบอกวัตถุประสงค์ของการบำบัด ขั้นตอนของการบำบัด ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด ข้อตกลงในการเข้ารับการบำบัด ประโยชน์ที่ได้รับ

3. ผู้นำบดและสมาชิกครอบครัวร่วมกันสร้างบ้านจนสำเร็จและร่วมสรุปสิ่งที่ได้ตามวัตถุประสงค์

4. ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวพร้อมเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองรายครอบครัว

สรุปการดำเนินการในครั้งนี้ เป็นครั้งแรกของการบำบัด ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพ โดยแนะนำตนเอง วัตถุประสงค์การบำบัด พูดคุยแบบเป็นกันเองให้เกิดความผ่อนคลาย โดยเน้นว่า ข้อมูลจะเป็นความลับนอกจากผู้ป่วยและญาติพร้อมที่จะให้เปิดเผยต่อแพทย์ผู้รักษาเพื่อการรักษา เมื่อสัมพันธภาพเริ่มดำเนินไปด้วยดีจึงเริ่มกิจกรรมสร้างบ้านร่วมกัน โดยนำกิจกรรมวาดภาพเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ไม่ต้องการให้บอกข้อมูลกับแพทย์โดยเฉพาะอาการ และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีเพียง 2 ราย ที่ต้องการให้แจ้งแพทย์เพื่อขอยาเพิ่ม หรือแรงขึ้น ซึ่งเป็นรายที่ประเมินได้ว่ามีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง ซึ่งได้แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ และมีการได้



ปรับขนาดยาตามอาการของผู้ป่วย แต่แพทย์ไม่ได้ส่งต่อเพื่อให้รับไว้ในโรงพยาบาลเนื่องจาก ญาติ  
 แย้งว่ายังสามารถดูแลได้ ทั้งญาติและผู้ป่วยปฏิเสธการนอนโรงพยาบาล

ส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวจะเป็นผู้สนับสนุนมากกว่าผู้ป่วยผู้วิจัยต้องกระตุ้นผู้ป่วยอาจมาจาก  
 ผู้สูงอายุมีการคิดการรับรู้ที่ค่อนข้างช้า สมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้ให้คำอธิบายต่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ  
 และผู้ป่วยมีความคาดหวังไว้ในสมาชิกในครอบครัวมากกว่า และผู้ที่เป็นผู้ควบคุมเป็นสมาชิก  
 ครอบครัว ส่วนผู้ป่วยจะเป็นผู้บอกความต้องการที่จะให้เกิดขึ้นในภาพ โดยต้องได้รับการกระตุ้น  
 จากผู้วิจัย และสมาชิกครอบครัว และในการระบายนี ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมกันระบายนี  
 ซึ่งบรรยากาศของการร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยดีผ่อนคลายเกิดความสนุกสนาน มีความเอื้ออาทรกัน  
 สนใจซึ่งกันและกันการนำศิลปะมารวมในการสร้างสัมพันธ์ภาพส่งผลให้เกิดบรรยากาศการดำเนิน  
 กิจกรรมที่ดีผู้ป่วยและญาติเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการบำบัด ร่วมมือในการร่วมกิจกรรม และ  
 นัดหมายว่าจะทำกิจกรรมต่อ ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ต้องการให้ทำกิจกรรมที่บ้าน  
 โดยนัดหมายและให้เบอร์โทรศัพท์ และที่อยู่โดยเฉพาะผู้ที่ญาติทำงานจะนัดหมายในวันเสาร์หรือ  
 อาทิตย์ มีเพียงบาง 4 รายที่ สะดวกจะมาที่แผนกจิตเวช

ตัวอย่างภาพที่ได้จากการร่วมกันวาดรูปบ้านของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและครอบครัว

1. รูปบ้านที่มีหิ้งพระ บ้านอยู่ใกล้วัด ต้องการตัดบาตรทุกเช้าและไปวัด ในวันพระ และวัน  
 สำคัญทางศาสนา และความตายอย่างสงบ
2. รูปบ้านที่มีต้นไม้ ผู้ป่วยรายนี้รักต้นไม้หลังเกษียณ ได้ปลูกต้นไม้เพื่อขายและเพื่อประดับ  
 บ้าน รวมทั้งผลไม้ไว้รับประทาน
3. วาดรูปบ้านโดยเน้นให้มีสมาชิกภายในครอบครัวอยู่ร่วมกันหลายคน ทั้งลูกหลาน
4. ต้องการให้บ้านอยู่ใกล้โรงพยาบาลเพราะต้องการมาโรงพยาบาลได้เอง
5. ต้องการอยู่บ้านที่ต่างจังหวัดชนบท ที่มีทุ่งหญ้าภูเขา
6. ต้องการอยู่กับคู่ชีวิต ลูก หลาน หรือบุคคลที่รักใคร่ที่สุดเพียงคนเดียว

จะเห็นได้ว่าสิ่งที่ได้จากการระบายนีออกจากการวาดภาพบ้านสะท้อนให้เห็นความต้องการ  
 ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆลักษณะอาการของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า  
 จะมีอาการผิดปกติที่แสดงออก ทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณและ  
 ความเชื่อด้านศาสนา ซึ่งสามารถใช้เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้  
**การบำบัดครั้งที่ 2 ร่วมด้วยช่วยดูแลกันและกัน**

#### สาระสำคัญ

การทำให้อาการดีขึ้นและคงไว้หรือฟื้นฟูโดยผู้บำบัดจะเป็นผู้สนับสนุน ปฏิบัติ  
 ตอบสนองต่อผู้รับการบำบัด ส่งเสริมการใช้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองของผู้รับ

การบำบัดและสมาชิกครอบครัว สามารถสังเกตเฝ้าระวังอาการรุนแรงของโรค การกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังป้องกันการเกิด โรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชในครอบครัวสังคมได้ และเพื่อช่วยให้ ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวและ ชุมชนได้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของสมาชิกครอบครัว
2. เพื่อส่งเสริมการนำความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองตามแนวทางการรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและสมาชิกครอบครัว ไปปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อการอยู่ ร่วมกันอย่างมีความสุขในครอบครัว
3. ฝึกให้สมาชิกครอบครัวสังเกต อาการผิดปกติของผู้ป่วย และบุคคลใกล้ชิดได้

### ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

### อุปกรณ์

1. คู่มือเรื่อง “ อยู่อย่างเป็นไรกับโรคซึมเศร้า”
2. คู่มือเรื่อง “ครอบครัวสร้างสรรค์:กลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า”
3. บัตรคำเรื่องโรคซึมเศร้า
4. แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประจักษ์ โดยครอบครัวมีส่วนร่วม

### การดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวต้อนรับทักทาย สร้างสัมพันธภาพต่อเนื่องจากการบำบัดครั้งที่ 1 และบอก วัตถุประสงค์ของกิจกรรมร่วมด้วยช่วยเหลือกันและกัน
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองและเปิดโอกาสให้สมาชิก ครอบครัวเล่าถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ชักถามถึงความรู้สึก ความคิดเห็น และความคาดหวัง ของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว กล่าวชื่นชมในสิ่งที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง และร่วมแลกเปลี่ยน ความรู้กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว
3. ประเมินความรู้การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และ ความรู้ความสามารถของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยการชักถาม ในหัวข้อดังนี้ การรับประทานยา การสังเกตอาการแทรกซ้อนจากยาและการแก้ไข การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย วิธีการผ่อนคลายความเครียด การสังเกตอาการผิดปกติ การหาวิธีผ่อนคลาย สำหรับผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

4. ใช้บัตรคำประกอบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องโรคซึมเศร้า โดยให้ผู้รับการบำบัด และสมาชิกร่วมกันจับคู่บัตรคำ
5. ส่งเสริมให้กำลังใจชื่นชมในสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ที่ถูกต้อง และ เสริมในส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ครบถ้วน
6. ขออนุญาต จดบันทึกข้อมูลและข้อมูลจะเป็นความลับ เพื่อนำไปเป็นแผนการบำบัดและประเมินผลการบำบัด
7. หลังจากที่ผู้รับการบำบัดทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ได้แลกเปลี่ยนการดูแลตนเอง ผู้บำบัดให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองเพิ่มเติม
8. ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ซักถามในข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
9. ผู้บำบัดให้คู่มือเรื่อง “ อยู่อย่างไรกับโรคซึมเศร้า” และ “ครอบครัวสร้างสรรค์:กลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคซึมเศร้า การดูแล วิธีผ่อนคลาย การรับประทานยา ผลข้างเคียงและการแก้ไข การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้อง ไปพบแพทย์ เป็นต้น
10. ผู้บำบัดสรุปสาระของกิจกรรมและนัดหมายในครั้งต่อไป

#### การประเมิน

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลตนเอง
2. สมาชิกครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย
3. การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมของผู้รับการบำบัดมีละสมาชิกครอบครัว

**สรุปการดำเนินการในครั้งนี** ในการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้ป่วยและญาติเริ่มมีความเป็นกันเอง ผ่อนคลาย พร้อมทั้งจะร่วมกิจกรรมต่อ ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่ตอบเมื่อผู้วิจัยถามในเบื้องต้นที่เริ่มกิจกรรม

- “ สนุกดีที่ มาทำกิจกรรมต่างๆรู้สึกผ่อนคลายในตอนแรกที่ทำวิจัยตนคิดว่าจะเคร่งเครียด”  
 “ปกติไม่เคยมีการทำกิจกรรมแบบนี้ แต่จะไม่ค่อยมีเวลาที่มีการมาเยี่ยมบ้านน่าจะมีต่อ”  
 “ ไม่ค่อยรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยนี้แต่จะต้องกินยา ต้องไปรับยาไปหาหมอ”

ในการประเมินความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการ ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ญาติควรทราบ ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวไม่เข้าใจบางรายไม่รู้จักโรคซึมเศร้าไม่มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย เมื่อให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สนใจร่วมกิจกรรมหลังจากให้ความรู้แล้วเริ่มกิจกรรมจับคู่บัตรคำ ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสนใจในกิจกรรม ตอบคำถามได้ ภายหลังจาก

กิจกรรมผู้ป่วยและญาติทุกรายบอกว่าได้รับความรู้มากขึ้น และจะนำคู่มือที่ได้ไปให้สมาชิกครอบครัวคนอื่นๆอ่านเพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น

ตัวอย่างคำพูดของสมาชิกภายหลังสรุปกิจกรรมเป็นการประเมินความเข้าใจผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

ครอบครัวที่ 1 “ ผมไม่เคยคิดว่าโรคมะเร็งร้ายของยายจะรักษาหาย และคิดว่าผมคงช่วยอะไรยายไม่ได้ แต่ตอนนี้รู้ว่าจะช่วยให้อายมีความสุขได้อย่างไร”

ครอบครัวที่ 2 “ ถ้าทุกคนดีกับคนไข้เข้าใจ คนไข้ก็จะดีขึ้นได้ใช่ไหมคะ”

ครอบครัวที่ 3 “ เข้าใจแล้วว่าทำไมแม่ถึงนอนได้ตลอด”

ครอบครัวที่ 4 “ ภรรยาผมชอบคิดมาก คิดเรื่องเล็กเป็นเรื่องใหญ่ที่แท้เป็นแบบนี้เอง”

“ดิฉันชอบคิดเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่ไม่รู้อะไรจะทำอย่างไรจะห้ามตัวเองได้ตอนนี้พอเข้าใจแล้วค่ะ”

ครอบครัวที่ 5 “ บางครั้งเคยคิดอยากจะทำอะไรให้หมดเวรกรรมกันไป ไม่มีใครสนใจไม่มีใครห่วง แต่ตอนนี้ไม่คิดแล้วช่างมันเถิด กินยาไป ทำอะไรเองก็ได้ ช่วยเหลือตัวเองบ้าง ลูกหลานเขามีงานการทำ”

“ อย่าคิดมากไปเลยคะแม่ เดี่ยวต่อไปเราหาเวลาว่างไปเที่ยวกันบ่อยๆนะคะ แม่จะได้สดชื่น”

### การบำบัดครั้งที่ 3 กิจกรรมของขวัญของเรา

#### สาระสำคัญ

เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( self esteem ) รับรู้ภาพรวมที่เกี่ยวกับการมีคุณค่าในตนเองนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคงและเป็นสุขใจตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง( self esteem ) โดยผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวได้สามารถชื่นชมผู้ป่วยในการทำกิจกรรมร่วมกัน และทำจนสำเร็จลุล่วง

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตระหนักรู้ในตนเองถึงความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจตนเองมีคุณค่าในตนเองและยอมรับข้อจำกัดของตนเองและครอบครัว สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น

ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

## อุปกรณ์

1. ก่อ่งสำหรับห่อของขวัญ 1 ก่อ่ง
2. กระดาษสีต่างๆที่ตัดเป็นแผ่นเล็กๆ ประมาณ 1 นิ้ว
3. ริบบิ้น
4. กาว
5. กรรไกร
6. แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประจักษ์โดยครอบครัวมีส่วนร่วม

## ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวทักทายต้อนรับ สร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลาย
2. ผู้นำบอกกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมเสริมคุณค่าในตนเองตระหนักในคุณค่าของตนเอง เชื่อมโยงคุณค่าของตนเองกับอารมณ์ซึมเศร้า
3. ผู้นำใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวร่วมกันเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตทั้งอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกประสบความสำเร็จและมีความสุข ประสบการณ์ที่ภาคภูมิใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ผู้นำกระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวช่วยส่งเสริมความภาคภูมิใจให้แก่ผู้รับการบำบัดโดยพูดคุยชื่นชมผู้รับการบำบัด เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเสริมคุณค่าในตนเองแก่ผู้รับการบำบัด
4. นำเข้าสู่การทำกิจกรรมของขวัญของเรา โดยนำก่อ่งที่เตรียมไว้ และกระดาษสีต่างๆ ให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมกันตกแต่งโดยปะกระดาษสีที่ก่อ่งของขวัญ โดยระหว่างร่วมกันตกแต่งของขวัญผู้นำกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกในครอบครัวคิดถึงความคิดถึงของกันและกัน และถ้าจะมอบของขวัญให้เพื่อตอบแทนความดี และความรู้สึกที่ดี จะตกแต่งอย่างไรให้สวยที่สุด มีค่าที่สุด
5. เมื่อทำสำเร็จถามความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ระหว่างตกแต่งก่อ่งของขวัญ ร่วมกัน
6. เสริมแรงโดยการชื่นชม เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวจนสำเร็จ
7. จากนั้นถามผู้ป่วยและสมาชิก ถ้าเป็นผู้มอบของขวัญให้อีกฝ่ายตนเองจะรู้สึกอย่างไร
8. ถามความรู้สึกถ้าเป็นผู้ที่ได้รับของขวัญจะมีความรู้สึกอย่างไร
9. ผู้นำปิด กล่าวสรุป เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเรียนรู้ที่จะเสริมคุณค่าในตนเองและให้ครอบครัวได้ร่วมทำกิจกรรมร่วมกันถ่ายทอดความรู้สึกต่อกัน สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป

## การประเมิน

ประเมินพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึกเมื่อร่วมกิจกรรม

**สรุปการดำเนินการในครั้งนี้** ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวยังไม่เข้าใจในเรื่องการสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การให้คิดถึงเหตุการณ์ที่ประทับใจ ในระยะแรกของการทำกิจกรรมยังไม่สามารถยกตัวอย่างเหตุการณ์ได้ เมื่อผู้บำบัดยกตัวอย่างโดยนำเสนอเหตุการณ์ที่ประทับใจรู้สึกภาคภูมิใจของตน ทั้งผู้ป่วยและญาติเริ่มแสดงความคิดเห็นและ สามารถนึกถึงเหตุการณ์ที่รู้สึกภาคภูมิใจ เช่น “ทั้งๆที่เป็นแค่คนขับรถในมหาวิทยาลัยเกษตรแต่ผมมีลูกเรียนจบปริญญาทุกคนตอนนี้คนโตกำลังเรียนดอกเตอร์” , “ เมื่อก่อนที่ทำงานในองค์กรสหประชาชาติด้วยนะ ไปต่างประเทศบ่อยๆ” , “ ถึงภรรยาจะทิ้งผมไปนานแล้วแต่ผมก็เลี้ยงลูกมาได้ด้วยดีลูกสาวผมน่ารักมากด้วยคุณพยาบาล” , “เมื่อก่อนเดินไปวัดไปทำบุญทุกวันพระเดี๋ยวนี้แก่แล้วเดินไม่ไหว” พบว่าเมื่อผู้ป่วยพูดถึงสิ่งเหล่านี้แล้วจะรู้สึกมีความสุขชื่นชมตัวเอง แต่มีบางรายที่มองไม่เห็นบันแต่ท้อแท้ไม่มีอะไรดีในชีวิต จึงให้ลองมองข้อดีข้อเสียของตนแทน โดยเมื่อใช้การมองข้อดีข้อเสียและผู้บำบัดและสมาชิกครอบครัวกล่าวชื่นชม ทำให้ผู้ป่วยเริ่มมองเห็นความมีคุณค่าของตัวเองบ้าง และเมื่อเชื่อมโยงมาถึงการให้ทำกล่องของขวัญผู้ป่วยหลายรายบอกว่าจะมอบของขวัญให้ตนเองและเก็บไว้ รู้สึกว่าของขวัญมีค่าสำหรับตนคิดหาที่จะเก็บไว้ให้ดี บางรายมอบให้สมาชิกครอบครัวที่ร่วมทำกิจกรรมเพราะรักที่เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจว่าตนเองสามารถทำของขวัญได้ ไม่ต้องท้อก็ทำให้ของขวัญสวยได้ ตามกำลังความสามารถของตน และรู้สึกว่ามีการคอยช่วยเหลือ และบางรายกล่าวว่า จะนำกิจกรรมเหล่านี้ไปทำที่บ้านร่วมกับคนอื่น รู้สึกสนุกและมีความสุขที่ได้ทำร่วมกัน

#### **การบำบัดครั้งที่ 4 เสริมสร้างสถานะจิตให้เข้มแข็ง**

##### **สาระสำคัญ**

เพื่อส่งเสริมการปรับปรุงการทำงานของสถานะจิต ( Ego function ) สถานะจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ความรู้สึกสามารถเผชิญสถานการณ์ที่กดดัน และ เกิดมุมมองทางบวกต่อสถานการณ์กดดันเหล่านั้น เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของสถานะจิตการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ที่คิดยืดหยุ่น สมเหตุสมผลตรงตามความเป็นจริง โดยสอนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองการคิดจากเดิมเป็นมุมมองทางบวก ให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดอัตโนมัติด้านลบซึ่งมองสิ่งเร้าหรือประสบการณ์ที่ประสบ แล้วแปรไปในทางลบ มองว่าปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ไม่คิดแก้ปัญหา(Beck et al., 1979) ซึ่งการนำสมาชิกครอบครัวร่วมทำกิจกรรมนั้นจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจลักษณะความคิดของผู้ป่วยและช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถคิดทางบวกบนฐานของความเป็นจริง

