

5277820636: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: ADAPTATION/ REMINISCENCE/ DEPRESSIVE SYMPTOMS/ OLDER PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDER

WASANA WANNAKASEM: THE EFFECT OF NURSING PROGRAM ENHANCING ADAPTATION AND REMINISCENCE ON DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG OLDER PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDER.

ADVISOR: ASST. PROF: RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., 146 pp.

The purpose of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were to compare the depressive symptoms of older persons with depressive disorder before and after receiving the nursing program enhancing adaptation and reminiscence; between the experimental and the control group. Thirty subjects, aged 60 years and older, whose diagnosed as depressive disorder, were recruited from the outpatient department. The potential subjects, were matched pair and then randomly assigned to the experimental and the control group, 15 subjects in each group. The experimental group received 5-session, 60 minutes each nursing program enhancing adaptation and reminiscence for three weeks, while the control group received nursing care as usual. The concepts of Roy's adaptation model and reminiscence were derived into the program and validated for content validity by five professional experts. The instruments employed in data collection included 1) Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), 2) Thai Mental State Exam (TMSE), and 3) The adaptation questionnaires. The Chronbach's Alpha coefficient reliability of the questionnaire for instruments was .72, .82 and .86, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

Major findings were as follows:

1. The depressive symptoms of older persons with depressive disorder who received the nursing program enhancing adaptation and reminiscence was significantly lower than those before receiving the program ($t = 5.91, p < .05$).

2. The depressive symptoms of older persons with depressive disorder who received the nursing program enhancing adaptation and reminiscence was significantly lower than those who received regular caring ($t = -3.12, p < .05$).

Field of Study :...Mental Health and Psychiatric Nursing... Student's Signature.....

Academic Year :2011..... Advisor's Signature.....

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตได้ (Murray and Lopez, 1996) โดยเฉพาะอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุคาดว่าจะปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในทวีปเอเชียและทุกประเทศทั่วโลก (Park et al., 2010) ผู้สูงอายุในชุมชนร้อยละ 10 – 15 มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และประมาณร้อยละ 3 ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Beekman, Copeland, & Prince, 1999) จากการศึกษาในทวีปยุโรปและอเมริกาพบว่าอาการซึมเศร้าพบได้ทั่วไปและมักจะทำให้เกิดความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุซึ่งเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของบทบาทในครอบครัว และทางสังคม ทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง (Gureje, Kola, & Afolabi, 2007) ในประเทศไทยโรคซึมเศร้า ก่อให้เกิดภาวะโรคอันดับต้น (นันทิกาทิ วิชาชาติ, 2548) จากอุบัติการณ์โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนพบร้อยละ 1.5 (อารีรัตน์ สุพทุทธิธาดาและคณะ, 2550) และจากสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุมารับบริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2550-2552 มีจำนวนเพิ่มขึ้นดังนี้ 3,416, 3,562 และ 3,663 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุได้ หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการซึมเศร้ามีความรุนแรงมีอัตราการเกิดซ้ำและเรื้อรังได้สูงถึงร้อยละ 40 (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด และจากการศึกษาของศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งชาติ (National Center for Health) ของสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุชายเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงสุดอยู่ที่ 40-75 ราย ต่อ 100,000 คน เมื่อเทียบกับอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรทั้งหมด 115 คน ต่อ 100,000 คน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2552) ซึ่งในสหรัฐอเมริกามีผู้สูงอายุฆ่าตัวตายเป็นอัตราสูงสุด (Buschmann et al., 1995)

พัฒนาการตามวัยในผู้สูงอายุโดยทั่วไปมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม พัฒนาการทางจิตสังคมในวัยนี้อยู่ในระยะความมั่นคงทางจิตใจกับความสิ้นหวัง (integrity vs. despair) ตามทฤษฎีพัฒนาการของอีริกสัน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ดำเนินชีวิตด้วยความเชื่อมั่นว่าตนเองกระทำสิ่งที่มีคุณค่า มีประโยชน์ จะทำให้เกิดความสุขทางจิตใจ ฟังพอใจในชีวิต แต่ถ้าประสบความล้มเหลว ผิดหวัง เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง หดหนทางที่จะแก้ไข ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า สูญเสียความเป็นตัวของตนเองไป (บุญศรี นุเกตุ, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตชนิดหนึ่งที่มีต่อ ความผิดหวัง ความสูญเสีย หรือการถวิลหาสิ่งที่ขาดหายไป เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้ผู้สูงอายุไม่

มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดหู่ หมดความกระตือรือร้น เมื่อหน่ายสิ่งต่างๆรอบตัว แยกตัว ชอบอยู่เงียบๆคนเดียวท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อผู้อื่น ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีอันตรายจากการทำร้ายตนเอง ซึ่งการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) อาการเหล่านี้สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ โดยเฉพาะการช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจยอมรับและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ หรือการสูญเสียที่เกิดขึ้นในชีวิตตามความเป็นจริง จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งและมีความมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งจะเป็นเกราะป้องกันไม่ให้เกิดโรคซึมเศร้าที่รุนแรงได้

การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้น มีผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง รวมทั้งผู้ดูแล (อรพรรณ ทองแดง, 2542) ซึ่งอาการที่แสดงออกด้านร่างกาย ได้แก่ ผู้สูงอายุรู้สึกไม่สุขสบาย เบื่ออาหาร การนอนหลับผิดปกติ ด้านจิตใจ ได้แก่ มีอารมณ์เศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าและความเชื่อมั่นในตนเองลดลง มองโลกในแง่ร้าย (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552) ส่วนด้านสังคมได้แก่ แยกตัวเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว ขาดความสนใจในสิ่งที่เคยชอบ มีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นลดลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) อาการเหล่านี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล มีความยากลำบากในการดูแลมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มักผันแปร ซึ่งไม่อาจคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น และเข้าใจได้ยาก ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและวิตกกังวลต่ออารมณ์ที่แปรปรวนของผู้ป่วย การพยายามทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตาย (ปทุมภพ สิทธิพรอนันต์, 2550) นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการสูญเสียรายได้ของผู้ป่วยและญาติ ค่าเดินทาง ค่าเสียเวลาในการติดต่อและดูแลรักษาอีกด้วย ในส่วนของรัฐ จากการศึกษาพบว่าต้นทุนต่อครั้งในการรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้ในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศิริราช (unit cost depression / person) มีค่าเท่ากับ 14,992.19 บาทต่อราย และต้นทุนต่อวันในการรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้ในหอผู้ป่วยจิตเวช (unit cost depression / day) เท่ากับ 588.63 บาทต่อวันต่อราย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

ปัจจัยสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น (Blazer, 2005) มีสาเหตุในแต่ละด้านดังนี้ 1) ด้านชีววิทยา เป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาทส่งผลต่ออาการซึมเศร้า เช่น การขาดสารซีโรโทนิน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) ซึ่งเป็นสารเคมีในสมองที่สำคัญที่สุดที่ทำให้อารมณ์ดี กระปรี้กระเปร่า แต่เมื่อร่างกายขาดสารซีโรโทนิน ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล โกรธเกรี้ยว ซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และเมื่อพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้เกิดอาการทางร่างกายได้ เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย (ปทุมภพ สิทธิพรอนันต์, 2550) อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และมีผลทำให้อาการทางกายรุนแรงขึ้น 2) ด้านจิตวิทยา เป็นปัจจัยเกี่ยวกับกระบวนการคิด มีความคิดที่บิดเบือนและ

สภาพอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย จากการขาดการควบคุมอารมณ์และขาดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Blazer, 2005) มีการรับรู้ต่อตนเอง (self-concept) ด้านลบ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ลดลง (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุษย์, 2545) ส่งผลต่อประสิทธิภาพทางด้านต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยจะทำงานได้น้อยลง มีความพยายามลดลง และแก้ปัญหาโดยการพยายามหนีให้พ้นไปจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา หมดกำลังใจ ท้อแท้ และไม่สามารถปรับตัวต่ออาการของโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2552) และ 3) ด้านสังคม วัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะจิตใจ สภาพสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่ส่งผลให้เกิดการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของบุคคลได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในการดำรงชีวิต การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก คู่ชีวิต ปัญหาเศรษฐกิจ การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Blazer, 2005) และการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม และครอบครัว ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน สาเหตุดังกล่าวหากผู้สูงอายุไม่ยอมรับและไม่สามารถปรับตัวได้ นำไปสู่ปัญหาซึมเศร้าตามมา (บุญศรี นุเกตุ, 2550) ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง โดยเฉพาะกับบุคคลในครอบครัว เกิดการแยกตัวจากสังคม (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552) ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นและเป็นภาระในการดูแลของครอบครัวมากขึ้น (สายัณห์ สวัสดิ์ศรี, 2548)