##### **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

2. เพื่อให้ส่งเสริมให้เกิดมุมมองการคิดเชิงบวก

3. เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและอารมณ์

#### ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

#### อุปกรณ์

1. ชุดแผ่นพลิกสถานการณ์สร้างสรรค์

2. แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประจักษ์โดยครอบครัวมีส่วนร่วม

#### ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวทักทายต้อนรับสร้างบรรยากาศเป็นกันเองผ่อนคลาย

2. ให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมกันแสดงความคิดเห็นร่วมกันในสถานการณ์เครือข่าย

กอดกันในครอบครัวหรือในตนเองโดยให้ร่วมกันยกตัวอย่างขึ้นมาเอง เช่น

“ผู้ป่วย:ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า” “ผู้บำบัด: คุณคิดว่าการป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีข้อดี

อะไรบ้าง”

“ผู้ป่วย : ป่วยหลายโรคต้องไปโรงพยาบาลบ่อยเป็นภาระ” “ผู้บำบัด:คุณคิดว่าผู้ป่วยอยู่

ในวัยสูงอายุเจ็บป่วยทางกายหลายด้านมีอะไรดีบ้างไหม”

“ผู้ป่วย : เบื่ออยู่บ้านไม่มีอะไรทำ” “ผู้บำบัด :เมื่อไม่ต้องไปทำงานแล้วจะมีผลดีอะไรต่อ

ผู้ป่วยบ้าง” เป็นต้น

3. หลังจากนั้นผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวลองฝึกคิดในมุมมองที่ดี ให้ผู้รับการ

บำบัดและสมาชิกครอบครัวร่วมกันอ่านสถานการณ์จากแผ่นพลิก

4. ให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแต่ละสถานการณ์

5. ผู้บำบัดฝึกการเปลี่ยนมุมมองการคิดต่อบุคคล หรือต่อเหตุการณ์ในทางบวก โดยใช้

เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) การให้แรงเสริม (Reinforcement) การกระตุ้น (Encourage)

การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) ใช้คำถามเช่น “คุณคิดอย่างไรกับ.....(เหตุการณ์).....ที่

เกิดขึ้น” ให้ลองฝึกเปลี่ยนมุมมองการคิดในทางบวก โดยให้ฝึก “คุณจะปรับเปลี่ยนความคิดมีวิธีคิด

ใหม่กับเหตุการณ์เหล่านั้นอย่างไรในทางบวก” ผู้บำบัดสรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป

#### การประเมิน

1. ความสนใจตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

2. ประเมินจากความคิด อารมณ์ และความรู้สึก จากการเผชิญสถานการณ์กอดกัน

สรุปการดำเนินการในครั้งนี้ ผู้ป่วยและญาติสนใจที่จะฝึกการเปลี่ยนมุมมองความคิด

สมเหตุสมผลตรงตามความเป็นจริง ในสถานการณ์ตัวอย่างที่กำหนดผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

ร่วมกันคิดในสถานการณ์ที่ 1 มีผู้ป่วยบางรายที่คิดว่า อายุแค่นี้ไม่น่าตายเร็ว , ทำบุญมาแค่นี้ , อาจจะตกใจจนเป็นลม ขึ้นกับว่าสนิทกันมากแค่ไหน, อาจจะอยู่ไม่เป็นสุขกระวนกระวายจนกว่าจะได้รู้ความจริงซึ่งจากที่กล่าวมา ผู้บำบัดให้ลองฝึกคิดในหลายแง่มุมให้สมเหตุสมผล และแนะนำการผ่อนคลายเมื่อเจอสถานการณ์กดดันซึ่งจะทำในกิจกรรมต่อไป สมาชิกครอบครัวช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการฝึกคิดสมเหตุสมผลและเตรียมรับสถานการณ์ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ แต่ในบางรายก็คิดสมเหตุสมผลเช่น รอเช็ครายชื่อก่อนอาจไม่ใช่ญาติเรา ถ้าใช่เราก็ต้องเตรียมรับสถานการณ์ (สมาชิกครอบครัว)

สถานการณ์ที่ 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกังวลเพราะรู้สึกว่าคุณเป็นภาระสมาชิกครอบครัวจะเป็นผู้ให้กำลังใจสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยได้มากที่สุด การนำครอบครัวมาร่วมทำกิจกรรมการบำบัดมีส่วนส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยได้คิดว่าการบำบัดผู้ป่วยคนเดียว

ในสถานการณ์ที่ยกตัวอย่างมาสองสถานการณ์ บางรายไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น จึงให้ลองใช้สถานการณ์ใกล้เคียง โดยให้ผู้ป่วยและสมาชิกเลือกเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมาของตน เช่น ตอนเกษียณเครียดมาก เบื่อ ผู้บำบัดจึงให้ลองฝึกการคิดในมุมมองทางบวก เช่น เกษียณก็ดี มีเวลาทำอะไรโดยไม่ติดกับเวลา หรือ เมื่อป่วยรู้สึกเป็นภาระ ผู้บำบัดลองให้ฝึกคิดถึงสิ่งที่ดีเมื่อผู้ป่วยป่วยบอกว่าไม่มี ผู้บำบัดจึงยกตัวอย่างว่า มีลูกหลานมาสนใจเหมือนดังตอนนี้ ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวจึงเริ่มมองอีกด้าน ป่วยก็คือ โอกาสพักผ่อนถ้าในมุมมองของสมาชิกครอบครัวที่ทำงานอยู่สำหรับผู้ป่วยคิดว่าเมื่อรู้ว่าป่วยก็รับรักษาก็ยังดีที่ลูกหลานสนใจพาไปหาหมอบางรายคิดว่า อายุมากแล้วการเจ็บป่วยตายเป็นเรื่องธรรมชาติ เมื่อพูดถึงความตายบางรายก็คิดว่าตนพร้อมที่จะจากไป โดยไม่รู้ถึงกังวลหรือกลัว จะพบว่าผู้ป่วยที่เป็นผู้หญิงจะพูดถึงความตายและเตรียมพร้อมกับการจากไปได้ แต่ในผู้ชายจะพบน้อยที่พูดถึงเรื่องความตายหรือความพร้อมจากไป เมื่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีการฝึกคิดเปลี่ยนการมองในอีกมุมที่เป็นทางบวกทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สิ้นน้ำเริ่มยิ้มแย้มได้บ้างและเข้าใจวิธีคิดที่สมเหตุสมผลมากขึ้น

#### การบำบัดครั้งที่ 5 กิจกรรมการฝึกการปรับตัว

##### สาระสำคัญ

การทำจิตบำบัดระดับประคองรายครอบครัว เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตสังคมอยู่ที่ระดับจิตสำนึกโดยมีจุดมุ่งหมายสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษา (Therapeutic Alliance) เพื่อบำบัดอาการประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทำให้อารมณ์ดีขึ้นฟื้นฟู และคงไว้ในส่วนที่ดี เป็นการเสริมกลไกทางจิตให้เข้มแข็งมากขึ้น การเพิ่มทักษะในการปรับตัว(Adaption skill) และด้วยเหตุที่ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นได้รับการจำหน่ายเพื่อกลับไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้านมักเกิดปัญหาว่ามีอาการซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำ การเตรียมผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวจะลดการกลับเป็นซ้ำได้ อีกทั้งเพื่อปรับปรุงการ



ทำงานของสภาวะจิตใจให้มั่นคง โดยผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อการจัดการอารมณ์ ความรู้สึกของตน เกิดการเรียนรู้เพื่อที่จัดการความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆที่อาจเข้ามาในชีวิตของตน โดยจัดกิจกรรมการปรับตัวในด้าน การผ่อนคลายความเครียด และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อฝึกทักษะในการปรับตัวของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว
2. เพื่อฝึกการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วยและญาติ

### ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

### อุปกรณ์

1. หนังสือสวดมนต์
2. คู่มือการฝึกผ่อนคลายด้วยการหายใจ
3. แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

### ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวต้อนรับทักทายสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลาย
2. สนทนาในหัวข้อคุณปรับตัวได้อย่างไร โดยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อนำเข้าสู่การทำกิจกรรมการปรับตัว
3. สมมติสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยไปเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนอาการดีขึ้นแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ผู้ป่วยและญาติจะเตรียมตัวอย่างไร
4. ประเด็นการสนทนาเน้นในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทบทวนจากการบำบัดครั้งที่ 2 และเพิ่มเติมในด้านพัฒนาทักษะการสื่อสาร
5. จากนั้นสนทนาในหัวข้อการใช้วิธีผ่อนคลายที่ผ่านมาของผู้รับการบำบัดเมื่อเกิดความเครียด วิตกกังวล การผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจ เป็นการฝึกเพื่อให้เผชิญสถานการณ์ที่กดดันได้ และปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดีขึ้น
6. การฝึกหายใจผู้บำบัดให้ข้อมูลเทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจ โดยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และวิธีการปฏิบัติ ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัด และสมาชิกครอบครัว ร่วมทำกิจกรรมฝึกการหายใจ (Diaphragmatic technique or rhythmic breathing) อย่างถูกวิธี จนกระทั่งผู้รับการบำบัดและครอบครัวสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และมีอารมณ์ผ่อนคลาย

7. ผู้นำบัด ผู้รับการบำบัด และสมาชิกครอบครัว ทดลองฝึกปฏิบัติผู้นำบัดมอบหมายให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวฝึกผ่อนคลายด้วยการหายใจ โดยให้ฝึกปฏิบัติทุกวันอย่างน้อยวันละ 40 ครั้ง

8. แนะนำวิธีการผ่อนคลายด้วยการสวดมนต์ โดยมอบหนังสือสวดมนต์ให้ผู้รับการบำบัด และญาติ

9. สรุปสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมครั้งนี้ ทั้งด้านความรู้ อารมณ์ ความรู้สึก นัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

### การประเมิน

1. ประเมินพฤติกรรม อารมณ์ ความตั้งใจ ขณะร่วมกิจกรรม
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติ

สรุปการดำเนินการในครั้งนี้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีวิธีการผ่อนคลายที่ใช้ ส่วนสมาชิกครอบครัวจะใช้วิธีทำงานอดิเรก ดูหนังอ่านหนังสือ ฟังเพลง ออกไปเที่ยว ผู้นำบัดจึงนำเสนอวิธีการฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจ โดยให้ความรู้ และให้ฝึกปฏิบัติ และทำข้อตกลงร่วมกันว่าจะนำไปฝึกที่บ้านต่อ ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกแนวทางเพื่อการผ่อนคลาย และประโยชน์ที่ได้รับ ผู้ป่วยและญาติทุกรายแสดงความสนใจตั้งใจที่จะนำไปปฏิบัติ และขณะฝึกปฏิบัติตั้งใจทำ และเมื่อลองปฏิบัติสมาชิกครอบครัวรายงานว่ารู้สึกผ่อนคลาย การหายใจมีประโยชน์ต่อร่างกายระบบหายใจด้วย โดยเฉพาะการสูดอากาศดีเข้าไปจะทำให้สมองปลอดโปร่ง มีบางรายวางแผนไปเที่ยวเพื่อผ่อนคลายรับอากาศบริสุทธิ์

### การบำบัดครั้งที่ 6 ยุติการทำจิตบำบัดประคับประคอง

#### สาระสำคัญ

เป็นการยุติการทำจิตบำบัดประคับประคอง เมื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด มีความเข้าใจ ยอมรับตนเองมากขึ้น มีความรับผิดชอบในความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตน มีพัฒนาการด้านจิตอารมณ์ มีความเข้าใจตนเองในด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น เกิดการเรียนรู้วิธีคิดใหม่ๆมองปัญหาใหม่และพฤติกรรมใหม่ เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาด้วยวิธีต่างๆ ทบทวนความรู้เรื่อง โรคซึมเศร้าและการดูแลกิจกรรมเพื่อเสริมคุณค่าในตนเองเสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็งการคิดเชิงบวก กิจกรรมการฝึกการปรับตัว การผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ ในระยะนี้การส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจมีความสำคัญจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่มีความมั่นใจในตนเอง เกิดความรู้สึกต้องการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ระยะจากกันมี

ผลกระทบต่อจิตใจ ต้องเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนหยุดรักษาให้มีเวลาปรับตัว เมื่อหยุดการบำบัดแล้วก็อนุญาตให้กลับมาหาใหม่ได้เมื่อจำเป็น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวน ความรู้เรื่อง โรคซึมเศร้าและการดูแล การเสริมคุณค่าในตนเอง การเสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง การปรับตัว การผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ การสื่อสารเชิงบวก การเปลี่ยนมุมมองใหม่

2. เพื่อประเมินการความสุขขณะร่วมกัน ในแต่ละครั้งของการบำบัดทำจิตบำบัด ประคับประคองทั้งในด้านความรู้ และ ความรู้สึก

3. เพื่อยุติการทำจิตบำบัดประคับประคอง

### ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

### อุปกรณ์

1. แบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว (สำหรับผู้ป่วย)
2. แบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว (สำหรับสมาชิกครอบครัว)
3. แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดประคับประคอง โดยครอบครัวมีส่วนร่วม
4. แบบประเมินอาการซึมเศร้า

### ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำบัต ประเมินความพร้อมในการยุติการทำจิตบำบัดประคับประคองทั้งผู้รับการบำบัด และครอบครัว

2. ผู้นำบัตกล่าวทบทวนทบทวนทบทวนความรู้เรื่อง โรคซึมเศร้าและการดูแล กิจกรรมเพื่อเสริมคุณค่าในตนเอง เสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็งการคิดเชิงบวก กิจกรรมการฝึกการปรับตัว การผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจและถามถึงความรู้สึกของผู้รับการบำบัดและครอบครัวที่เกิดขึ้น ในขณะทำกิจกรรมที่ผ่านมา ปัญหา และอุปสรรคต่างๆ และสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมการทำจิตบำบัด ประคับประคอง

3. ผู้นำบัตเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดและครอบครัวซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม

4. ผู้นำบัตสรุปการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด กล่าวชื่นชม (praise) กล่าวขอบคุณที่ร่วมทำกิจกรรมจิตบำบัดประคับประคอง พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้รับการบำบัดในการดูแลตนเองเพื่อลดอาการซึมเศร้า และดำเนินชีวิตต่อไปในครอบครัว และสังคมได้

5. กล่าวปิดการทำจิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัว และทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post test) และแบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว

### การประเมินผลในทุกกิจกรรม

1. สังเกตความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะที่ทำการบำบัด
2. สังเกตความรู้สึกและพฤติกรรมของญาติขณะร่วมกิจกรรม
3. บันทึกผลการทำจิตบำบัดระดับประคองในทุกครั้งหลังทำกิจกรรม

**สรุปการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้** ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความตั้งใจร่วมมือในการทำกิจกรรม กระตือรือร้นสนใจซักถามโดยเฉพาะสมาชิกครอบครัว สำหรับผู้ป่วยเองสนใจถามการปฏิบัติตัวที่ตนเองควรปรับเปลี่ยน ซึ่งจะเห็นได้ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เช่นรู้ว่าต้องพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายบ้าง คิดในสิ่งที่ดี ผักผ่อนคลายด้วยการหายใจ ลุกหลานชวนไปไหนก็ต้องไปบ้าง ต้องออกไปสนทนากับคนรอบข้างบ้าง สำหรับสมาชิกครอบครัว เข้าใจในลักษณะอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นและจะใส่ใจดูแลผู้ป่วยมากขึ้นกว่าเดิมอย่างถูกต้อง และจะนำไปแนะนำสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เพื่อความสุขของผู้ป่วยและการอยู่ร่วมกันได้ในครอบครัว

### ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินอาการซึมเศร้า (Post test) ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดการทำจิตบำบัดระดับประคองรายครอบครัวและนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

### การสรุปการใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง

จากการบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคองรายครอบครัว โดยทำการบันทึกในทุกๆครั้งที่ร่วมกิจกรรม โดยเริ่มประเมินก่อน ขณะ และหลังการทำกิจกรรม ในด้านพฤติกรรม อารมณ์และความรู้สึก ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว จากการสังเกต สีหน้า ท่าทาง คำพูด การมีส่วนร่วมในแต่ละกิจกรรม พบว่าการบันทึกได้ทั้งสิ่งที่แสดงออกทางวาจา (Verbal ) และสิ่งที่แสดงออกโดยไม่ใช้วาจา(Non-Verbal ) สรุปในแต่ละครั้งของการบำบัดได้ตัวอย่างในครอบครัวรายหนึ่งเป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 65 ปี มีสมาชิกครอบครัวคือ ลูกสาว มีระดับอาการซึมเศร้ามาก ดังนี้

#### ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการสร้างบ้านร่วมกัน

ด้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยยังมีความเมินเฉยต่อการสนทนา พูดน้อย ไม่ค่อยสบตาน้ำเสียงเบา นิ่งนิ่งๆ เมื่อกระตุ้นตามพูดคุยจะมีความสนใจน้อย ถามคำตอบคำ แต่อยู่ร่วมจนจบกิจกรรม เมื่ออธิบายการวิจัย ผู้ป่วยฟังและมองผู้วิจัยเป็นระยะ ต่างกับญาติที่ให้ความสนใจดี เมื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยจะมีความห่างเหินพอสมควร บางครั้งแสดงสีหน้าไม่พอใจในการพูดคุยของลูกสาว เมื่อให้ร่วมกิจกรรมวาดรูปสร้างบ้านร่วมกัน สมาชิกครอบครัวจะสนใจมากกว่าและจะคอยกระตุ้นถามผู้ป่วย ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่สนใจ ต่อมาเริ่ม

มองและพูดว่าน่าจะวาดอะไรบ้าง ประเด็นหลักจะพูดถึงการมีครอบครัวที่มีลูกหลายอยู่ร่วมกันหลายคน เมื่อวาดภาพได้สำเร็จผู้ป่วยมีความผ่อนคลายมากขึ้น และสนใจจับกระดาษที่วาดสีหน้าชื่นชม

ด้านสมาชิกครอบครัว การสร้างสัมพันธภาพเป็นไปได้ไม่ยากนัก ต้องการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเพราะต้องการให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จึงมีความร่วมมือต่อการทำกิจกรรมได้ดี ยิ่งเมื่อทำกิจกรรมวาดรูป จะมีสีหน้ายิ้มแย้มบางครั้งหัวเราะแต่ในตอนแรกจะปฏิเสธว่าวาดรูปไม่เก่ง โดยผู้วิจัยอธิบายว่าไม่จำเป็นต้องวาดเก่ง หรือสวยงาม เพียงให้ได้รับความรู้สึกผ่อนคลายอย่างอิสระและทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วยและเป็นแนวทางในการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว สมาชิกครอบครัวจึงคลายกังวล และจะคอยถามผู้ป่วยว่าต้องการให้วาดอะไรแสดงอะไร ให้ผู้ป่วยร่วมวาด แต่ผู้ป่วยจะมองเฉยๆในระยะแรก แต่ต่อมาเริ่มมีความสนใจและแสดงความคิดเห็น และร่วมระบายสี

เมื่อจบกิจกรรมให้แสดงความคิดเห็นความรู้สึก ผู้ป่วยจะให้ความเห็นน้อย แต่นั่งมองญาติและผู้วิจัยเจิบๆสีหน้าเรียบเฉย ต่างกับลูกสาวที่แสดงความรู้สึกทั้งคำพูดและสีหน้าท่าทาง ยิ้มแย้มแจ่มใสดี และบอกว่าจะนำไปทำที่บ้านบ้างบางโอกาสและรู้สึกดีที่มีคนสนใจในการพูดคุยทำกิจกรรมกับตนและผู้ป่วย ผู้วิจัยเสริมว่าเป็นกิจกรรมอื่นๆได้ที่ทำร่วมกันในครอบครัว อธิบายว่าเมื่อได้พูดคุยกันจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกันดังนั้นการชวนผู้ป่วยพูดคุยและสนใจใส่ใจผู้ป่วยจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ ความสนใจร่วมมือในการทำกิจกรรมครั้งแรกผู้ป่วยยังเมินเฉยแต่ไม่ต่อต้าน แต่ญาติร่วมมือสนใจเป็นอย่างดี

ครั้งที่ 2 ร่วมด้วยช่วยดูแลกันและกัน

ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยยังคงนั่งเฉยแต่ทักทายมากขึ้นเพราะเริ่มมีความรู้สึกคุ้นเคย แต่ยังคงน้อยไม่ยิ้ม เพียงนั่งฟัง ไม่มีการสอบถามต่างกับญาติที่มีความสนใจซักถามเมื่อพูดคุยเรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแล เมื่อเริ่มนำบัตรคำมาให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวจับคู่ ญาติจะเป็นผู้อ่านให้ผู้ป่วยฟัง แต่ผู้ป่วยในระยะแรกจะสนใจน้อย ญาติจะเป็นผู้ทำกิจกรรมมากกว่า แต่จะมองการร่วมกิจกรรมของลูกสาว และมองการจับคู่ และฟังเมื่อลูกสาวอ่านให้ฟังในระยะท้ายจะเริ่มพูดแสดงความคิดเห็นบ้างเช่น ต้องทานยาตลอด ถ้าขาดแล้วจะมีอาการไม่ดี ยาบางตัวที่หมอให้ทำให้หลับตลอด ผู้วิจัยได้อธิบายการปฏิบัติตัวเพิ่มเติม เมื่อมอบหนังสือคู่มือการดูแลผู้ป่วยให้ ผู้ป่วยพลิกดูแต่ถือไว้ตลอด

ด้านสมาชิกครอบครัว มีความสนใจในเรื่องราวโรค เพราะมีความต้องการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย และบอกสมาชิกครอบครัวที่บ้าน จึงสนใจทำกิจกรรมสามารถจับคู่ตอบคำถามได้ถูกต้อง สนใจในกิจกรรมที่ทำ และ เมื่อมอบหนังสือให้ญาติสนใจเปิดดู และขอบคุณผู้วิจัย

เมื่อจบกิจกรรมผู้ป่วยและญาติแสดงความขอบคุณและญาติบอกว่า “ ถ้ามีการทำกิจกรรมแบบนี้บ่อยๆคงดีอยากให้สมาชิกคนอื่นที่บ้านร่วมทำบ้างจะได้มีความรู้ในการดูแล” บอกว่าได้รับความรู้มากขึ้น และจะนำคู่มือที่ได้ไปให้สมาชิกครอบครัวคนอื่นๆอ่านเพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และบอกผู้ป่วยว่า “เราน่าจะไปเที่ยวกันบ้างนะค่ะ” ในครั้งที่ 2 นี้ ผู้ป่วยเริ่มสนใจมากขึ้น แต่มีส่วนร่วมน้อย แต่ญาติสนใจทำกิจกรรมและมีแสดงความรู้สึกที่ดีต่อผู้วิจัยและการทำกิจกรรมที่เพิ่มพูนความรู้และการดูแลผู้ป่วย

ครั้งที่ 3 กิจกรรมของขวัญของเรา

ด้านผู้ป่วย การพบกันครั้งนี้เป็นครั้งที่ 3 ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกคุ้นเคยมากขึ้นการเริ่มต้นกิจกรรมจึงเป็นไปได้ง่ายขึ้น โดยผู้ป่วยพูดคุยทักทายมากขึ้นกว่าครั้งแรกที่ยังเมินเฉย เมื่อเริ่มสนทนาเกี่ยวกับความภาคภูมิใจสิ่งที่ทำให้รู้สึกประทับใจผู้ป่วยยังไม่ร่วมแสดงออกหรือบอกเล่า แต่ลูกสาวจะค่อยแสดงสิ่งที่ประทับใจในครอบครัวที่เกิดร่วมกับผู้ป่วย คือวันสงกรานต์ที่มีญาติมารวมกัน ผู้ป่วยสนใจมองสบตา ผู้วิจัยกระตุ้นถามในความรู้สึก ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกดีเวลาที่มีลูกหลานมารวมกัน และเมื่อลูกสาวกล่าวถึงความสามารถของผู้ป่วยเมื่อทำงานคือ ทำงานร่วมกับองค์การสหประชาชาติ ตนเองรู้สึกว่าการคาดตนเก่งมาก กว่าบุคคลอื่นๆ ผู้ป่วยเริ่มยิ้มแย้มและบอกเล่าในการทำงาน เมื่อผู้วิจัยเชื่อมโยงความภาคภูมิใจความมีคุณค่าในตนเองกับของขวัญโดยถามผู้ป่วยว่าถ้าจะมอบของขวัญซึ่งแทนความภาคภูมิใจให้ใคร ผู้ป่วยบอกว่าให้ตนเองเพราะรู้สึกว่าคุณเห็นอกเห็นใจในงานที่ทำ เมื่อให้ทำกิจกรรมกล่องของขวัญผู้ป่วยสนใจในกิจกรรมและมองสบตา มองอุปกรณ์ที่ผู้วิจัยเตรียมมา เมื่อให้ร่วมแกะกระดาษของขวัญผู้ป่วยนั่งเฉยในตอนแรก แต่เมื่อ ลูกสาวชักชวนและเริ่มทำกิจกรรม ผู้ป่วยจึงช่วยทำ และ เมื่อผู้วิจัย และลูกสาวผู้ป่วยชื่นชม ผู้ป่วยยิ้มและทำต่อเนื่องจนเสร็จสีหน้ายิ้มแย้มบ้างบางครั้ง และเมื่อทำจนเสร็จผู้ป่วยจับกล่องของขวัญตลอด เมื่อลูกสาวผู้ป่วยถามผู้วิจัยว่านำกลับบ้านได้ไหม ผู้ป่วยหันมามองหน้าผู้วิจัย และถือกล่องของขวัญไว้ เมื่อผู้วิจัยบอกให้นำกลับไปให้ผู้ป่วยยิ้มเล็กน้อยและถือของขวัญอย่างชื่นชมสีหน้าผ่อนคลาย

ด้านสมาชิกครอบครัว สมาชิกครอบครัวมีความกระตือรือร้นที่จะร่วมทำกิจกรรม เมื่อพูดถึงเหตุการณ์หรือสิ่งที่ทำให้ประทับใจมีความสุขสมาชิกครอบครัวจะแสดงออกในการชื่นชมผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถและงานที่ผู้ป่วยทำในอดีต และเมื่อห่อของขวัญเสร็จเมื่อผู้วิจัยถามว่าจะมอบให้ใคร สมาชิกครอบครัวบอกว่าจะให้คุณแม่ เพราะตนเองชื่นชมคุณแม่มาก เมื่อผู้ป่วยได้ยื่นสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น และจับของขวัญไว้ตลอด

บรรยากาศเมื่อจบกิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นความสุขในสีหน้าผู้ป่วยเพราะยิ้มแย้มมากขึ้นจับกล่องของขวัญตลอด และลูกสาวจะจับมือผู้ป่วยบางครั้งกอด ผู้ป่วย จึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยและญาติมีความสนใจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากขึ้นกว่า ครั้งที่ผ่านมา

#### ครั้งที่ 4 เสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง

ด้านผู้ป่วย ในครั้งนี้ผู้ป่วยมีความสนใจเข้มแข็งที่จะร่วมกิจกรรมในการทักทายเมื่อพบกัน ครั้งนี้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้วิจัยมากขึ้น มองสบตาตลอดการร่วมกิจกรรมและ พุดคุยสนใจ ในการทำกิจกรรมร่วมแสดงความคิดเห็นแสดงความรู้สึกมากขึ้นชัดเจน เมื่อให้ร่วมแสดงความคิดเห็นจากตัวอย่างสถานการณ์ผู้ป่วยจะมองลูกสาว และแสดงความคิดเห็นเป็นระยะแสดงถึงความสนใจมากขึ้น จากสถานการณ์ตัวอย่างทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง และทั้งจากญาติ มีมุมมองการคิดที่แตกต่างไปในทางที่เป็นจริงในทางบวกมากขึ้น มีมุมมองการคิดเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น

ด้านสมาชิกครอบครัว สมาชิกครอบครัว กระตุ้นผู้ป่วยให้ร่วมแสดงความคิดเห็น และ บอกว่าจะนำไปใช้ในสถานการณ์ต่างและพุดคุยกับผู้ป่วยว่าเราน่าจะนำไปลองทำนะและพุดคุยกับผู้ป่วยและผู้วิจัยมากขึ้น

บรรยากาศการทำกิจกรรมในครั้งนี้ มีความเป็นกันเอง พฤติกรรมที่แสดงออก มีความกระตือรือร้นพุดคุยเข้มแข็งมากขึ้น ทั้งผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะผู้ป่วยจะเห็นความเปลี่ยนแปลงชัดเจน ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบเป็นการวางแผนการยุติการบำบัดว่า เราจะพบกันอีก 2 ครั้ง ผู้ป่วยและญาติแสดงความรู้สึกและบอกว่าดีใจที่ได้ร่วมกิจกรรมกับผู้วิจัย ถ้าได้ทำอย่างต่อเนื่องคงดี

#### ครั้งที่ 5 กิจกรรมการฝึกการปรับตัว

ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความเป็นกันเองมากขึ้นกล่าวทักทายผู้วิจัยก่อนและต้อนรับผู้วิจัยเป็นอย่างดี มีความคุ้นเคยมากขึ้น สนใจที่จะร่วมกิจกรรมโดยถามผู้วิจัยว่าวันนี้จำทำอะไรบ้าง เมื่อผู้วิจัยบอกว่าเราจะฝึกการปรับตัวเมื่อเผชิญความกดดัน เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย ผู้ป่วยมีความสนใจและถามว่าทำอย่างไรเพราะตนมักเครียด และรู้สึกแย่น้อยๆ เมื่อผู้วิจัยถามว่าเมื่อเป็นแบบนั้นแล้วทำอย่างไร ผู้ป่วยบอกว่า บางครั้งก็เก็บตัวคนเดียวร้องไห้ ไม่อยากพุดคุยกับใคร ปวดหัวนอนไม่หลับก็มี เมื่อผู้วิจัยบอกให้ลองใช้การฝึกหายใจผ่อนคลายผู้ป่วยและญาติสนใจ การบำบัดครั้งนี้ผู้ป่วยและญาติร่วมมือสนใจเป็นอย่างดีในการฝึกและบอกว่าจะไปฝึกต่อ เพื่อใช้ผ่อนคลาย จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมผู้ป่วยสนใจทำกิจกรรมมากขึ้น โดยเป็นผู้เริ่มถามเองว่าจะทำอะไรอย่างไรบ้าง และเมื่อให้ลองปฏิบัติสามารถทำได้ด้วยความเต็มใจ ไม่เมินเฉย หรือปฏิเสธ เมื่อจบกิจกรรมครั้งนี้ผู้วิจัยย้ำว่าครั้งหน้าจะพบกันครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าเปลี่ยนไป เฝียบพุดน้อยลง และบอกว่า น่าจะได้ทำแบบนี้ต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงอธิบายว่า ในการรักษาที่ได้รับจากสถานพยาบาล จะมีการพบปะแพทย์และพยาบาลตามนัดสม่ำเสมอถ้ามีปัญหาหรือ มีอาการผิดปกติใดใด สามารถมาพบและพุดคุยได้ที่แผนกจิตเวชศาสตร์

#### ครั้งที่ 6 ยุติการทำจิตบำบัดประคับประคอง

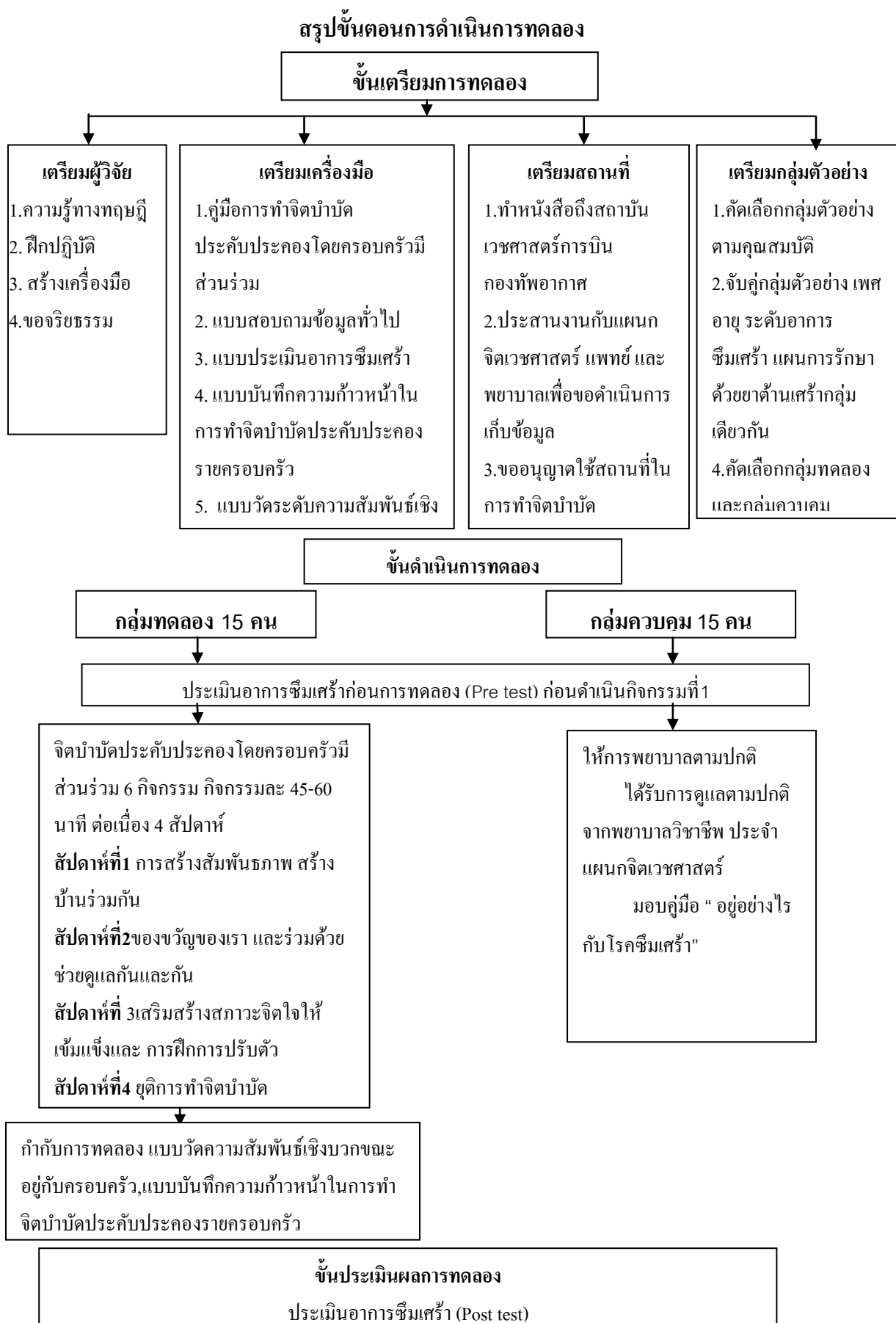
ในการทำกิจกรรมครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสพูดคุยมากขึ้นเมื่อ ประเมิน โดยการทบทวนและซักถามร่วมตอบคำถามได้ดี และบอกว่าจะนำสิ่งที่ได้รับไปทำกับ ครอบครัว และคู่มือที่ได้รับไปจะเก็บไว้เป็นอย่างดี การฝึกหายใจทั้งผู้ป่วยและญาติบอกว่าลองฝึก ทำแล้วรู้สึกดีผ่อนคลาย และยังแนะนำให้คนในบ้านทำบ้าง แต่รู้สึกเสียดายที่ น่าจะได้ทำกิจกรรม อีก ผู้วิจัยจึงได้กล่าวชื่นชมผู้ป่วยและญาติที่ร่วมกิจกรรมได้ดี และชี้แจงว่า เมื่อจบกิจกรรมยังสามารถพบกันได้ทั้งที่โรงพยาบาลหรือพยาบาลท่านอื่น และจะมีการทำกิจกรรมอื่นๆอีก ที่ผู้ป่วยและ ญาติสามารถร่วมกิจกรรมได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยลดอาการซึมเศร้า ลดการใช้ยาได้เช่นกัน และเมื่อจบ กิจกรรมประเมินอาการซึมเศร้าพบว่าอาการซึมเศร้าลดลง ผู้ป่วยและญาติแสดงความรู้สึกดีใจ ผู้ป่วย ถามว่า ถ้าเป็นแบบนี้หมอจะลดยาลงไหม ผู้วิจัยอธิบายว่า ต้องประเมินเป็นระยะๆ แต่ถ้าอาการดี ขึ้นเรื่อยๆผู้วิจัยเชื่อว่าแพทย์จะพิจารณาลดยาตามอาการ เมื่อยุติการทำจิตบำบัดประคับประคองราย ครอบครัวยุติการวิจัยให้ผู้ป่วยและญาติทราบข้อมูลที่ได้ และแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง จะเห็น ได้ว่า ผู้ป่วยและญาติมีความสนใจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม มากขึ้นในแต่ละครั้งและทำ กิจกรรมจนจบการวิจัย

จากการใช้แบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วยสูงอายุและสมาชิกครอบครัวต้องมีระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัวเพิ่มขึ้น ทุกราย โดยเพิ่มขึ้นอย่างน้อยหนึ่งระดับ ไม่มีรายใดลดลง