แนวคิดการปรับตัวของ Roy (1984) อธิบายว่า บุคคลเป็นระบบเปิด มีกระบวนการควบคุมที่ซับซ้อน เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม การปรับตัวเป็นทั้งผลลัพธ์และกระบวนการซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าและกลไกการจัดการกับการเจ็บป่วย โดยที่สุขภาพของบุคคลเป็นผลที่เกิดจากการปรับตัวต่อสิ่งเร้า สิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้แก่ สิ่งเร้าตรง เช่น ระดับสารซีโรโทนินไม่คงที่ (จากการได้รับยาต้านเศร้าไม่สม่ำเสมอ) ส่งผลต่ออารมณ์ การคิดและพฤติกรรม ความไม่สมดุลของสารน้ำ อาหารในร่างกาย การนอนหลับผิดปกติ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) สิ่งเร้าร่วม เช่น การสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมและครอบครัว การประสบเหตุการณ์ร้ายในอดีต การขาดการสนับสนุนทางสังคม ไรที่พึ่งพิง (Blazer, 2010) สิ่งเร้าแฝง เช่น ความเชื่อว่าตนเองไร้คุณค่าหรือ เชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นผลของการกระทำในอดีต เป็นต้น โดยสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามาในระบบของบุคคลจะส่งผ่านไปที่กระบวนการควบคุม (Control processes) ของกลไกการจัดการ (Coping mechanism) ประกอบด้วยกลไกควบคุม (Regulator mechanism) และกลไกการคิดรู้ (Cognator mechanism) ซึ่งเป็นกลไกที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติและเกิดขึ้นจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ผลที่เกิดจากการปรับตัวต่อสิ่งเร้าจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสรีรวิทยา (Physiological function) ในผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุ พบว่า มีการทำกิจกรรมทางกายลดลง เนื่องจากความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร ไม่สนใจทำหน้าที่นอนไม่หลับหรือตื่นนอนเร็ว เบื่ออาหาร (บรรลุ ศิริพานิช, 2548; Kunz & Soltys, 2007) ด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept) พบว่า มองตนเองไร้ค่า ไร้ประโยชน์ การรับรู้ต่อตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง หรือรู้สึกผิด

โทษตนเอง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ด้านบทบาทหน้าที่ (Role – function) บทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป ในผู้สูงอายุพบว่า มีโรคทางกายเรื้อรัง ประกอบกับความเสื่อมถอยทางร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) การสูญเสียอำนาจทางครอบครัว และสังคม ก่อให้เกิดความรู้สึกด้อยค่า เหนงา ไม่พอใจในชีวิต (บรรลุ ศิริพานิช, 2536) และด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน (Interdependence) การพึ่งพาผู้อื่นอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และวัยที่สูงขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตด้วยตนเองเหมือนก่อน รู้สึกเป็นภาระ เกิดการแยกตัวจากครอบครัว และสังคม จากพฤติกรรมที่แสดงออกทั้ง 4 ด้านส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552) และจากผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้ง 4 ด้านส่งผลให้เกิดการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าไม่เหมาะสม ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น และแนวคิดของ Butler (1963) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลัง (Reminiscence) เป็นการนึกถึงเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมาของบุคคล เพื่อพิจารณาการกระทำในอดีตของคนในหลายๆด้าน หลายๆแง่มุม การระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตโดยเฉพาะที่ประสบผลสำเร็จ ช่วยให้เกิดความรู้สึกสบายใจ สุขใจ ภาคภูมิใจกับสิ่งที่ทำสำเร็จเมื่อในอดีต เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยลดความคิดด้านลบให้เกิดความสนใจเฉพาะความคิดทางด้านบวก ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความคิดที่ขัดแย้งกับความคิดทางด้านลบเกี่ยวกับตนเองที่เกิดในปัจจุบัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) เกิดการรับรู้และเข้าใจตนเองเชิงบวกมากขึ้น เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Lin, 2003; Wang, 2005; Shu-Yuan, 2006; Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010) สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้ (Bohlmeijer, 2005; Stinson, 2006) และช่วยลดอาการซึมเศร้าได้จากการมองเห็นความหมายของการใช้ชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าของตน (พิณลักษณ์ นิตินากรณ์, 2547; เรณู อินทร์ตา, 2548)

ปัจจุบันการรักษาโรคซึมเศร้ามีหลายรูปแบบ ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางจิตสังคม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2552) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุพบว่ามีการนำการระลึกถึงความหลังมาร่วมด้วย (Jones, 2003) ถึงแม้การระลึกถึงความหลังได้รับการยอมรับว่าสามารถรักษาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่เนื่องจากการระลึกถึงความหลังส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้คุณค่าของตนเอง ซึ่งเป็นระบบหนึ่งในทางปัญญา จึงยังไม่ครอบคลุมทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการปรับตัวของรอยมาร่วมเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมฯ เพื่อให้ครอบคลุมการพยาบาลที่เป็นองค์รวมและ สิ่งสำคัญอีกอย่างคือ การให้ผู้ป่วยได้ค้นหาสาเหตุของความผิดปกติที่ส่งผลถึงอาการของโรคซึมเศร้า เพื่อป้องกันการเข้าใจผิดของผู้ป่วยที่อ้างเหตุผลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองผิดไปจากความเป็นจริง โดยคิดว่าตนเองอ่อนแอหรือเป็นคนไม่ดี เป็นต้น ทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2552)

โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง เป็นการประยุกต์แนวคิดการปรับตัวของ Roy (1984) และแนวคิดการระลึกถึงความหลังของ Butler (1963) เข้าด้วยกัน โดยนำการระลึกถึงความหลังมาเชื่อมโยงเข้าไปในกระบวนการการปรับตัว ในแต่ละด้านของรอย ซึ่งในแต่ละครั้งจะมีการประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัว ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เป็นการค้นหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เพื่อระบุปัญหา นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายการดูแล และขั้นตอนสุดท้ายคือ การเลือกกิจกรรมให้สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาและพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้การระลึกถึงความหลังถึงประสบการณ์ในอดีตด้านบวก ได้แก่ ประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยของตนเองในอดีต การระลึกถึงความหลังถึงเหตุการณ์ที่ประทับใจหรือภาคภูมิใจของตนเองในอดีต การระลึกถึงความหลังถึงบทบาทหน้าที่ที่ประสบผลสำเร็จในอดีต การระลึกถึงความหลังถึงการเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นในอดีต โดยในแต่ละกิจกรรมผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกเล่าและแสดงความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นๆ ผลที่เกิดจากการทำกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตของตนเอง และปรับมาใช้ในชีวิตประจำวัน จากโปรแกรมผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันจัดกระทำกับผลที่เกิดจากสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการปรับตัวที่ไม่ประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกลไกการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการปรับตัวในแต่ละด้านอย่างเหมาะสมและลดอาการซึมเศร้าได้ (Bohlmeijer, Kramer, Smit, Onrust, & van Marwijk, 2009)

คำถามการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. อาการซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดการปรับตัวของ Roy (1984) และแนวคิดการระลึกถึงความหลังของ Butler (1963) เข้าด้วยกัน จากการศึกษาแนวคิดการปรับตัวของรอยในมโนคติหลัก