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน- หลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. วิเคราะห์เนื้อหาของการทำจิตบำบัดประคับประคองในแต่ละครั้ง ในประเด็นที่สำคัญทั้ง ความรู้สึก อารมณ์ พฤติกรรม และข้อมูลอื่นๆที่ได้จากผู้รับการบำบัดและครอบครัว





## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้จิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์รายครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จังหวัดกรุงเทพมหานคร อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV-TR จำนวน 30 ราย ซึ่งจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (Matched pair) ในเรื่องของเพศ อายุ ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า แผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกัน โดยมีการวัดคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest control group) ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยเสนอรายละเอียดตามลำดับดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 วิเคราะห์เนื้อหาของการทำจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ในแต่ละครั้ง ในประเด็นที่สำคัญทั้งความรู้สึก อารมณ์ พฤติกรรม และข้อมูลอื่นๆที่ได้จากผู้รับการบำบัดและครอบครัว

### ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม(n=15)		กลุ่มทดลอง(n=15)		รวม(n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1.เพศ</b>						
ชาย	7	46.7	6	40	13	43.3
หญิง	8	53.3	9	60	17	56.7
<b>2.อายุ</b>						
60-74 ปี	12	80	11	73.3	23	76.7
75-90ปี	3	20	4	26.7	7	23.3
อายุเฉลี่ย	69.1(SD=5.8)		70(SD=6.9)		69.6(SD=6.3)	
อายุสูงสุด	80		83		83	
อายุต่ำสุด	61		60		60	
<b>3.การศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	1	6.7	1	6.7	2	6.7
ประถม1-6	7	46.7	3	20	10	33.3
มัธยม1-6	1	6.7	6	40	7	23.3
อนุปริญญา	3	20	3	20	6	20
ปริญญาตรี	2	13.3	2	13.3	4	13.3
> ปริญญาตรี	1	6.7	0	0	1	3.3

จากตารางที่ 4 พบว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 60 ตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นอายุระหว่าง 60-74 คิดเป็นร้อยละ 80 และ 73.3 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 69.1 และ 70 ระดับการศึกษาในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.7 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40

ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว และโรคประจำตัว

ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		รวม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>4.สถานภาพ</b>						
โสด	1	6.7	3	20	4	13.3
คู่	9	60	8	53.3	17	56.7
หม้าย	4	26.7	3	20	7	23.3
หย่า	1	6.7	1	6.7	2	6.7
<b>5.อาชีพ</b>						
ไม่ได้ทำงาน	3	20	-	-	3	10
บ้านานู	8	53.3	8	53.3	16	53.3
ค้าขาย	-	-	1	6.7	1	3.3
อื่นๆ	4	26.7	6	40	10	33.3
<b>6.รายได้</b>						
เพียงพอ	14	93.3	12	80	26	86.7
ไม่เพียงพอ	1	6.7	3	20	4	13.3
<b>7.ครอบครัว</b>						
ครอบครัวเดี่ยว	9	60	5	33.3	14	46.7
ครอบครัวขยาย	6	40	10	66.7	16	53.3
<b>8.โรคประจำตัว</b>						
ไม่มี	-	-	2	13.3	2	6.7
เบาหวาน	1	6.7	-	-	1	3.3
ความดันโลหิตสูง	6	40	3	20	9	30
ไตวาย	-	-	1	6.7	1	3.3
กระดูกเสื่อม	1	6.7	1	6.7	2	6.7
ต้อกระจก	-	-	1	6.7	1	3.3
>1โรค	7	46.7	7	46.7	14	46.7

จากตารางที่ 5 พบว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่าง สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 60 และ 53.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 53.3 ในทั้งสองกลุ่ม มีรายได้เพียงพอเป็นส่วนใหญ่ ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 93.3 และ 80 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นลักษณะครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 66.7 ในทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวทางกายมากกว่า 1 โรคเป็นส่วนใหญ่ในจำนวนที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 40 และ 20 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนอาการซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>				
ก่อนการทดลอง	23.6	4.74	8.798	0.00
หลังการทดลอง	18.26	5.06		
<b>กลุ่มควบคุม</b>				
ก่อนการทดลอง	23.2	4.81	1.031	0.32
หลังการทดลอง	22.40	4.99		

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $t=8.798$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนอาการซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>				
กลุ่มทดลอง	23.60	4.74	.23	0.82
กลุ่มควบคุม	23.20	4.81		
<b>หลังการทดลอง</b>				
กลุ่มทดลอง	18.26	5.06	-2.25	0.03
กลุ่มควบคุม	22.40	4.99		

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $t = -2.25$ )

ตอนที่ 4 วิเคราะห์เนื้อหาของการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองในแต่ละครั้ง ในประเด็นที่สำคัญทั้ง พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก และข้อมูลอื่นๆที่ได้จากผู้รับการบำบัดและครอบครัว

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง โดยครอบครัวมีส่วนร่วมจากการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการบันทึกในเครื่องมือกำกับการทดลอง แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในครั้งนี้ พบว่านอกจากจะทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลงและยังพบประเด็น ดังต่อไปนี้จากการวิจัย

#### 1. ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ผู้ป่วยและญาติมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน มีความรักใคร่ผูกพันกันมากขึ้น เนื่องด้วยจากการทำกิจกรรม สมาชิกครอบครัวมีความเอาใจใส่เอื้ออาทรต่อผู้ป่วยเมื่อร่วมทำกิจกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมวาดภาพ และกิจกรรมของขวัญ ผู้ป่วยเห็นความใส่ใจของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยขณะทำกิจกรรมได้ ในกิจกรรมสร้างบ้านร่วมกัน พบความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ได้อย่างชัดเจน จาก การพูด และพฤติกรรม เช่น

“ แม่อยากที่บ้านเรามีอะไร”

“ แม่ชอบทำบุญตักบาตรอยู่บ้านใกล้วัดดีไหม”

“ คุณลุงชอบต้นไม้ไหม เราปลูกต้นไม้ตรงไหนดี”

“ ลุงชอบต้นไม้ อยากไปอยู่บนเนินเขาที่มีต้นไม้”

“ ว่างๆเราไปเที่ยวกันไหม ชวนคนอื่นไปด้วย”

“ อยากให้ใครมาอยู่บ้านเราอีก จะได้ชวนมานอนกับคุณยาย”

“ บางรายกล่าวว่า ทำแบบนี้ก็สนุกดีไว้กลับไปทำที่บ้านกับหลานบ้างในวันหยุด”

ขณะทำกิจกรรมบางครอบครัว ใช้สัมผัสต่อกันเช่น จับมือช่วยเหลือ กอดเมือให้ของขวัญกัน ในกิจกรรมของขวัญ ผู้ป่วยและญาติร่วมทำกิจกรรมโดยช่วยเหลือเกื้อกูลกันจนทำสำเร็จ เช่น ผู้ป่วยแปะกาบส่งให้สมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยติดโบว์ ผู้ป่วยจะคอยบอกว่าแปะให้เรียบร้อยสวยๆ บางรายสมาชิกครอบครัวทากาวให้ผู้ป่วยและช่วยแปะ และชักชวนผู้ป่วยไปทำเองที่บ้านบ้างจะไปทำร่วมกับคนอื่นในบ้านบ้าง

ในกิจกรรมร่วมด้วยช่วยกันดูแลสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่แสดงความสนใจที่อยากรับรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแลผู้ป่วย อยากมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยและวิธีการที่ถูกต้องในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย และเมื่อได้คู่มือผู้ป่วย และ คู่มือญาติ ส่วนใหญ่จะบอกจะนำไปแบ่งให้คนในบ้านอ่าน และจะไปพูดคุยกบอกคนในบ้านว่าควรทำอะไรต่อผู้ป่วย เพราะมีสมาชิกคนอื่นยังไม่สนใจดูแลผู้ป่วย และมีความขัดแย้งกับผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงความห่วงใยเอาใจใส่ต่อกันและกัน โดยเฉพาะสมาชิก



ครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันต่อผู้ป่วยมากขึ้นผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวรับรู้ว่าการอยู่ร่วมกันกับครอบครัวการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีความรักใคร่ ห่วงใยกันและกันส่งผลต่อการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้

## 2. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์

ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์ หลังร่วมการทำกิจกรรม จากเฉยเมยไม่สนใจ มีความยินดีเมื่อพบผู้วิจัย เมื่อทำกิจกรรมยิ้มแย้มมากขึ้นส่วนใหญ่จะเห็นได้ชัดในการบำบัดครั้งที่ 3 เป็นต้นไป

สมาชิกครอบครัวบางรายที่ในระยะแรกดูห่างเหินกับผู้ป่วยเมื่อร่วมกิจกรรมจนถึงกิจกรรมของขวัญ อารมณ์ที่ห่างเหินเมื่อนเฉยต่อกันเปลี่ยนแปลงเป็นสนใจยิ้มแย้มช่วยเหลือประคองตัวของขวัญ บางครั้งการได้ระบายออกทางอารมณ์ คำพูดกับคนที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ จะเป็นการผ่อนคลายและลดอาการซึมเศร้าได้

## 3. การเปลี่ยนแปลงมุมมองของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

ผู้ป่วย มีความคิดเห็นในมุมมองใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิมหลังจากร่วมกิจกรรมสร้างสภาวะจิต เช่น

“ เวลาป่วยบางครั้งก็มีเรื่องดิ้นะ มีคนมาเยี่ยม มีลูกหลานมาหาเวลาไม่ป่วยอาจจะไม่เห็นหน้าไม่เจอกัน แล้วผู้ป่วยหัวเราะเล็กน้อย”

“ ตอนนี้อย่างนี้แล้วเมื่อก่อนมีงานทำเจอคนมากมาย แต่ก็อย่างที่คุณพยาบาลบอกบางครั้งเราทำงานมาหนักทั้งชีวิตได้พักบ้างก็ดี ให้ลูกหลาน เลี้ยงดูทดแทนบ้าง”

“เมื่อก่อนกังวลเรื่องลูกหลาน กลัวจะเกร กลัวดิ้นๆตื่นเกิดอุบัติเหตุหรือเป็นอะไรต่าง ๆ นานา ต่อไปนี่ต้องคิดใหม่ในทางที่ดีบ้าง”

“เมื่อก่อนไม่อยากออกไปพบปะกับใครไม่อยากพูดกับใคร วันหลังพาพ่อไปหาอา..... บ้างนะ หรือไว้ไปเยี่ยมบ้านลุง...บ้าง จะได้ไม่มีคนมองว่าเราไม่คบใครเราหยิ่ง”

“ มาหาหมอบ่อยๆก็ดิ้นะได้เจอคนอื่นๆ คนป่วยเหมือนเราบ้าง จริงๆแล้วที่นี้ไม่น่ากลัวนะ ไม่เหมือนโรงพยาบาลจิตเวชที่ฟังแล้วอายที่จะไป”

สมาชิกครอบครัว มีมุมมองต่อผู้ป่วยดีขึ้นสนใจที่จะช่วยเหลือ เปลี่ยนจากเดิมเช่น เดิมเพียงพามารับยาหาหมอ บางรายบอกว่าอยู่บ้านก็ไม่ค่อยคุยไม่ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน คิดว่าผู้ป่วยอยากพักผ่อน ปล่อยให้อยู่คนเดียว รู้สึกว่าคุยกับผู้ป่วยยาก บางรายต้องการให้สมาชิกคนอื่นๆในบ้านเข้าใจเหมือนที่ตนเองเข้าใจจะได้มาร่วมทำกิจกรรมหรือชวนผู้ป่วยคุยบ้าง และมีอีกหลายรายที่มองว่าโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตไม่น่ารังเกียจ หรือน่ากลัว หรือต้องอายคนอื่น ๆ ว่ามีญาติเป็นโรคทางจิต และมุมมองสำหรับตัวสมาชิกครอบครัวเองและผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการช่วยเหลือกันและกัน

สนับสนุน ปรึกษาปรึกษาทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์จะช่วยให้อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแรงสนับสนุนของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การสนับสนุนของครอบครัวส่งผลดีต่ออาการซึมเศร้าและการเปลี่ยนแปลงตัวเองของผู้ป่วย การมองสิ่งต่างๆผู้ป่วยมีมุมมองที่ดี ไม่มองเพียงด้านที่ทำให้ทุกข์เท่านั้น ซึ่งสมาชิกครอบครัวเป็นกำลังใจที่สำคัญต่อการเกิดมุมมองใหม่ อีกทั้งการเห็นความสำคัญของผู้ป่วย ให้ความสนใจ ห่วงใย และจัดกิจกรรม พาไปท่องเที่ยว หรือพบปะผู้อื่นยังส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองมีความสำคัญเป็นที่ต้องการของคนอื่น จะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest control group designs) เพื่อศึกษาผลของการใช้จิตบำบัดระดับประคับประคองรายโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตัวแปรต้น คือ การใช้จิตบำบัดระดับประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ตัวแปรตามคืออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังได้รับจิตบำบัดระดับประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับจิตบำบัดระดับประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังจากได้รับจิตบำบัดระดับประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีอาการซึมเศร้ามลดลง
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังจากได้รับจิตบำบัดระดับประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีอาการซึมเศร้ามลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV-TR เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชศาสตร์

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV-TR เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชศาสตร์ของสถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ภายหลังจากโครงร่างวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการและได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยสำรวจข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกจิตเวชศาสตร์ จากทะเบียน การนัดหมาย และจากระบบสารสนเทศ โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) และในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกจิตเวชศาสตร์ พร้อมประเมินคุณสมบัติตามเกณฑ์

2. เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์จากทะเบียนประวัติการนัดหมาย แล้วจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยโดยความสมัครใจ และอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นจึงให้ลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลอง โดยการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ผู้วิจัยจับคู่ตามเพศ อายุ ระดับอาการซึมเศร้าเนื่องจากตัวแปรทั้ง 3 มีผลต่อการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Kenndy, 2003; รัชชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ อดุมรัตน์, 2551; พรพรรณ ศรีโสภา, 2552) โดยผู้วิจัยคัดเลือกจากทะเบียนประวัติตามคุณสมบัติและการจับคู่ และเข้าพบกลุ่มทดลองจำนวน 20 คนแรก เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมารับบริการมีจำนวนไม่มากพอที่จะคัดเลือกทั้ง 30 คนได้ในครั้งเดียว ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มทดลองก่อนแล้วจึงเลือกกลุ่มควบคุมที่มีเพศ อายุ ระดับอาการซึมเศร้า ใกล้เคียงกัน ระหว่างดำเนินการทดลองมีกลุ่มทดลองที่คัดเลือกไว้ 20 คู่ ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ครบ จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยได้ทั้งหมด 15 คู่

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้อธิบายบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลขั้นตอนต่างๆของการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ในทุกกรณีและไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างจากการวิจัยครั้งนี้ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธหรือตอบรับการมีส่วนร่วมในการวิจัยได้ หากตอบรับการมีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ก่อนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้นำโครงการวิจัย จิตบำบัดระดับประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม พร้อมเครื่องมือและคู่มือสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต่อโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และสถาบันเวชศาสตร์การbin กองทัพอากาศ ซึ่งมีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 5 ท่าน ร่วมพิจารณาความเห็นชอบในการอนุมัติการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ประกาศ ณ กันยายน 2554

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย คู่มือจิตบำบัดระดับประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดจิตบำบัดระดับประคับประคองของ Winston, Rosenthal and Pinsky (2004) โดยนำครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรม มากำหนดโครงสร้างของกิจกรรมแต่ละขั้นตอนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งดำเนินการเป็นรายครอบครัว ประกอบด้วยการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ตามกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง ทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง สมาชิกครอบครัวของผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ดำเนินการดังนี้

ระยะเริ่มต้น(Beginning)

การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการสร้างบ้านร่วมกัน เป็นการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจ และการทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เป็นการบำบัดที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือทำให้อาการดีขึ้น และคงไว้ซึ่งฟื้นฟู มีเป้าหมายในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยรับฟังเก็บข้อมูลเพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน เกิดการยอมรับซึ่งกันและกันไว้วางใจกันเกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม

ระยะกลาง(Middle stages)

การบำบัดครั้งที่ 2 ร่วมด้วยช่วยเหลือแลกเปลี่ยนและกัน ผู้บำบัดจะเป็นผู้สนับสนุน ปฏิบัติการตอบสนองต่อผู้รับการบำบัด ส่งเสริมการใช้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองของผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัว สามารถสังเกตเฝ้าระวังอาการรุนแรงของโรค การกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังป้องกันการเกิดโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชในครอบครัวสังคมได้ และเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชนได้

การบำบัดครั้งที่ 3 กิจกรรมของขวัญของเราเป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) รับรู้ภาพรวมที่เกี่ยวกับการมีคุณค่าในตนเองนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคงและเป็นสุขใจ ตระหนักถึงในศักยภาพของตนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

การบำบัดครั้งที่ 4 เสริมสร้างสถานะจิตให้เข้มแข็ง เพื่อส่งเสริมการปรับปรุงการทำงานของสถานะจิต (Ego function) สถานะจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ ความรู้สึกสามารถเผชิญสถานการณ์ที่กดดัน และ เกิดมุมมองทางบวกต่อสถานการณ์กดดันเหล่านั้น เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของสถานะจิต

การบำบัดครั้งที่ 5 กิจกรรมการฝึกการปรับตัว เป็นการเสริมกลไกทางจิตให้เข้มแข็งมากขึ้น การเพิ่มทักษะในการปรับตัว(Adaption skill) การเตรียมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการปรับตัวลดการกลับเป็นซ้ำได้ อีกทั้งเพื่อปรับปรุงการทำงานของสถานะจิตให้มั่นคงโดยผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อการจัดการอารมณ์ความรู้สึกของตน เกิดการเรียนรู้เพื่อที่จัดการความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆที่อาจเข้ามาในชีวิตของตนโดยจัดกิจกรรมการปรับตัวในด้าน การผ่อนคลายความเครียด

#### ระยะยุติการบำบัด (Terminate)

การบำบัดครั้งที่ 6 ยุติการทำจิตบำบัดประคับประคอง เป็นการยุติการทำจิตบำบัดประคับประคอง เมื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด มีความเข้าใจ ยอมรับตนเองมากขึ้น มีความรับผิดชอบในความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตน มีพัฒนาการด้านจิตอารมณ์ มีความเข้าใจตนเองในด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น เกิดการเรียนรู้วิถีคิดใหม่ๆมองปัญหาใหม่และพฤติกรรมใหม่ เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาด้วยวิธีต่างๆ ทบทวนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแล กิจกรรมเพื่อเสริมคุณค่าในตนเอง เสริมสร้างสถานะจิตให้เข้มแข็งการคิดเชิงบวก กิจกรรมการฝึกการปรับตัว การผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจ ในระยะนี้การส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจมีความสำคัญจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่มีความมั่นใจในตนเอง เกิดความรู้สึกต้องการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ ลักษณะครอบครัว และโรคประจำตัวทางกาย