ของทฤษฎี กล่าวว่า มนุษย์จะมีการปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย โดยผ่านกลไกการควบคุมและการคิดรู้ ซึ่งจะทำหน้าที่ในการปรับตัวทั้ง 4 ด้านเป็นไปอย่างสมบูรณ์ การปรับตัวที่ดีจะทำให้มนุษย์บรรลุเป้าหมายของการมีชีวิตและสามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ในชีวิตได้ (Roy, 1984) ด้วยเหตุนี้จึงมีผู้นำไปศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการปรับตัว พบว่าผู้ป่วยที่มีการปรับตัวในแต่ละด้านดี ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (อุษา เอี่ยมสังข์, 2546; Patton, 2004; รุจิรงค์ แอกทอง, 2549) และจากการทบทวนวรรณกรรมการนำการระลึกถึงความหลังมาใช้ เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลจากการศึกษาหลายงานวิจัยพบว่าการใช้กิจกรรมการระลึกถึงความหลัง มีผลในการลดอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พิณลักษณ์ นิติภากรณ์, 2547; เรณู อินทร์ตา, 2548; Jone, 2003; Wang, 2005) และด้วยเหตุที่นำมาใช้ในผู้สูงอายุนั้นเนื่องมาจากธรรมชาติของวัยสูงอายุมักจดจำเรื่องราวในอดีตได้แม่นยำกว่าการรับรู้เรื่องราวที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และการระลึกถึงความหลังเป็นการกระตุ้นการคิดทางบวกและช่วยลดความคิดทางด้านลบ ซึ่งจะช่วยให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น (Westerhof, et al., 2010) ดังนั้นการระลึกถึงความหลังจึงเป็นการบำบัดการคิดรู้และพฤติกรรมที่มีประสิทธิผลทั้งแบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม การระลึกถึงประสบการณ์ชีวิตด้านบวก ช่วยทำให้เกิดความสบายใจ สุขใจ เคารพในความเป็นคนของตน (Kunz & Soltys, 2007) แต่อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของการระลึกถึงความหลังเกิดขึ้นในระยะสั้นคงอยู่ได้ไม่นาน (Bohlmeijer, 2007) และกลไกการทำงานของ การระลึกถึงความหลังเน้นที่การเรียนรู้ประสบการณ์ในอดีตของตนเอง เพื่อการวางแผนชี้แนะการดำเนินชีวิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Cappeliez, 2007) ซึ่งเป็นการเน้นปัจจัยทางด้านจิตวิทยา จึงยังไม่ครอบคลุมปัจจัยทางชีววิทยาและทางสังคมที่นำไปสู่การลดอาการซึมเศร้า และเนื่องจากผลของการป่วยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทำให้ไม่สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ ดังเช่น ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจผิดคิดว่าการปรับตัวที่ดี คือการติดต่อกับผู้อื่นน้อยลงหรือในที่สุดก็ยุติความสัมพันธ์ (สมภพ เรืองตระกูล, 2552) การช่วยให้ผู้สูงอายุนึกถึงอดีตที่มีคุณค่าของตนเอง จะช่วยเพิ่มพูนความภาคภูมิใจต่อตนเองซึ่งมีความจำเป็นต่อการปรับตัวในผู้สูงอายุ

ดังนั้นการประยุกต์แนวความคิดการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นคาดว่าเป็นการพยาบาลเพื่อลดอาการซึมเศร้าที่มีประสิทธิผลสูงสุดและช่วยส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการใช้แนวความคิดการปรับตัวของรอยทำให้เกิดการดูแลอย่างครอบคลุมทุกด้านจากภาวะสุขภาพปัจจุบันของผู้ป่วย (Patton, 2004) งานวิจัยนี้จึงได้ประยุกต์แนวความคิดการปรับตัวของ Roy (1984) และแนวความคิดการระลึกถึงความหลังของ Butler (1963) เป็นโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง โดยนำการระลึกถึงความหลังมาเชื่อมโยงเข้าไปในกระบวนการการปรับตัวในแต่ละด้านของรอย ซึ่งในแต่ละครั้งจะมีการประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เป็นการ

ค้นหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เพื่อระบุปัญหา นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายการดูแล และ ขั้นตอนสุดท้ายคือ การเลือกกิจกรรมให้สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาและพฤติกรรมของผู้ป่วย ในแต่ละกิจกรรมจะเน้นให้ผู้ป่วยได้เล่าและ แสดงความคิดเห็นอย่างมีอิสระถึงประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จในอดีต ซึ่งเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการปรับตัว และลดระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย เป็นการดำเนินกิจกรรมแบบรายบุคคล จำนวน 5 ครั้งๆละ 60 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้ง (ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งและสัปดาห์ที่ 3 จำนวน 1 ครั้ง) โดยการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อ

ด้านสรีรวิทยา ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. ประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านสรีรวิทยา 9 เรื่อง โดยให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินสิ่งเร้าของตนเองจากการบอกเล่าถึงอาการซึมเศร้าของตน

2. ระบุปัญหาที่พบจากพฤติกรรมที่แสดงออกด้านสรีรวิทยา ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

3. กำหนดเป้าหมายการดูแล คือ การช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เข้าใจถึงปัญหาด้านสรีรวิทยา และแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น

4. การระลึกถึงความหลังต่อด้านสรีรวิทยา เป็นการระลึกถึงประสบการณ์ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการของโรคซึมเศร้า ในผู้สูงอายุมักมีโรคทางกายอื่นๆร่วมด้วย ซึ่งทำให้เกิดอาการซึมเศร้ามากขึ้น และรุนแรงได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) โดยดำเนินกิจกรรมดังนี้

4.1 ให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงประสบการณ์ในอดีตในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสรีรวิทยา

4.2 ผู้วิจัยให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การดูแลตนเองเบื้องต้นในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลตนเองเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ ท้องผูก เบื่ออาหาร และการจัดการกับความเครียด