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression Thai version (17) (มานิช หล่อตระกูล, 2539) ใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า มี 17 ข้อคำถาม จัดกลุ่มระดับคะแนนตามความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ดังนี้ 0-6 แสดงว่าไม่มีอาการซึมเศร้า ,

7-12 คะแนน แสดงว่ามีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย , 13-17 คะแนนแสดงว่ามีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง 18-29 แสดงว่ามีอาการซึมเศร้าในระดับมาก และมากกว่าหรือเท่ากับ 30 แสดงว่ามีอาการซึมเศร้ารุนแรง

### 3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์รายครอบครัว เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินความสนใจในการทำกิจกรรม ทั้งด้าน พฤติกรรม ความรู้สึก และอารมณ์ ทั้งก่อน ขณะ และหลังทำ เหนือกว่ากำกับการทดลอง

ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์กำกับการทดลองไว้ว่ากลุ่มตัวอย่างต้องร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

3.2 แบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อนำมาประเมินความสัมพันธ์เชิงบวกหลังร่วมกิจกรรม แบบวัดจัดทำเป็น Scale วัดระดับ 1-5 โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามกลุ่มตัวอย่างเอง

### การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยผู้วิจัยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนการวิจัยขั้นดำเนินการวิจัย และขั้นประเมินผลการวิจัย เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้อง ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัยซึ่งมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัยในด้านความรู้ แนวคิดทฤษฎีโรคซึมเศร้า การบำบัดรักษา การพยาบาล โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง เข้ารับการศึกษาวินิจฉัยเลือกในภาคทฤษฎีและปฏิบัติการให้ปรึกษาด้านสุขภาพในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 หน่วยกิต และในวิชาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนได้รับการรับประสบการณ์การเรียนและการฝึกกับอาจารย์พยาบาล และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (Advanced Practice Nurse) ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายใต้การดูแลของพยาบาลชำนาญการ (APN) ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ในเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2554 ทุกวันศุกร์

1.2 เตรียมเครื่องมือวิจัย สร้างโปรแกรมจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์รายครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ทั้งหมดจากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้พัฒนาเป็นโปรแกรมที่มีความถูกต้องเหมาะสมในการนำไปใช้ในการทดลอง

1.3 ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์พร้อมด้วยเครื่องมือในการทำกรวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อผ่านการอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ จึงเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชศาสตร์ เพื่อประสานงานในการดำเนินการวิจัย

#### 1.4 เตรียมสถานที่ดำเนินการวิจัย

1.5 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน สถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเหมือนกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับอาการซึมเศร้า แผนการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในกลุ่มเดียวกัน

1.6 เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและจับคู่แล้ว จึงดำเนินการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวในการดำเนินการจัดบำบัดประคับประคองรายครอบครัว

## 2 ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ดำเนินการในกลุ่มควบคุมดังนี้ ผู้วิจัยให้ตอบแบบประเมินแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และผู้วิจัยประเมินแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre test) ให้กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกจัดให้ผู้ป่วยเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ให้คำแนะนำตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การแก้ปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน การบริการก่อนพบแพทย์ และการรักษาต่อเนื่องตามนัด นัดพบกลุ่มควบคุมในอีก 4 สัปดาห์ เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post test) ซึ่งผู้วิจัยจะนัดให้ตรงกับ วันที่ผู้ป่วยมารับยา และมาพบแพทย์ตามนัดประจำเดือน

2.2 ดำเนินการในกลุ่มทดลองดังนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทำจัดบำบัดประคับประคองรายครอบครัวในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลทั้งที่แผนกจิตเวชศาสตร์ และที่บ้านของผู้ป่วย จำนวน 15 ราย ตามวัน เวลาที่กำหนด โดยดำเนินกิจกรรม 6 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์เป็นรายบุคคล ใช้เวลาตั้งแต่เดือนวันที่ 7 ธันวาคม 2554 –วันที่ 9 มีนาคม 2555 ในแต่ละรายใช้เวลา 4 สัปดาห์ซึ่งได้ตกลงนัดหมายกับผู้ป่วยและญาติโดยให้ผู้ป่วยและญาติมีทางเลือกสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และผู้วิจัยประเมินแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre test) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการจัดบำบัดประคับประคองรายครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์แรก 1 กิจกรรม สัปดาห์ที่สอง 2 กิจกรรม สัปดาห์ที่สาม 2 กิจกรรม และสัปดาห์สุดท้าย 1 กิจกรรม รวม 6 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 45-60 นาที โดยถ้าในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกมาโรงพยาบาล จะขออนุญาตผู้ป่วยดำเนินกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วย และในสัปดาห์สุดท้ายจะขอความร่วมมือในการ



ประเมินแบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว และสิ้นสุดการดำเนินการทดลอง โดยจะนัดให้ตรงกับวันนัดพบแพทย์และรับยา เพื่อความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินการทดลอง กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

### 3. ขั้นตอนประเมินผลการวิจัย

ผู้วิจัยประเมินอาการซึมเศร้า ของทั้งสองกลุ่ม ประเมินระดับความสัมพันธ์เชิงบวกในการอยู่ร่วมกับครอบครัวในกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการทำจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในสัปดาห์ที่ 4 และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนการนำไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน-หลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. วิเคราะห์เนื้อหาของการทำจิตบำบัดประคับประคองในแต่ละครั้ง ในประเด็นที่สำคัญทั้งความรู้สึก อารมณ์ พฤติกรรม และข้อมูลอื่นๆที่ได้จากผู้รับการบำบัดและครอบครัว

#### สรุปผลการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังได้รับจิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับจิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของกลุ่มทดลองที่ได้รับจิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าภายหลังจากที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีอาการซึมเศร้ามลดลง และลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงสรุปได้ว่าจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้

## อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังจากได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีอาการซึมเศร้ามลดลง ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน ดังต่อไปนี้

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 56.7 และ 43.3 ตามลำดับ สอดคล้องกับ การรายงานประจำปี 2552 ของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำแนกตาม ICD 10 ในเพศชาย พบจำนวน 16,373 คน คิดเป็นร้อยละ 22.15 ในเพศหญิง พบจำนวน 23,965 คน คิดเป็นร้อยละ 24.86 (กรมสุขภาพจิต, 2552) และพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะสูงที่สุดอันดับ 4 ในผู้หญิงและอันดับ 10 ในผู้ชาย และพบว่าจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความพิการหรือการเจ็บป่วย (Years Lived with Disability YLDs) ในผู้หญิงอยู่ในอันดับที่ 1 และในผู้ชายอยู่ในอันดับที่ 2 (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2552) ในด้านอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60- 74 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยสูงอายุตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 76.7 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 69.6 ปี ซึ่งในวัยสูงอายุตอนต้นจะเป็นช่วงวัยที่การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การปลดเกษียณอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียบทบาททางสังคมการเป็นผู้นำ การขาดจากตำแหน่งหน้าที่การงาน เปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมจากเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นได้รับการเลี้ยงดูจากลูกหลาน รายได้ลดลง ต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ สูญเสียความสามารถในการพึ่งตนเอง ทั้งด้านความเป็นอยู่ ความคิด และการเลี้ยงดูตนเอง การลดความสัมพันธ์กับชุมชน จากบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก สมรรถภาพลดถอย ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยแต่เดิมลดลง เปลี่ยน ไปสู่สภาพสังคมใหม่ ความเครียดดังกล่าว เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าในที่สุด สังคมของผู้สูงอายุจะแคบลงตามลำดับและแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น เหลือเพียงครอบครัว เพื่อนและวัดเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงของสังคมนี้เป็นความสูญเสียที่มากที่สุดอย่างหนึ่งของชีวิต บทบาททางสังคมลดลง มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง กิจกรรมทางสังคมลดลง (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549)

ในด้านลักษณะของครอบครัวในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มควบคุมมีลักษณะเป็น ครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 60 และในกลุ่มทดลอง เป็นครอบครัวขยาย มากกว่าครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 66.7 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในครอบครัวขยาย ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวให้ความร่วมมือที่จะดำเนินกิจกรรมให้ผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวต้องการมีส่วน

ร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าในครอบครัวเดี่ยว สำหรับโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40 และ 20 ตามลำดับ และยังพบว่า มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ในทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 46.7 จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยทางกายมักเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคประจำตัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสเกิดโรคร่วมทางกายได้มากและรุนแรงกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้าและในทางกลับกันผู้ที่เป็นโรคทางกายเช่น ข้อเข่าเสื่อม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าเช่นกัน ( Ebersole et al., 2004)

ในด้านการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับ มัธยมศึกษา และ อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 33.3 , 23.3 และ 20 ตามลำดับ ถ้าแยกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกันพบว่า กลุ่มควบคุมมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 46.7 และกลุ่มทดลอง มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40 ในด้านสถานภาพสมรส ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรส คู่มากที่สุดทั้งสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 60 และ 53.3 ตามลำดับ อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 53.3 ทั้งสองกลุ่ม และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 93.3 และ 80 ตามลำดับ จากการวิจัยครั้งนี้พบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และความเพียงพอของรายได้มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยภาพรวม

## ตอนที่ 2 อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

จากผลการวิจัยพบว่า

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่าก่อนได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของกลุ่มทดลองที่ได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลงหลังได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การทำจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมตามแนวคิด Winston et al., (2004) โดยกิจกรรมที่จัดกระทำลดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต เพิ่มความมั่นคงของกลไกทางจิต เพิ่มทักษะในการปรับตัว ส่งเสริมการสนับสนุนการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ที่

อบอุ่นในครอบครัว การสื่อสารที่เหมาะสม การช่วยเหลือดูแล ขอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งจะส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วย สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การรับรู้สภาพปัญหาในครอบครัว และการร่วมกันหาหนทางแก้ไขจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหมาย มีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวจึงเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่ง จะเห็นได้ว่าครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมจะเกิดการสนับสนุนของครอบครัวที่ดีส่งเสริมให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีสามารถลดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งช่วยให้บุคคลผู้นั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีถูกต้อง (ชนวรรณ พยุงผล, 2545) ซึ่งจากการศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีความต้องการการดูแลในเรื่องของการทำจิตบำบัดทางสังคม และทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน อีกทั้งครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนที่สำคัญต่อการช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ และ ส่งเสริมต่อการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

สมมติฐานข้อที่ 2 ผลการเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า อาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 อีกทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ภายหลังจากร่วมกิจกรรมมีความสัมพันธ์ต่อกันดีขึ้น ในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 5 ราย มีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และมี 1 รายที่อาการคงเดิม แต่ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนอาการซึมเศร่าลดลงทุกราย ภายหลังจากได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 10) นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ เพศ (Kenndy, 2003; ธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ อดมรัตน์, 2551) อายุ(พรพรรณ ศรี โสภา, 2552) คะแนนอาการซึมเศร้า และแผนการรักษาทางยาที่อยู่ในกลุ่มยาต้านอาการซึมเศร่ากลุ่มเดียวกัน โดยทำการจับคู่ตัวแปรแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด เป็นการใช่วิธีการควบคุมตัวแปร โดยการควบคุมความแตกต่างภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อลดความแตกต่างในกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบภายหลังได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม จะพบว่าในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับจิตบำบัดประคับประคองมีคะแนนอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และคงเดิม ส่วนกลุ่มทดลอง ภายหลังจากทดลองมีอาการซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การบำบัดจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง

ผลของการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าจิตบำบัดประคับประคอง โดยครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นรูปแบบหนึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชซึ่งมีคุณภาพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สามารถลดอาการซึมเศร้า และยังทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว และผู้วิจัยได้พัฒนาในเรื่องดังต่อไปนี้ โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ปรับปรุงสภาวะจิต สร้างความเข้มแข็งของสภาวะจิต และการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ดังที่กล่าวมาในข้อที่ 1 จากการจัดกระทำดังกล่าว มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้ามลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าจิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัวสามารถลดอาการซึมเศร้าได้แตกต่างจากการให้การพยาบาลตามปกติ ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่ยังไม่ได้มีการให้การบำบัดทางจิตสังคม อีกทั้งการเข้าใจในโครงสร้างครอบครัว การประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับครอบครัวมีความจำเป็นต่อการประเมินและนำมาให้การวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย

นอกจากนั้น ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยในภาพรวมของประสิทธิภาพของจิตบำบัดประคับประคอง โดยครอบครัวมีส่วนร่วมโดยอภิปรายในรูปแบบของการประยุกต์จิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิด Winston et al. ( 2004 ) โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตลอดระยะเวลาการดำเนินการของจิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัวได้ดังนี้

### 1. ระยะเริ่มต้น(Beginning)

เป็นการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพเป็นระยะสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัดเพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกันระหว่างผู้บำบัด ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัว ซึ่งกิจกรรมมีเป้าหมายในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย กำหนดขอบเขตการบำบัด การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวย และเป็นสัดส่วน ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือต่อการบำบัดและเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย โดยผู้บำบัดเป็นผู้รับฟังปัญหา และมีบทบาทในการแนะนำช่วยเหลือ ช่วยแก้ไขปัญหาวงแวดล้อมโดยผู้บำบัดจะเริ่มต้นประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติความเป็นมา ประวัติทั้งส่วนตัวและครอบครัว ประเมินปัญหา ในขั้นตอนนี้เป็นการเริ่มต้นสร้างความคุ้นเคยการยอมรับนับถือความเป็นบุคคล ยอมรับในศักยภาพและความสามารถของผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัว ซึ่งมีผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ในด้านการใช้สัมพันธภาพในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายลดภาวะซึมเศร้าได้ (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548)

ในขั้นตอนนี้โดยการดำเนินการในระยะนี้ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ เป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกันเป็นการสร้างความสัมพันธ์เชิงบำบัด ซึ่งมีความสำคัญโดยต้องคำนึงไว้เสมอว่าการแนะนำในขณะที่ยังไม่มีความสัมพันธ์อันดีนั้นมีผลน้อยต่อการบำบัดในการวิจัยครั้งนี้ ในระยะแรกของการตกลงร่วมกับกลุ่มทดลองในการร่วมกิจกรรม ทั้งผู้ป่วยและสมาชิก

ครอบครัวยังมีความลึกลับในตัวของบัพการสนทนาเป็นไปในลักษณะการฟังมากกว่าสำหรับผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้สนใจซักถามมากกว่า เนื่องด้วยผู้สูงอายุมีการคิด การรับรู้ที่ค่อนข้างช้า สมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้ให้คำอธิบายต่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และ ผู้ป่วยมีความคาดหวังไว้วางใจในสมาชิกในครอบครัวมากกว่า เมื่อสนทนาดำเนินโดยผู้บัพการให้ข้อมูลการ วิจัยการบำบัดรักษาและการเก็บความลับ รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เริ่มผ่อนคลายและเกิดความไว้วางใจ สนใจร่วมทำกิจกรรม

เมื่ออธิบายการดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการ วาดรูป แต่มีในบางรายที่ลังเลสงสัยกังวลเกี่ยวกับการวาดรูป โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลและวัตถุประสงค์ การวาดรูปในกิจกรรมนี้ โดยเพียงต้องการให้เกิดการทำกิจกรรมร่วมกัน และเพื่อประเมินความ ต้องการและการได้ระบายความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งประโยชน์ของการวาดภาพนั้นช่วยให้คุณสามารถ ระบายออกทางอารมณ์ ในยาม ที่คุณรู้สึกเศร้า โดยไม่ต้องกังวลว่าเราต้องเป็นศิลปินหรือมีฝีมือแ ก่ ไหน(ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, 2551) ซึ่งการศึกษา ของชูวิทย์ รัตนพลแสนย์ ได้ศึกษาผลของการใช้ ศิลปะบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าพบ โปรแกรมศิลปบำบัดลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ในกลุ่มทดลองที่ร่วมกิจกรรม พบว่าส่วนใหญ่ ผู้ที่เป็นผู้วาดรูปเป็นสมาชิกครอบครัว ส่วนผู้ป่วยจะเป็นผู้บอกความต้องการที่จะให้เกิดขึ้นในภาพ โดยต้องได้รับการกระตุ้นจากผู้วิจัย และสมาชิกครอบครัว และในการระบายสี ผู้ป่วยและสมาชิก ครอบครัวร่วมกันระบายสี ซึ่งบรรยากาศของการร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยดีผ่อนคลายเกิดความ สนุกสนาน มีความเอื้ออาทรกัน สนใจซึ่งกันและกันการนำศิลปะมาร่วมในการสร้างสัมพันธ์ภาพ ส่งผลให้เกิดบรรยากาศการดำเนินกิจกรรมที่ดี

นอกจากนี้ เมื่อสิ้นสุดการทำกิจกรรม ญาติหรือสมาชิกครอบครัวแสดงความสนใจที่จะนำ การวาดรูปไปใช้เมื่ออยู่บ้าน สิ่งที่ได้จากการระบายออกทางวาดภาพบ้านสะท้อนให้เห็นความ ต้องการของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆลักษณะอาการของผู้สูงอายุโรค ซึมเศร้าจะมีอาการผิดปกติที่แสดงออก ดังเห็นได้จากภาพที่วาดออกมาจากความคิดของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าสูงอายุที่มีความต้องการพื้นฐานต่างๆทั้งในด้านความรักจากบุคคลที่ตนรัก ความต้องการ ด้านจิตวิญญาณ และการใช้ชีวิตในบั้นปลายในสถานที่ที่ตนรู้สึกปลอดภัย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มี ความสัมพันธ์ต่ออาการซึมเศร้าเมื่อครอบครัวรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุใน ด้านต่างๆที่ผู้สูงอายุระบายออกมาครอบครัวจะเกิดความเข้าใจผู้ป่วยสูงอายุและส่งเสริมการพัฒนา ด้านต่างๆเหล่านี้ของผู้สูงอายุ อีกทั้งการสะท้อนความต้องการ ความเชื่อของผู้สูงอายุในเรื่องต่างๆ นอกจากนี้ ผลที่ได้จากการวาดภาพเป็นการสะท้อนความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ ช่วยให้ ครอบครัวเข้าใจในความต้องการเกิดความสัมพันธ์ อันดีต่อกันและเกิดการสนับสนุนจากครอบครัว

ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และลดปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าจึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอย่างเอาใจใส่และเข้าใจความต้องการตามความเป็นจริงมีอาการซึมเศร้ามลดลง

ผู้ป่วยและญาติมีความรักใคร่ผูกพันกันมากขึ้น เกิดความเอาใจใส่เอื้ออาทร ผู้ป่วยเห็นความใส่ใจของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยขณะทำกิจกรรม ซึ่งความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ อาจเป็นการแนะนำ ชี้แนะ ให้กำลังใจ ซึ่งถ้าขาดการสนับสนุนด้านนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดหวังต่อแท้ ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวรับรู้ว่าการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีความรักใคร่ ห่วงใยกัน และกันส่งผลต่อการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ อีกทั้งสะท้อนความต้องการของผู้ป่วยทำให้ครอบครัวมีความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย เช่น รูปบ้านที่มีหิ้งพระ บ้านอยู่ใกล้วัด ต้องการ دکบาตรทุกเช้า ไปวัด ในวันพระ วันสำคัญทางศาสนา การตายอย่างสงบ รูปบ้านที่มีต้นไม้ ผู้ป่วยรายนี้รักต้นไม้หลังเกษียณได้ปลูกต้นไม้ ให้มีสมาชิกภายในครอบครัวอยู่ร่วมกันหลายคน ทั้งลูกหลาน และ ต้องการอยู่บ้านที่ต่างจังหวัดชนบท ที่มีทุ่งหญ้าภูเขา เป็นต้น จากการสื่อออกมาในรูปทำให้สมาชิกเข้าใจในความต้องการ พร้อมตอบสนองความต้องการเหล่านั้น เกิดความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวมากขึ้น ดังตัวอย่างการสนทนา เช่น

“แม่อยากให้บ้านเรามีอะไร”

“แม่ชอบทำบุญตักบาตรอยู่บ้านใกล้วัดดีไหม”

“คุณลุงชอบต้นไม้ใช่ไหม เราปลูกต้นไม้ตรงไหนดี”

“ลุงชอบต้นไม้ อยากไปอยู่บนเนินเขาที่มีต้นไม้”

“ว่างๆเราไปเที่ยวกันไหม ชวนคนอื่นไปด้วย”

“อยากให้ใครมาอยู่บ้านเราอีก จะได้ชวนมานอนกับคุณยาย”

“ทำแบบนี้ก็สนุกดี ว่างกลับไปทำที่บ้านกับหลานบ้างในวันหยุด”

ซึ่งจากการสนทนาสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์อันดีต่อกันในครอบครัว

**2. ระยะกลาง(Middle stages)** เป็นระยะตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงบำบัดมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดแรงกดดัน แต่คงสภาพโครงสร้างของบุคลิกภาพเดิม ไม่ขุดคุ้ยลงไปหาความขัดแย้งในจิตไร้สำนึก ใช้วิธีการต่าง ๆ ลดความเครียด ลดแรงกดดันต่อจิตใจของผู้ป่วย เช่น การสอนแนะนำ การให้ความมั่นใจ การผ่อนคลายความเครียด การเผชิญปัญหาการสื่อสาร การเปลี่ยนมุมมองใหม่ ผู้บำบัดนำเทคนิคของการทำจิตบำบัดประคับประคอง ตามแนวคิดของ Winston et al. (2004) ที่กล่าวว่า การบำบัดประกอบด้วย 2 ส่วน คือการทำให้อาการดีขึ้น และคงไว้หรือฟื้นฟู โดยเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต เพิ่มทักษะในการปรับตัว โดยผู้รับ

การบำบัดมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อความรู้สึก อารมณ์ และปัญหาของตน เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เพื่อที่จัดการสถานการณ์ต่างๆที่อาจเข้ามาในชีวิตของตน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ การบำบัดครั้งที่ 2 ร่วมด้วยช่วยดูแลกันและกัน การบำบัดครั้งที่ 3 กิจกรรมของขวัญของเรา การบำบัดครั้งที่ 4 เสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง และการบำบัดครั้งที่ 5 กิจกรรมการฝึกการปรับตัว ซึ่งในกิจกรรมทั้ง 4 นอกจากช่วยให้ผู้รับการบำบัดเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต และเพิ่มทักษะในการปรับตัวแล้วยังส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้

ผู้วิจัยขออภิปรายในรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

การบำบัดครั้งที่ 2 ร่วมด้วยช่วยดูแลกันและกัน เป็นกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองของผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัว สามารถสังเกตเฝ้าระวังอาการรุนแรงของโรค การกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังป้องกันการเกิดโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชในครอบครัวสังคมได้ และเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชนได้ โดยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมกิจกรรมเพื่อการรับข้อมูลร่วมกัน และนำไปใช้ในการอยู่ร่วมกัน การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับกับปัญหาของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะซึมเศร้า นั่นคือ เป็นการพัฒนาความเข้าใจในตนเองของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว (Winston et al. , 2004) ทำให้ทราบว่าจะจัดการกับภาวะซึมเศร้านั้นอย่างไรและส่งผลให้มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง การส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการให้ความรู้เรื่องโรคและการจัดการกับอาการ สอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ สุดใจ (2552) ที่ได้บูรณาการการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้ทักษะการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนพบว่าผู้ป่วยมีความรู้และทักษะการดูแลตนเองดีขึ้น มีพลังในการเผชิญภาวะซึมเศร้า อีกทั้งแสดงให้เห็นถึงความห่วงใยเอาใจใส่ต่อกันและกัน โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันต่อผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวรับรู้ว่าการอยู่ร่วมกันกับครอบครัวการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี และการมีความเข้าใจโรคซึมเศร้า จะสามารถดูแลตนเอง และครอบครัวได้ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้ ซึ่งจากการบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ครอบครัว พบบทสนทนาที่แสดงให้เห็นถึงการรับรู้เข้าใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย และ ความเข้าใจที่จะรับผิดชอบในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น

“ ผมไม่เคยคิดว่าโรคซึมเศร้าของยายจะรักษาหาย และคิดว่าผมคงช่วยอะไรยายไม่ได้ แต่ตอนนี้รู้ว่าช่วยให้อายมีความสุขได้อย่างไร”



“ ถ้าทุกคนดีกับคนไข้เข้าใจ คนไข้ก็จะดีขึ้นได้ใช่ไหมคะ”

“ เข้าใจแล้วว่าทำไมแม่ถึงนอนได้ตลอด”

“ดิฉันชอบคิดเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่ไม่รู้จะทำไมจะห้ามตัวเองได้ตอนนี้พอเข้าใจแล้วค่ะ”

“ อย่าคิดมากไปเลยคะแม่ เดี่ยวต่อไปเราหาเวลาว่างไปเที่ยวกันบ่อยๆนะคะ แม่จะได้สดชื่น” เป็นต้น

การบำบัดครั้งที่ 3 กิจกรรมของขวัญของเรา

เป็นกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ภาพรวมที่เกี่ยวกับการมีคุณค่าในตนเองนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคงและเป็นสุขใจตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยบำบัดหนึ่งในการบำบัดแบบประคับประคอง (Winston et al. , 2004) จากการศึกษาจะมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตเมื่อได้ทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและสังคม ไม่มีการกำหนดรูปแบบเวลา การปฏิบัติที่แน่นอนชัดเจน กิจกรรมเหล่านี้ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุปฏิบัติร่วมกับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดอื่น เช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน เป็นกิจกรรมที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพกาย จิต สังคม มีพื้นฐานมาจากพฤติกรรมที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นอกจากนี้กิจกรรมการทำงานฝีมือเพื่อประโยชน์ทางเศรษฐกิจของครอบครัวยังให้ประโยชน์ทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว (Cockerham, 1997) จากแนวคิดกิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับกิจกรรมของขวัญในการวิจัยครั้งนี้ที่จัดกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้ทำกิจกรรมร่วมกัน อีกทั้งการที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมจนสำเร็จจะเกิดความภาคภูมิใจ เมื่อเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง ได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลอื่นดั่งนั้น ดังนั้นกิจกรรมหรือวิธีการใดก็ตามที่ผู้บำบัดสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่น การแสดงการยอมรับ ให้ความสนใจ การยอมรับนับถือ หรือการชื่นชมยินดี ล้วนเป็นสิ่งที่ผู้บำบัดสามารถนำมาใช้ระหว่างการบำบัด (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) ในการดำเนินการบำบัด ผู้ป่วยแสดงออกให้เห็นถึงกิจกรรมเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ เช่น “ ดูเหมือนยากสำหรับคนป่วยที่จะทำอะไรได้สำเร็จ แต่สุดท้ายก็ทำสำเร็จได้ ไม่ยากเกิน” , “ขอเก็บของขวัญนี้ไว้ได้ไหม จะเอาไปให้หลานดู เพราะเขาชอบห้ามไม่ให้ฉันทำอะไรทำให้ฉันหมด แต่ฉันอยากทำเองนะ เขาคงรำคาญ”

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมของขวัญของเราสามารถส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และในระหว่างดำเนินกิจกรรม ผู้บำบัดใช้เทคนิค การชมเชย การให้กำลังใจ การให้ความมั่นใจ และกระตุ้นให้ญาติ ได้มีส่วนร่วมในการ ชื่นชมผู้ป่วยในขณะที่ประดุษฎ์ก่อตั้งของขวัญร่วมกัน และเมื่อทำสำเร็จ ขณะที่ร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว นอกจากจะได้รับความรู้สึกมีคุณค่าใน

ตนเอง แล้วยังได้รับความรู้สึกผ่อนคลาย การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวหลายราย ได้กล่าวว่า จะนำกิจกรรมเหล่านี้ไปทำที่บ้านร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากรู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินและมีความสุขที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยมองตนเองว่ายังมีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อาการซึมเศร้าซึ่งเกิดจากความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ ไร้ค่าจะลดลง ช่วยให้ผู้ป่วยมองตนเองอย่างมีความมั่นใจในความสามารถของตนที่มีอยู่ และช่วยให้ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้

#### การบำบัดครั้งที่ 4 การเสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง

การส่งเสริมการปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต สภาวะจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ความรู้สึกสามารถเผชิญสถานการณ์ที่กดดัน และ เกิดมุมมองทางบวกต่อสถานการณ์กดดันเหล่านั้น เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของสภาวะ (Winston et al., 2004) ซึ่งผู้วิจัยใช้สถานการณ์เป็นตัวอย่างในการฝึกการคิด มองโลกในแง่บวก ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับสูงจะยังมองในแง่ลบ แต่ สมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้ช่วยให้กำลังใจและ เป็นตัวอย่างที่ดีในการคิดในการมองในแง่บวก ซึ่งการมองมุมใหม่ มองในแง่ยึดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริง จะช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาลักษณะใหม่ในอีกมุมมอง (จินตนา องค์ไฉนจิต, 2545) เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรับรู้ในทางที่ดี การบำบัดทางความคิดส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลการใช้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง การมองตนเองในทางลบ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2549) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีวิธีจัดการกับสภาพจิตใจของตนเองได้ ส่งผลต่ออาการซึมเศร้ามลดลงได้ ซึ่งนอกจากจะช่วยให้อาการซึมเศร้ามลดลงได้แล้วยังช่วยให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วยและญาติต่อการช่วยสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็งร่วมกัน เป็นลักษณะประคับประคองซึ่งกันและกัน เมื่อครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนประคับประคองจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงแรงสนับสนุนภายในครอบครัว จะเกิดความพึงพอใจมีความสุขที่ไม่ได้อยู่เพียงลำพังหรือถูกทอดทิ้ง การสนับสนุนของครอบครัวส่งผลดีต่ออาการซึมเศร้าและการเปลี่ยนแปลงตัวเองของผู้ป่วย การมองสิ่งต่างๆ ผู้ป่วยมีมุมมองที่ดี ไม่มองเพียงด้านที่ทำให้ทุกข์เท่านั้น ซึ่งสมาชิกครอบครัวเป็นกำลังใจที่สำคัญต่อการเกิดมุมมองใหม่ ตัวอย่างบทสนทนาที่สะท้อนให้เห็นถึง การมองสิ่งต่างๆ ในทางบวก

“ ตอนป่วยแบบนี้บางทีก็ดี มีคนมาเยี่ยมมาหาบ้าง”

“ แม่อย่าคิดกลัวไปก่อนคะ ใครๆ ก็ห่วงแม่ทั้งนั้น พี่ๆ เขาไม่ว่างมาวันหยุดก็มาหา”

“ เกษียณงานมาก็ดีได้พักผ่อนยาวๆ บ้าง” เป็นต้น

### การบำบัดครั้งที่ 5 การฝึกการปรับตัว

มีจุดมุ่งหมายสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษา (Therapeutic Alliance) เพื่อบำบัดอาการ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทำให้อาการดีขึ้นฟื้นฟูและคงไว้ในส่วนที่ดี เป็นการเสริมกลไกทางจิตให้เข้มแข็งมากขึ้น การเพิ่มทักษะในการปรับตัว (Winston et al. , 2004) และด้วยเหตุที่ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นได้รับการจำหน่ายเพื่อกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านมักเกิดปัญหาว่ามีอาการซึมเศร้ากลับมาเป็นซ้ำ การเตรียมผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวจะลดการกลับมาเป็นซ้ำได้ อีกทั้งเพื่อปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิตให้มั่นคงโดยผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อการจัดการอารมณ์ความรู้สึกของตน เกิดการเรียนรู้เพื่อที่จัดการความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆที่อาจเข้ามาในชีวิตของตน โดยจัดกิจกรรมการปรับตัวในด้าน การผ่อนคลายความเครียด การจัดการกับความเครียด การฝึกทักษะการผ่อนคลายและการจัดการความเครียด จะช่วยให้บุคคลเกิดความแข็งแรงด้านจิตใจ สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดี (Cuijpers, 1998)

ซึ่งทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต้องมีวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมเพื่อลดความเครียดเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีวิธีการลดภาวะซึมเศร้าโดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลายการออกกำลัง (พรพรรณ สุดใจ, 2552) การดูแลตนเองในเรื่องการผ่อนคลาย เพราะการผ่อนคลายเป็นกิจกรรมที่บุคคลพัฒนาเพื่อป้องกันความเครียด ซึ่งทั้งในผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวควรมีวิธีผ่อนคลายเพื่อป้องกันการเกิดความเครียดที่เรื้อรัง บุคคลที่ฝึกการผ่อนคลายเป็นประจำจะช่วยให้มีสภาวะจิตใจที่มั่นคง สามารถปรับตัวเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเทคนิคการผ่อนคลายได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆ การกำหนดด้วยตนเอง การทำสมาธิ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการผ่อนคลาย 2 วิธีเพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว คือการฝึกหายใจ และการสวดมนต์ซึ่งคำนึงถึงด้านจิตวิญญาณที่เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยวัยสูงอายุ ซึ่งแสดงถึงความเชื่อด้านศาสนา การฝึกการปรับตัว จากปัจจัยทางสังคมเกิดจากการเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่ประสบในชีวิตแรงกดดัน เมื่อเผชิญสถานการณ์กดดัน ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความเครียดที่ได้รับมีทักษะการปรับตัว (Pinsker, 1997) จะช่วยให้อาการซึมเศร้ามลดลงได้ และสามารถปรับตัวจัดการกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆได้ ตัวอย่างประโยคที่ผู้ป่วยและญาติแสดงความรู้สึกต่อการฝึกการผ่อนคลาย เช่น

“ หลังนั่งนิ่งๆเงียบๆหายใจแบบนี้ก็ดีขึ้น โลงๆสมองดี”

“ ชอบสวดมนต์อยู่แล้วเพราะทำให้รู้สึกดี”

“ หายใจแบบนี้บ่อยๆปอดจะแข็งแรงใช้ไหม”

“ วันหลังเราไปสูดอากาศบริสุทธิ์ ต่างจังหวัดกันดีกว่ามีต้นไม้สวยๆเป็นต้น

**3. ระยะเวลายุติการบำบัด (Terminate)** ประกอบด้วยกิจกรรมยุติการทำจิตบำบัดระดับประกอบ การบำบัดครั้งที่ 6 ยุติการทำจิตบำบัดระดับประกอบ เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการบำบัดซึ่งเมื่อผู้รับ การบำบัดสามารถจัดการกับความรูสึกต่างๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด มีความเข้าใจ ยอมรับ ตนเองมากขึ้น มีความรับผิดชอบในความคิด ความรูสึก และการกระทำของตน มีพัฒนาการด้านจิต อารมณ์ มีความเข้าใจตนเองในด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น เกิดการเรียนรู้วิถีคิดใหม่ๆ มองปัญหาใหม่ ทบทวนความรู้เรื่อง โรคซึมเศร้าและการดูแล กิจกรรมเพื่อเสริมคุณค่าในตนเอง เสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็งการคิดเชิงบวก กิจกรรมการฝึกการปรับตัว การผ่อนคลายด้วย การฝึกการหายใจ ในระยะนี้การส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจมีความสำคัญจะช่วยให้ผู้รับการ บำบัดมีพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่มีความมั่นใจในตนเอง เกิดความรูสึกต้องการช่วยเหลือซึ่งกันและ กันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว มีความสามารถในการดูแลตนเองและญาติ เกิดการพัฒนา ใน 3 ปีจ้ยหลักตามแนวคิดของการทำจิตบำบัดระดับประกอบ คือ การทำความเข้าใจในตนเอง การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการพัฒนาสภาวะจิตใจที่เข้มแข็ง โดยได้รับการฝึกอย่าง ต่อเนื่อง การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่กคคคต่างๆได้ ระยะเวลายุติการบำบัดหรือการจากกันมีผลกระทบ ต่อจิตใจ ต้องเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนหยุดการรักษาให้มีเวลาปรับตัว เมื่อหยุดการบำบัดแล้วก็ อนุญาตให้กลับมาใหม่ได้เมื่อจำเป็น

### ข้อเสนอแนะผลการวิจัย

จากการวิจัยจิตบำบัดระดับประกอบโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสามารถทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงผู้วิจัยเสนอข้อเสนอแนะใน ภาพรวมของการแก้ปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยชุมชนดังต่อไปนี้

**1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช** การนำจิตบำบัดระดับประกอบโดย ครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุผู้วิจัยขอเสนอในภาพรวมดังนี้

1.1 การพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกควรมีการประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยทั้งครอบครัวโดย มีการใช้แบบประเมินทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า แบบ ประเมินความเครียด แบบประเมินความอ่อนล้า แบบประเมินการฆ่าตัวตาย การประเมิน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

1.2 คุณสมบัติพยาบาลผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชควรมีทักษะสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด ทักษะ การทำจิตตั้งคมบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม สามารถประเมินโครงสร้างและปัญหาของครอบครัว

1.3 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ให้บริการผู้ป่วยชุมชน ควรมีการส่งเสริมให้จัดกิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีกิจกรรมที่จัดเพื่อครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย เร็วหรืออย่างต่อเนือง

1.4 มีทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติพยาบาลการเชิงเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง และติดตามผลในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก และประเมินการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการใช้จิตบำบัดประคับประคอง โดยมีการติดตามผลระยะยาว 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อติดตามความเหมาะสมในการทำจิตบำบัดทางสังคม และเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

2.2 ควรมีการศึกษาการทำจิตบำบัดประคับประคองเป็นรายครอบครัว

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กองแผนงาน (2554). ผู้ป่วยนอกจิตเวช หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2552-2554. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช 46(1): 1-9.
- กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- งานเวชสถิติศูนย์สารสนเทศ (2551). รายงานสถิติประจำปี 2551. นนทบุรี: โรงพยาบาลศิริราช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- งานเวชระเบียนสถิติ แผนกจิตเวชศาสตร์ สถาบันเวชศาสตร์การบีน กองทัพอากาศ (2554). ทะเบียนประวัติ. กรุงเทพมหานคร : กองทัพอากาศ.
- จันทิมา องค์โฆษิต (2545). จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนครีเอชั่น.
- จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านของประชาชนไทยภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชรินทร์ ลิมสนธิกุล (2552). ปกป้องการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2547-2550. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 17: 56-66.
- ชัดเจน จันทน์พัฒน์ (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชววิทย์ รัตนพลแสนย์ (2551). ผลของการใช้ศิลปะบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า: คณะวิทยาศาสตร์และศิลปะศาสตร์ วิทยาลัยดุสิตธานี.

- เขาวนิ ถ่องซุผล (2547). ผลของการใช้กลุ่มบำบัดปรับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ กสานติกุล (2542). โรคซึมเศว้ารักษาให้หายได้. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และ อุมพร อุดมทรัพย์กุล (2554). ความชุกของโรคซึมเศว้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 56(2): 103-116.
- ชนวรรณ พงษ์ผล (2545). ความชุกของภาวะซึมเศว้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธรรมนาถ เจริญบุญ (2554). แบบประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศว้าในประเทศไทย:ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้. ธรรมศาสตร์เวชสาร 11(4): 667-676.
- รัชชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ (2551). การดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศว้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์: ศึกษาผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 10 ปี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 53: 81-97.
- ธีรวรรณ คนชม (2552). ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวีชาชาติ (2548). ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุสรรา วรภัทราร (2547). ประสบการณ์การจัดการของผู้ป่วยโรคซึมเศว้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2550). ระเบียบวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ยูเอเอ็นไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญตา ถาวรวัชรกุล (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุญพา ณ นคร (2545). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. การค้นคว้า  
อิสระปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์ (2542). *กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน*. กรุงเทพมหานคร:  
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- แพ จันทร์สุข (2541). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีต่างๆ*. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ (2547). ความชุกโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับ  
นานาชาติ ปี2546 *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 12(3): 177-188.
- พรพรรณ ศรีโตภา (2552). *ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกเฉียง*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรพรรณ สุคใจ (2552). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้า  
และการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พูลิติน เฉลิมวัฒน์ (2552). *ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมกับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญพิศ ปลื้มสุข (2551). *การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าใน  
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอำเภออัมพวาจังหวัดสมุทรสงคราม*. โครงการศึกษาแบบอิสระ  
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญศรี หลินสุวรรณนท์ (2543). *การศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน  
กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาประชากรศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร (2542). *จิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยสหราชอาณาจักร (2547). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิต  
เวช*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.



- มาโนช หล่อตระกูล (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(4): 235-246
- มาโนช หล่อตระกูล (2546). คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิชย์ (2542). จิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ศึกษานุกรม พิมพ์.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2550). การรับรู้โรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในเขตชุมชนเมือง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 21 (1): 67-80.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2554). คู่มือการบำบัดทางจิตสังคม. นครปฐม: มิสเตอร์ก๊อปปี้(ประเทศไทย) จำกัด.
- วิรุจน์ คุณกิตติ (2543). ฆ่าตัวตาย: ปัญหาจากสภาพจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 8(3): 169-178.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี้.
- ศิริพร สวยพริ้ง (2551). ผลของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และ สิริเกียรติ ยันติกล (2541). การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 43(1): 39-54.
- ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน (2553). ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สภาการพยาบาล (2552). ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่าง ๆ. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- สภาการพยาบาล (2552). ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่าง ๆ. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- สมจิต หนูเจริญ (2540). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : วี.เจ.พรีนติ้ง.
- สมพร บุษราทิจ และ ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ (2540). จิตเวชปฏิบัติ 41. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมภพ เรื่องตระกูล (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 9.). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมรัก ชูวานิชวงศ์ (2546). ครอบคลุมกับการบำบัดรักษาทางจิตเวช. *วารสารเพื่อนรักสุขภาพจิต* 3(11).
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2552). *รายงานผลการศึกษาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุขภาพจิต,กรม.(2551). *การสำรวจระดับชาติวิทยาโรคจิตเวชของไทย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุขภาพจิต,กรม.(2552). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2552*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.
- อังการ ศรีชัยรัตนกุล (2543). *การศึกษากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตภาคจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และ รณชัย คงสกันธ์ (2001). แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression : การวิเคราะห์การรวมกลุ่ม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 46(4).
- อัชฌา หุ่ยรายลอย (2544). *คุณภาพบริการในมุมมองของญาติผู้ป่วยจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไปในเขตภาคเหนือ*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ทองแดง (2544). *การวิจัยเพื่อพัฒนากลุ่มมือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตัวเองในผู้สูงอายุไทย ( ว.ศ.ศ.1) กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ*.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย (2549). การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 19(2).
- อรวรรณ ลีทองอิน (2543). ผลการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 14(1): 14-31.

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*.

กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร จำกัด .

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร: ชั้นต่ำการ

พิมพ์.

## ภาษาอังกฤษ

Agronin, M. (2009). Group therapy in older adults. *Current Psychiatry Reports* 11(1): 27-32.

Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet* 365(9475): 1961-1970.

Alexopoulos , G. S., Raue, P., Kiosses, D., Mackin, R., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., et al.

(2011). Problem-Solving Therapy and Supportive Therapy in Older Adults With Major

Depression and Executive Dysfunction: Effect on Disability. *Archives of General*

*Psychiatry*, 68(1), 33.

Alexopoulos , G. S., Raue , P. J., Kanellopoulos , D., Mackin , S., & Arean , P. A. (2008). Problem solving therapy for the depression-executive dysfunction syndrome of late life.

*International Journal of Geriatric Psychiatry* 23(8):782-788.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*,

*Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric

Publishing.

American Psychiatric Nurse Association (2000). *Practice guideline for the treatment of patients*

*major depressive* (2 ed.): Winson Boulevard.

Arean, P. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., Schein, R. L., Christopher, F., and Joseph, T. X. (1993).

Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatments for depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*

61: 1003-1010.

Beck , A. T., Ward , C. H., Mendelson , M., Mock , J., and Erbaugh , J. (1961). An inventory for

measuring depression *Arch. Gen. Psychiatry* 4: 561-571.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G. (1979). *Cognitive therapy depression*. New York: Guilford.
- Blazer, D., and Hughes, D. C. (1991). Subjective social support and depressive symptoms in major depression: Separate phenomena or epiphenomena. *Journal of Psychiatric Research* 25(4): 191-203.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology : Medical Sciences* 58(3): 249-265.
- Burns, N., and Grove, S. (2011). *Understanding Nursing Research : Building an Evidence-base Practice*. the United State of America: Elsevier Inc.
- Cailhol, L., Rodgers, R., Burnand, Y., Brunet, A., Damsa, C., and Andreoli, A. (2009). Therapeutic alliance in short-term supportive and psychodynamic psychotherapies: A necessary but not sufficient condition for outcome? *Psychiatry Research* 170: 229–233.
- Chisholm, D., Sanderson, K., Luis, J., Mateos, A., and Saxena, S. (2004). Reducing the global burden of depression. Population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *British Journal of Psychiatry* 184 :393-403.
- Cockerham, W. C. (1997). *This aging society* (2 ed.). Upper Saddle River: NJ: Prentice-Hall.
- Cole, M., Bellavance, F., and Mansour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 156(8): 1182-1189.
- Conwell, Y., and Brent, D. (1995). Suicide and Aging I: Patterns of Psychiatric Diagnosis. *International Psychogeriatrics* 7(02): 149-164.
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: a meta-analysis of Lewinsohn's 'coping with depression' course. *Behavior Therapy* 29: 521-533.
- Davies, J. (2003). *A Manual of Mental Health Care in General Practice*. Australia: Mental Health and Special Programs Branch Commonwealth Department of Health and Ageing.

- Ebersole, P., Hess, P., and Luggen, A. S. (2004). *Toward Healthy Aging: Human Needs and Nursing*. The United States of America Mosby, Inc.
- Gravetter, F. J., and Wallnau, L. B. (2002). *Essentials of Statistic for the Behavioral Science*. Canada: Wadsworth Group.
- Greden, J. F. (2001). *Treatment of Recurrent Depression*. U.S.A.: American Psychiatric Publishing.
- Greenberg, P. E., Leory, S. A., Birubbaum, H. G., and Robinson, R. L. (2003). the economic burden of depression with painful symptom. *journal of clinical psychiatry* 64: 17-23.
- Hedayati, S. S., Minhajuddin, A. T., Toto, R. D., Morris, D. W., and Rush, A. J. (2009). Validation of Depression Screening Scales in Patients With CKD. *American Journal of Kidney Diseases* 54(3): 433-439.
- Heisel, M. J., Duberstein, P. R., Talbot, N. L., King, D. A., and Tu, X. M. (2009). Adapting Interpersonal Psychotherapy for Older Adults at Risk for Suicide: Preliminary Findings. *Professional Psychology: Research and Practice* 40(2) :156-164.
- Hellerstein, D., Rosenthal, R., Pinsker, H., Samstag, L., Muran, J., and Winston, A. (1998). A randomized prospective study comparing supportive and dynamic therapies. Outcome and alliance. *Journal of psychotherapy practice and Research* 7(4): 261-271.
- Heo, M., Murphy, C. F., Fontaine, K. R., Bruce, M. L., and Alexopoulos, G. S. (2008). Population projection of US adults with lifetime experience of depressive disorder by age and sex from year 2005 to 2050. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23(12): 1266-1270.
- Hsieh, H.-F., and Wang, J.-J. (2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 40(4): 335-345.
- Jonghe, F., Kool, S., Aalst, G. V., Dekker, J., and Peen, J. (2000). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression *Journal of Affective Disorders* 64(5): 217-299.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1993). *Comprehensive group psychotherapy* (3 ed.). Philadelphia: J.B Lippincott.
- Karel, M. J., and Hinrichsen, G. (2000). Treatment of depression in late life: Psychotherapeutic interventions. *Clinical Psychology Review* 20(6): 707-729.

- Kennedy, G. J., and Harold, G. K. (1998). Religion and depression *Handbook of Religion and Mental Health* (pp. 129-145). San Diego: Academic Press.
- Kennedy, N., Abbott, R., and Paykel, E. S. (2003). Remission and recurrence of depression in the maintenance era: long-term outcome in a Cambridge cohort. *Psychological Medicine* 33: 827-838.
- Lieveerse, R., Nielen, M., Uitdehaag, B., van Someren, E., Smit, J., and Hoogendijk, W. (2011). Bright Light Treatment in Elderly Patients With Nonseasonal Major Depressive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 68(1): 71-70.
- Maina, G., Forner, F., and Bogetto, F. (2005). Randomized Controlled Trial Comparing Brief Dynamic and Supportive Therapy with Waiting List Condition in minor Depressive Disorders. *Psychother Psychosom* 74: 43-50.
- Mynor-Wallis, L. (1996). Problem-solving treatment: Evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 26: 249-262.
- Nordhus, I. H., VandenBos, G. R., Berg, S., and Fromholt, P. (1998). *Clinical Geropsychology* (1 ed.). The United States of America: United Book Press, Inc., Baltimore, MD.
- Onega, L. L., and Abraham, I. L. (1998). Differentiated nursing assessment of depressive symptoms in community-dwelling elders. *Nursing Clinics of North America* 33(3): 407-416.
- Oxman, T. E., Hegel, M. T., Hull, J. G., and Dietrich, A. J. (2008). Problem-Solving Treatment and Coping Styles in Primary Care for Minor Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76(6): 933-943.
- Paykel, E. S. (1992). *Handbook of affective disorders* (2 ed.). New York: Guilford Press.
- Pearce, L. (2008). Lifting the gloom. *Nursing Standard* 23(11): 22.
- Pinsker, H. (1997). *A primer of supportive Psychotherapy*. NJ: Hillsdale.
- Polit, D. F., and Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (North American ed.): Lippincott Williams and Wilkins.

- Prins, M. A., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M., and van der Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression--The patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review* 28(6): 1038-1058.
- Qualls, S. H., and Anderson, L. N. (2009). Family Therapy in Late Life. *psychiatric annals* 49(6).
- Reynolds, C., Frank, E., Dew, M., Houck, P., Miller, M., Mazumdar, S., et al. (1999). Treatment of 70(+)-year olds with recurrent major depression. Excellent short-term but brittle long-termresponse. *Am J Geriatr Psychiatry* 7: 64-69.
- Reynolds III, C. F., Dew, M. A., Pollock, B. G., Mulsant, B. H., Frank, E., Miller, M. D., et al. (2006). Maintenance Treatment of Major Depression in Old Age. *The New England Journal of Medicine* 354(11): 1130-1138.
- Robbins, J., Hirsch, C., Whitmer, R., Cauley, J., Harris, T., and For The Cardiovascular Health, S. (2001). The Association of Bone Mineral Density and Depression in an Older Population. *Journal of the American Geriatrics Society* 49(6): 732-736.
- Roose, S. P., and Sackeim, H. A. (2004). *Late-Life Depression*. USA: Oxford University Press.
- Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2003). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry :behavioral sciences/clinical psychiatry*. U.S.A.: Lippincott Williams&Wilkins.
- Sarkisian, C. A., Lee-Henderson, M. H., and Mangione, C. M. (2003). Do Depressed Older Adults Who Attribute Depression to "Old Age" Believe It Is Important to Seek Care? *Journal of General Internal Medicine* 18(12): 1001-1005.
- Satterfield, J. M., and Crabb, R. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Depression in an Older Gay Man: A Clinical Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice* 17(1): 45-55.
- Soderhamn, O., Lindencrona, C., & Ek, A.-C. (2000). Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden. *International Journal of Nursing Studies* 37: 361-368.
- Starkstein, S., Preziosi, T., Bolduck, P., and Robinson, R. (1990). Depression in Parkinson's disease. *Journal Nervous Mental Disord* 178: 27-31.
- Stuart, S., Wright, J., Thase, M., and Beck, A. (1997). Cognitive therapy with inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 19: 42-50.

- Thompson, L. W., and Gallagher, D. (1985). Depression and its treatment in the elderly. *Aging* 348: 14-18.
- Tsai, Y.-F. (2007). Self-Care Management and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Taiwanese Institutionalized Older Persons. *Nursing Research* 56(2): 124-131.
- Ustun, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., and Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry* 184 :386-392.
- Van Schaik, D. J. F., Van Marwijk, H. W. J., Beekman, A. T. F., De Haan, M., and Van Dyck, R. (2007). Interpersonal psychotherapy (IPT) for late-life depression in general practice: uptake and satisfaction by patients, therapists and physicians. *BMC Family Practice* 8(52).
- Williams, S., Kasl, S., Heiat, A., Abramson, J., Krumholz, H., and Vaccarino, V. (2002). Depression and risk of heart failure among the elderly: a prospective community-based study. *Psychosomatic Med* 64: 6-12.
- Winston, A., Rosenthal, R. N., and Pinsker, H. (2004). *Introduction to supportive psychotherapy*: American Psychiatric Pub.
- World Health Organization (1988). *The World Health Report 1988 Conquering suffering Enriching Humanity*. Geneva Switzerland.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2004). Schedule for clinical assessment in neuropsychiatry and Disability adjusted life years Retrieved 1 March 2010, from <http://www.who.int>
- Yun-Fang, T. (2007). Self-Care Management and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Taiwanese Institutionalized Older Persons. *Nursing Research* 56(2): 124.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* (17): 37-49.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* (12): 63-70.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. น.อ.บัณฑิต วงษ์เจริญธรรม                      นายทหารปฏิบัติการแผนกจิตเวชศาสตร์  
สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ
2. น.พ. ปิยะวัฒน์ เคนคำรงกุล                      จิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
3. รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย                      คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. อาจารย์ สกาวรัตน์ พวงลัดดา                      พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ   พยาบาลผู้ปฏิบัติการ  
พยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวช  
กรมสุขภาพจิต
5. อาจารย์ จารุวรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์                      พยาบาลวิชาชีพ 7   พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล  
ชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวช  
โรงพยาบาลมะเร็ง

ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

1. คู่มือจิตบำบัดระดับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. คู่มือผู้ป่วย “อยู่อย่างไรกับโรคซึมเศร้า”
3. คู่มือสำหรับครอบครัว “ครอบครัวสร้างสรรค้:กลยุทธการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า”
4. คู่มือการฝึกหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด
5. แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว
6. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (Thai version(17))
7. แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคองรายครอบครัว
8. แบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว

คู่มือการทำจิตบำบัดระดับประคอง  
โดยครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อการดูแล  
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ



จัดทำโดย

เรืออากาศเอกหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ. ดร. รัชนีพันธ์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญระดับชาติ การเกิดโรคซึมเศร้านำไปสู่การทำหน้าที่ต่างๆของบุคคลผิดปกติ ภาวะทุพพลภาพ และคุณภาพชีวิตลดลง จากแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งในประชากรผู้สูงอายุมักมีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายซึ่งและพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายด้านผู้สูงอายุจะเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย อาการที่เกิดขึ้นแสดงอาการทางกายมากกว่าอาการทางจิตจึงทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลที่เหมาะสม ครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนที่สำคัญที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ การนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัยสูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ การจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุต้องตระหนักถึงความสามารถ ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และส่งเสริมการทำงานของสภาวะจิต อีกทั้งต้องช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุปรับตัวอยู่ในสังคมได้

จากสภาพปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและครอบครัวเพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้าโดยจัดทำคู่มือจิตบำบัดระดับครอบครัวประกอบรายการครอบครัวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม โดยนำการทำจิตบำบัดระดับครอบครัวตามแนวคิด Winston, Rosenthal and Pinsky (2004) ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งดำเนินการดังนี้ การบำบัดครั้งที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและสร้างบ้านร่วมกัน การบำบัดครั้งที่ 2) ร่วมด้วยช่วยดูแลกันและกัน การบำบัดครั้งที่ 3) กิจกรรมของขวัญของเรา การบำบัดครั้งที่ 4) เสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง การบำบัดครั้งที่ 5) กิจกรรมการฝึกการปรับตัว และการบำบัดครั้งที่ 6) ยุติการทำจิตบำบัดระดับครอบครัว

โดยผู้วิจัยหวังเป็นหวังอย่างยิ่งว่ารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาจะช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้และช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดความทุกข์ทรมานจากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้

เรืออากาศเอกหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง

## คู่มือการทำจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

### หลักการและเหตุผล

การทำจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตสังคมอยู่ที่ระดับจิตสำนึกโดยมีจุดมุ่งหมายสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษา (Therapeutic Alliance) เพื่อบำบัดอาการ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทำให้อาการดีขึ้นฟื้นฟู และคงไว้ในส่วนที่ดี เน้นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต (Ego function) และเพิ่มทักษะในการปรับตัว(Adaptive skill) ของผู้รับการบำบัด เป็นการเสริมกลไกทางจิตให้เข้มแข็งมากขึ้น และด้วยเหตุที่ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นได้รับการจำหน่ายเพื่อกลับไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้านมักเกิดปัญหาว่ามีอาการซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำและสุดท้ายต้องกลับมาเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ ที่เป็นเช่นนี้เพราะการแก้ปัญหาไม่ได้เข้าไปถึงบริบทของครอบครัวของผู้ป่วย การทำความเข้าใจในบริบทของครอบครัวจึงมีความจำเป็นเนื่องจากสาเหตุเช่น พฤติกรรมที่เป็นปัญหา/อาการของผู้ป่วยนั้น ไม่ได้เกิดตามลำพังแต่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) ดังนั้นการนำครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำจิตบำบัดประคับประคองจะช่วยเพิ่มความสามารถในการการทำให้อาการดีขึ้นฟื้นฟู และคงไว้ในส่วนที่ดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลดอาการซึมเศร้าสามารถดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

### แนวคิดการทำจิตบำบัดประคับประคอง

แนวคิดจิตบำบัดประคับประคอง(Supportive psychotherapy) ของ Winston,Rosenthal and Pinsky (2004) มุ่งเน้นเพื่อลดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต เพิ่มความสามารถในการปรับตัว เพิ่มการนับถือตนเอง สามารถควบคุมและตัดสินใจปัญหาได้ เป็นการมุ่งเน้นช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับจิตสำนึก ใช้สัมพันธ์ภาพเชิงการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุมีอาการดีขึ้น ให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ภายนอกที่เป็นสาเหตุของโรคมากกว่าความขัดแย้งภายในจิตใจของผู้ป่วย (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)โดยใช้หลักการสำคัญคือ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(self esteem) ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต(Ego function)เพิ่มความมั่นคงของกลไกทางจิต เพิ่มทักษะในการปรับตัว(Adaptive skill)ส่งเสริมวิธีการแก้ปัญหา



(Winston, et al., 2004) ใช้เทคนิคการให้คำแนะนำ การกระตุ้น การให้กำลังใจ และไม่ใช้การตั้งหรือบังคับ การทำจิตบำบัดประคับประคองให้มีประสิทธิภาพดีต้องมีการกำหนดเป้าหมายและไปสู่จุดหมายร่วมกันมากกว่าการที่ผู้บำบัดให้ความช่วยเหลือเพียงอย่างเดียว(Cailhol, et al., 2009) และเนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยสูงอายุต้องการการดูแลช่วยเหลือการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อบุคคลเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ(Qualls & Anderson, 2009) มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ถ้าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัญหาเรื้อรังสมาชิกขาดความมั่นคง รู้สึกสับสนมีความห่างเหินทางอารมณ์ จะทนต่อความเครียดไม่ได้ แต่ถ้าปฏิบัติต่อกันเหมาะสมสมาชิกจะมีความสุขปกติ(อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) จากการศึกษาของ Blazer and Hughes (1991)การขาดการคำจุนทางสังคมในขณะที่สุขภาพไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การทำจิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิดของ Winston et al. (2004) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

**ระยะเริ่มต้น (Beginning)** เป็นการเริ่มต้นสัมพันธ์ภาพ ซึ่งเป็นระยะสำคัญในการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัด ผู้บำบัดจะเริ่มต้นประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติความเป็นมา ประวัติทั้งส่วนตัวและครอบครัว ประเมินปัญหา ในขั้นตอนนี้เป็นการเริ่มต้นสร้างความคุ้นเคยการยอมรับนับถือความเป็นบุคคล ยอมรับในศักยภาพ และความสามารถของผู้รับการบำบัด และในขั้นตอนนี้ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดตกลงนัดหมายกันในเรื่องเวลาที่พบจำนวนครั้ง ระยะเวลา สถานที่(Winston, et al., 2004)

**ระยะกลาง (Middle stages)** ในระยะนี้เป็นขั้นที่ผู้รับการบำบัดยอมรับไว้ใจในผู้บำบัดว่าจะเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุน เกิดความตระหนักว่าตนเองมีส่วนร่วมรับผิดชอบในความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตน มีส่วนร่วมในการสร้างความเข้มแข็งของจิตใจ การปรับตัว การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง เพื่อที่จะให้เกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญและจัดการเหตุการณ์ที่จะเข้ามาในชีวิตของตน เพื่อไม่ให้ผู้รับการบำบัดใช้ชีวิตอย่างเบี่ยงเบน หรือโทษคนอื่น ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้บอกเล่าเรื่องราวต่างๆอย่างอิสระ (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545) ซึ่งผู้บำบัดรับฟังอย่างตั้งใจ ใส่ใจ ยอมรับความคิด ความรู้สึก และการแสดงออกอย่างไม่มีเงื่อนไขตระหนักในคุณค่า(self esteem)ของผู้รับการบำบัด พร้อมทั้งชื่นชม ให้ความมั่นใจใน กระตุ้นส่งเสริมให้กำลังใจในสร้างความเข้มแข็งของสภาวะจิต การปรับตัว และปรับมุมมองใหม่ มีการประเมินเป็นระยะกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ระยะนี้พึงระวังการตัดสินใจหรือชี้แนะตระหนักเสมอว่าการบำบัดแบบประคับประคองต้องมีความสมดุลในการกำหนดเป้าหมายทั้งผู้ให้และผู้รับการบำบัด(Winston, et al., 2004)

**ระยະยุคิ (Terminate)** เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความรูู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ยอมรับตนเองมากขึ้น มีความรับผิดชอบในความคิด ความรูู้สึก และการกระทำของตน มีพัฒนาการด้านจิตอารมณ์ มีความเข้าใจตนเองในด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น เกิดการเรียนรู้วิถีคิดใหม่ๆมองปัญหาใหม่และพฤติกรรมใหม่ เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาคด้วยวิธีต่าง ส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเรียนรู้ใหม่



## อยู่อย่างไรกับโรคซึมเศร้า



จัดทำโดย

ผศ. ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

ร.อ.หญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ

ครอบครัวสร้างสรรค์  
กลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



My Family!

จัดทำโดย

ผศ. ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

ร.อ.หญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ

# คู่มือการฝึกการหายใจ เพื่อผ่อนคลายความเครียด



จัดทำโดย  
ผศ. ดร. รังสิมันต์ สุพรรณไชยมา  
ร.อ.หญิง อุดมดกษณ์ ศรีเพ็ญ

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โปรดทำ

เครื่องหมาย  ลงใน [ ] และเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา ( ) 1. พุทธ ( ) 2. คริสต์ ( ) 3. อิสลาม ( ) 4. อื่นๆ
4. ระดับการศึกษา ( ) 1. ไม่รู้หนังสือ ( ) 2. ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ( ) 3. มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ( ) 4. อนุปริญญา ( ) 5. ปริญญาตรี ( ) 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. สถานภาพสมรส ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย ( ) 4. หย่า ( ) 5. แยก
6. อาชีพ ( ) 1. ไม่ได้ทำงาน ( ) 2. ข้าราชการบำนาญ ( ) 3. เกษตรกร ระบุ..... ( ) 4. รับจ้าง ( ) 5. ค้าขาย ( ) 6. อื่นๆ ระบุ.....
7. ความเพียงพอของรายได้ ( ) 1.เพียงพอ ( ) 2.ไม่เพียงพอ
8. ลักษณะครอบครัว ( ) 1. ครอบครัวเดี่ยว มีพ่อ แม่ ลูก ( ) 2. ครอบครัวใหญ่ มี พ่อ แม่ ลูก ปู่ย่า ตายาย ญาติพี่น้องต่างๆ
9. โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 2 ข้อ) ( ) 1. โรคเบาหวาน ( ) 2. โรคความดันโลหิตสูง ( ) 3. โรคไต ( ) 4. โรคกระดูก ( ) 5. โรคตา ( ) 6. ไม่มี ( ) 7. อื่นๆ.....

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression Thai version(17)

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย X ทับตัวเลขหน้าข้อความเพียงข้อเดียวเท่านั้น ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

**1. อารมณ์เศร้า(เศร้าใจ,สิ้นหวัง,หมดหนทาง,ไร้ค่า)**

0. ไม่มี

1. จะบอกว่าภาวะนี้ต่อเมื่อถามเท่านั้น

2. จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ออกมาเอง

3. สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษา กาย ได้แก่ การแสดงสีหน้า,ท่าทาง,น้ำเสียงและการมั่งร้องไห้

4. ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งการบอกออกมาเอง และภาษา กาย

**2. ความรู้สึกผิด**

0. ไม่มี

1. ตีตนเอง รู้สึกทำให้ผู้อื่นเสียใจ

2. รู้สึกผิด หรือครุ่นคิดถึงความผิดพลาดหรือก่อกรรมในอดีต

3. ความเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นการลงโทษ ,มีอาการหลงผิดว่าตนผิด

4. ได้ยินเสียงกล่าวโทษ หรือประณาม และ/หรือ เห็นภาพหลอนที่ข่มขู่คุกคาม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16. น้ำหนักลด เลือกข้อ ก. หรือ ข.

ก. เมื่อให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ

0. ไม่มีน้ำหนักลด
1. อาจมีน้ำหนักลด ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้
2. น้ำหนักลดชัดเจน(ตามที่ผู้ป่วยบอก)
3. ไม่ได้ประเมิน

ข. จากการให้คะแนนประจำสัปดาห์โดยจิตแพทย์ประจำหอผู้ป่วย เมื่อชั่งวัดน้ำหนักที่เปลี่ยนไปจริง

0. น้ำหนักลดน้อยกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
1. น้ำหนักลดมากกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
2. น้ำหนักลดมากกว่า 2 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
3. ไม่ได้ประเมิน

17. การยังเห็นความผิดปกติของตนเอง

0. ยอมรับว่ากำลังซึมเศร้า และเจ็บป่วย
1. ยอมรับความเจ็บป่วย แต่โยงสาเหตุกับ อากาศที่เลว ดินฟ้าอากาศการทำงานหนัก การต้องการพักผ่อน ฯลฯ
2. ปฏิเสธความเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง



เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

แบบบันทึกความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัดระดับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม  
คำชี้แจง ประเมินผู้ป่วยและญาติก่อนทำกิจกรรม ขณะทำกิจกรรม และ หลังทำกิจกรรม

หัวข้อ	ก่อนทำกิจกรรม	ขณะทำกิจกรรม	หลังทำกิจกรรม
พฤติกรรม			
ความรู้สึกละ และอารมณ์			

สรุปภาพรวมในการบำบัด

.....

.....

.....

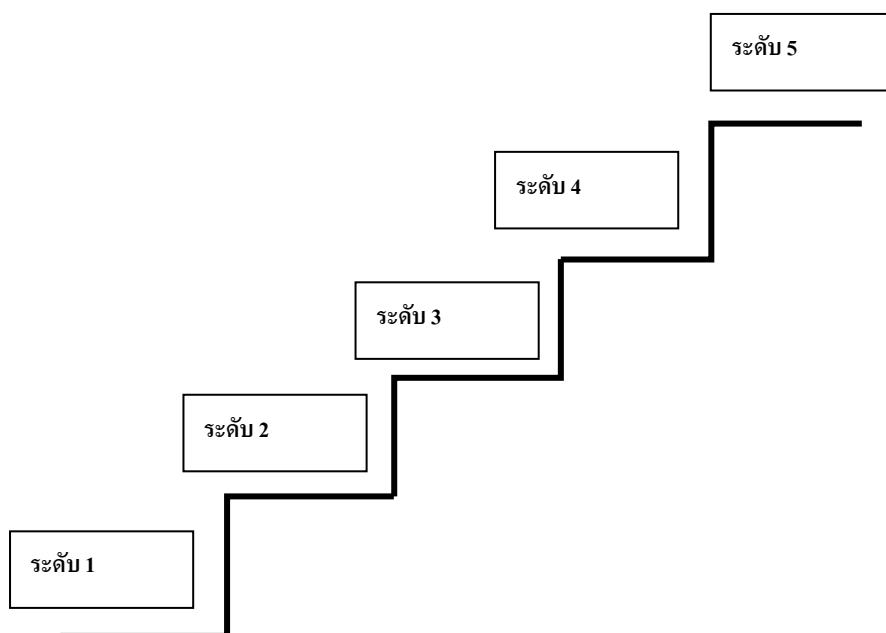
.....

## แบบวัดระดับความสัมพันธ์เชิงบวกขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว

**คำชี้แจง** กรุณาเลือกชั้นบันไดตามความรู้สึกของท่าน

โดยกำหนดให้

- ระดับ 5 = มีความสัมพันธ์เชิงบวกมากที่สุดในการอยู่ร่วมกับครอบครัว
- ระดับ 4 = มีความสัมพันธ์เชิงบวกมากในการอยู่ร่วมกับครอบครัว
- ระดับ 3 = มีความสัมพันธ์เชิงบวกปานกลางในการอยู่ร่วมกับครอบครัว
- ระดับ 2 = มีความสัมพันธ์เชิงบวกน้อยในการอยู่ร่วมกับครอบครัว
- ระดับ 1 = มีความสัมพันธ์เชิงบวกน้อยที่สุดในการอยู่ร่วมกับครอบครัว



ภาคผนวก ค

1. ใบรับรองการพิจารณาจริยธรรม
2. จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิควบคุมการฝึกการทำจิตบำบัดระดับประคอง
3. จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิควบคุมการฝึกการใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า

**Hamilton Rating scale for Depression**



## เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช  
กรมแพทยทหารอากาศ  
ขอรับรองว่า

โครงการ

ผลของจิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย  
สูงอายุ

โดย

เรืออากาศเอกหญิงอุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง

สังกัด

นักศึกษาปริญญาโท  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่พิจารณา:

๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย และ เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย  
ฉบับภาษาไทย

คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ ได้พิจารณารายละเอียดโครงร่างงานวิจัย  
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้วเห็นว่าไม่ขัดต่อสวัสดิภาพหรือก่อให้เกิด  
อันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยแต่ประการใด

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้ ณ วันที่

กันยายน ๒๕๕๔

นาวาอากาศเอกหญิง

(แพทย์หญิงนภาวดี อิมพลทรัพย์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

พลอากาศตรี

(นายแพทย์ชูพันธ์ ชาญสมร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กรมแพทยทหารอากาศ

ที่ ศร 0512.11/ *1113*

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

24 พฤศจิกายน 2554

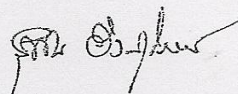
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์การbinกองทัพอากาศ

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของจิตบำบัด ประคับประคองรายครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจจิตเวช จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression Thai version (17) ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและ เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรืออากาศเอกหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ ดำเนินการทดลอง ใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

เรืออากาศเอกหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ โทร. 08-1692-1038

ที่ศร 0512.11/ ๒๕๖๔

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ พฤศจิกายน 2554

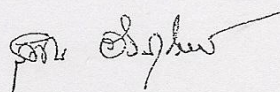
เรื่อง ขอลความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของจิตบำบัด ประคับประคองรายครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ ขอลความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก กองอายุรกรรม จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression Thai version (17) ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและ เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรืออากาศเอกหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ ดำเนินการทดลอง ใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ค.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

เรืออากาศเอกหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ โทร. 08-1692-1038

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๒๒๒

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรหม ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ พฤศจิกายน 2554

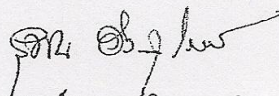
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตฝึกการทำจิตบำบัดระดับประคองและขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักคณะกรรมการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของจิตบำบัดระดับประคองรายครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรับการฝึกการทำจิตบำบัดระดับประคอง จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวช และขออนุมัติให้ นางสาวสگارรัตน์ พวงลัดดา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิดูแลการศึกษา ในการนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการขอรับการฝึกการทำจิตบำบัดระดับประคอง อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรืออากาศเอกหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ การฝึกการทำจิตบำบัดระดับประคอง และขออนุมัติบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิดูแลการศึกษาดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางสาวสگارรัตน์ พวงลัดดา
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159
ชื่อนิสิต	เรืออากาศเอกหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ โทร. 08-1692-1038

ที่ ศร 0512.11/ ๒๒๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ พฤศจิกายน 2554

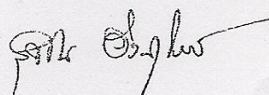
เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตรับการฝึกการใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression Thai version (17) และขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์การบิณ

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของจิตบำบัด ประคับประคองรายครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความ อนุเคราะห์ให้นิสิตรับการฝึกการใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression Thai version (17) และขออนุมัติให้ น.อ.บัณฑิต วงษ์เจริญธรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการฝึก การใช้เครื่องมือฯ การนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการขอรับการฝึกการใช้เครื่องมือดังกล่าว อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรืออากาศเอกหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง นิสิตรับการฝึก การใช้เครื่องมือฯ และขออนุมัติบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการฝึกการใช้เครื่องมือ ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. ชุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

น.อ.บัณฑิต วงษ์เจริญธรรม

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

เรืออากาศเอกหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง โทร. 08-1692-1038



ภาคผนวก ง

คะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 8 อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รายที่	อาการซึมเศร้ากลุ่มทดลอง		อาการซึมเศร้ากลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	1	24	15	22
2	24	17	24	22
3	22	12	20	22
4	30	25	30	30
5	25	17	24	22
6	29	25	26	24
7	30	25	29	27
8	15	12	15	17
9	26	22	25	30
10	17	15	15	10
11	27	22	30	25
12	22	17	24	22
13	26	24	24	22
14	17	12	17	200
15	20	14	23	19

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรืออากาศเอกหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง เกิดวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2520 ที่จังหวัด นครสวรรค์ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ในปีการศึกษา 2542 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2552 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งนายทหารพยาบาลหอบพยาบาลผู้ช่วยศัลยกรรม แผนกพยาบาล กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