ครั้งที่ 2 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อ

การรับรู้ด้านอัตมโนทัศน์ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. ประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านอัตมโนทัศน์ พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ ความรู้สึกผิด การรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง

2. ระบุปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุด้านอัตมโนทัศน์ คือ การรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง ความรู้สึกผิด

3. กำหนดเป้าหมายการดูแล คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุรับรู้ตนเองถึงความสามารถและการยอมรับตนเอง

4. การระลึกถึงความหลังต่อการรับรู้ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นการระลึกถึงความหลังด้านภาพลักษณ์ในช่วงวัยที่ผ่านมา และระลึกถึงเหตุการณ์ที่น่าประทับใจหรือภาคภูมิใจเกี่ยวกับตนเอง ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้ตนเองทางบวก

ครั้งที่ 3 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. ประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านบทบาทหน้าที่ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนบทบาทที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความขัดแย้งในบทบาท ความล้มเหลวในบทบาท

2. ระบุปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ปัญหาที่พบ คือ การปรับตัวต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า การปรับตัวต่อการสูญเสียบทบาทหน้าที่และอาชีพ

3. กำหนดเป้าหมายการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับและปรับตัวได้กับบทบาทการเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และบทบาทอื่นๆที่เปลี่ยนแปลงไป

4. การระลึกถึงความหลังต่อบทบาทหน้าที่ เป็นการระลึกถึงบทบาทหน้าที่ในอดีตที่ประสบผลสำเร็จ และการทำหน้าที่ในบทบาทผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยสนับสนุนให้เกิดการปรับตัวต่อบทบาทผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และบทบาทอื่นๆที่เปลี่ยนแปลงไป จากการสร้างบทบาททางสังคมของตนขึ้นมาใหม่ เพื่อทดแทนบทบาทหน้าที่ที่สูญเสียไป และการมองเห็นคุณค่าของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งบทบาทใหม่ของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัว เช่นการเป็นผู้ให้การอบรมสั่งสอนบุตรหลานหรือเป็นที่ปรึกษา เป็นต้น ส่วนบทบาทต่อชุมชนหรือสังคม ได้แก่ บทบาทผู้นำทางศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณี บทบาทด้านผู้นำชุมชน บทบาทการช่วยเหลือสังคม เป็นต้น (บุญศรี นุเกต, 2550) การแสดงบทบาทเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุภาคภูมิใจ เห็นความสำคัญของตน (ปรีชา อุปโยคิน, 2553)

ครั้งที่ 4 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อการพึ่งพาระหว่างกัน ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. ประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ได้แก่ ความต้องการที่จะให้และได้รับความรัก การเอาใจใส่ดูแล ระบบสนับสนุน และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ

2. ระบุปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ปัญหาที่พบ คือ การแยกตัว ความรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่ง การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ขาดการสนับสนุน และขาดสัมพันธภาพ

3. กำหนดเป้าหมายการดูแล ผู้ป่วยมีความเพียงพอในอารมณ์ความรัก ความเอาใจใส่ดูแล และการมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ

4. การระลึกถึงความหลังต่อการพึ่งพาระหว่างกัน เป็นการระลึกถึงความหลังที่ตนได้เป็นที่พึ่งพิงของผู้อื่นในอดีต อธิบายถึงความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้น เสริมสร้างทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว มากที่สุด (อุษา เอี่ยมสังข์, 2546) การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะครอบครัวเกิดได้จากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น (บุญศรี นุกฤต, 2550) ปัญหาความสัมพันธ์ที่ไม่ดีภายในครอบครัวเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าได้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการเสริมสร้างทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อการพึ่งพิงผู้อื่นได้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

ครั้งที่ 5 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ ประกอบด้วยการทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ทั้ง 4 ครั้งที่ผ่านมาโดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์การเรียนรู้การแก้ไขปัญหาในแต่ละครั้งที่ผ่านมา พร้อมกันนี้ผู้วิจัยทำการประเมินสิ่งเร้าที่ส่งผลต่อการปรับตัวทั้ง 4 ด้านเพื่อค้นหาปัญหาของการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมและส่งผลต่อการลดระดับอาการซึมเศร้า

สมมุติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง
2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบมีกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pre-Posttest Control Group Design) ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ DSM – IV และกลุ่มตัวอย่างคือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาแผนกจิตเวชงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง

ตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาแผนกจิตเวชงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี และได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM – IV (Major Depressive Disorder) ที่มีค่าคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 13-24 คะแนน (เป็นผู้มีความเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) ประเมินโดยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) และไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีคะแนน 15 คะแนนขึ้นไป ประเมินโดยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002)

อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง ความผิดปกติทางความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม ได้แก่ อารมณ์เศร้า ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส รู้สึกตนเองไร้ค่า ขาดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ เคลื่อนไหวช้าหรือกระวนกระวาย เป็นต้น ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) ที่มีค่าคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 13-24 คะแนน (เป็นผู้มีความเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง)

โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลโดยนำแนวคิดการระลึกถึงความหลังของ Butler (1963) เชื่อมโยงเข้าไปในกระบวนการปรับตัวในแต่ละด้านของรอย Roy (1984) ซึ่งในแต่ละครั้งจะมีการประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เป็นการค้นหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เพื่อระบุปัญหา นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายการดูแล และขั้นตอนสุดท้ายคือ การเลือกกิจกรรมให้สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาและพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้การระลึกถึงความหลังถึงประสบการณ์ในอดีตด้านบวก ได้แก่ การระลึกถึงความหลังถึงประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยของตนเองในอดีต การระลึกถึงความหลังถึงเหตุการณ์ที่ประทับใจหรือภาคภูมิใจของตนเองในอดีต การระลึกถึงความหลังถึงบทบาทหน้าที่ที่ประสบผลสำเร็จในอดีต การระลึกถึงความหลังถึงการเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นในอดีต และในสัปดาห์สุดท้ายเป็นการประเมินผล ทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีต โดยดำเนิน

กิจกรรมครั้งละ 60 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้ง รวม 5 ครั้ง (ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งและสัปดาห์ที่ 3 จำนวน 1 ครั้ง) ดังนี้

ครั้งที่ 1 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อต้าน สรีรวิทยา หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลตามขั้นตอนการพยาบาลของรอย โดย

1. ประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านสรีรวิทยา 9 เรื่อง โดยใช้เวลา 20 นาที
2. ระบุปัญหาที่พบจากพฤติกรรมที่แสดงออกด้านสรีรวิทยา ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
3. กำหนดเป้าหมายการดูแล คือ การช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุปรับตัวต่อพฤติกรรมเป็นปัญหาด้านสรีรวิทยา และแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น ได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ
4. การระลึกถึงความหลังต่อต้านสรีรวิทยา เป็นการระลึกถึงประสบการณ์ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการของโรคซึมเศร้า โดยดำเนินกิจกรรมดังนี้

4.1 ให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงประสบการณ์ในอดีตในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสรีรวิทยา โดยใช้เวลา 20 นาที

4.2 ผู้วิจัยให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การดูแลตนเองเบื้องต้นในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลตนเองเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ ท้องผูก เบื่ออาหาร และการจัดการกับความเครียด โดยใช้เวลา 20 นาที

ครั้งที่ 2 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อการรับรู้ ด้านอัตมโนทัศน์ หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลโดย

1. ประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านอัตมโนทัศน์ ได้แก่ ความรู้สึกผิด การรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง โดยใช้เวลา 30 นาที
2. ระบุปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุด้านอัตมโนทัศน์ คือ การรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง ความรู้สึกผิด
3. กำหนดเป้าหมายการดูแล คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุรับรู้ตนเองถึงความสามารถและการยอมรับตนเอง
4. การระลึกถึงความหลังต่อการรับรู้ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นการระลึกถึงความหลังด้านภาพลักษณ์ในช่วงวัยที่ผ่านมา และระลึกถึงเหตุการณ์ที่น่าประทับใจหรือภาคภูมิใจเกี่ยวกับตนเอง โดยมีสิ่งกระตุ้น เช่นภาพถ่าย ของที่ระลึก (ที่ผู้ป่วยนำมา) หรือสิ่งของที่มีความสำคัญต่อเหตุการณ์ที่ระลึกถึง ผู้วิจัยช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้ตนเองและส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อ

สิ่งที่ถูกต้อง สิ่งที่ดีงามที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ โดยกิจกรรมฝึกทักษะการคิดเชิงบวก และการแสดงความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละคนโดยใช้เวลา 30 นาที

ครั้งที่ 3 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อบทบาทหน้าที่ หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลโดย

1. ประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านบทบาทหน้าที่ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนบทบาทที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความขัดแย้งในบทบาท ความล้มเหลวในบทบาท จากการสอบถามถึงการทำหน้าที่ในปัจจุบันและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้เวลา 20 นาที

2. ระบุปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุร่วมกัน ปัญหาที่พบ คือ การปรับตัวต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า การปรับตัวต่อการสูญเสียบทบาทหน้าที่และอาชีพ

3. กำหนดเป้าหมายการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับและปรับตัวได้กับบทบาทการเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และบทบาทอื่นๆที่เปลี่ยนแปลงไป

4. การระลึกถึงความหลังต่อบทบาทหน้าที่ เป็นการระลึกถึงบทบาทหน้าที่ในอดีตที่ประสบผลสำเร็จ และการทำหน้าที่ในบทบาทผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยจัดกิจกรรมดังนี้

4.1 กิจกรรมการระลึกถึงความหลัง โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงบทบาทหน้าที่ในอดีตที่ประสบผลสำเร็จ และการทำหน้าที่ในบทบาทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใช้เวลา 20 นาที

4.2 ให้ความรู้ เรื่องบทบาทของผู้สูงอายุต่อครอบครัวและสังคม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการยอมรับบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป ใช้เวลา 20 นาที

ครั้งที่ 4 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อการพึ่งพาระหว่างกัน หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลโดยผู้วิจัย

1. ประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ได้แก่ ความต้องการที่จะให้และได้รับความรัก การเอาใจใส่ดูแล ระบบสนับสนุน และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ โดยใช้เวลา 20 นาที

2. ระบุปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุร่วมกัน ปัญหาที่พบ คือ ความรู้สึกโดดเดี่ยว การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ขาดการสนับสนุน และขาดสัมพันธภาพ

3. กำหนดเป้าหมายการดูแล ผู้ป่วยมีความเพียงพอในอารมณ์ความรัก ความเอาใจใส่ดูแล และการมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ

4. การระลึกถึงความหลังต่อการพึ่งพาระหว่างกัน เป็นการใช้กิจกรรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับการสร้างทักษะในการมีสัมพันธภาพ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

4.1 กิจกรรมการระลึกถึงความหลังที่ตนได้เป็นที่พึ่งพิงของผู้อื่นในอดีต อธิบายถึงความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้น โดยใช้เวลา 20 นาที

4.2 กิจกรรมเสริมสร้างทักษะในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นใช้เวลา 20 นาที
ครั้งที่ 5 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์หมายถึง การทำกิจกรรม
ของพยาบาลเพื่อการประเมินผลทั้ง 4 ครั้งที่ผ่านมาโดย

5.1 ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์การเรียนรู้การแก้ไขปัญหาในแต่ละ
ครั้งที่ผ่านมา พร้อมกันนี้ผู้วิจัยทำการประเมินสิ่งเร้าที่ส่งผลต่อการปรับตัวทั้ง 4 ด้านเพื่อค้นหา
ปัญหาของการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันโดยใช้เวลา 30 นาที

5.2 ทบทวนแนวทางในการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการปรับตัวที่ส่งผลต่อ
การลดระดับอาการซึมเศร้าร่วมกัน โดยใช้เวลา 30 นาที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการพัฒนาคุณภาพและบทบาทการปฏิบัติการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ
2. ด้านการวิจัย เป็นการนำองค์ความรู้ทางแนวคิด และรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล
มาประยุกต์ให้เป็น โปรแกรมที่ต้องใช้ทักษะการบำบัดทางจิตในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนจากตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการวิจัย ซึ่งนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 1.3 อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ
 - 1.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.5 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.6 การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. การประเมินโรคซึมเศร้า
3. การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
4. แนวคิดการปรับตัว
 - 4.1 ความหมายการปรับตัว
 - 4.2 ทฤษฎีการปรับตัวของรอย
 - 4.3 การประเมินการปรับตัวของรอย
 - 4.4 กระบวนการพยาบาลจิตเวชตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัว
5. แนวคิดการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง
 - 5.1 ความหมายของการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง
 - 5.2 แนวคิดการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง
 - 5.3 เป้าหมายของการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง
 - 5.4 กลไกการทำหน้าที่การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง
 - 5.5 กระบวนการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง
 - 5.6 ประเภทของการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง
 - 5.7 รูปแบบของการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง
 - 5.8 ผลของการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง
6. โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สมภพ เรืองตระกูล (2547) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังไม่มีใครให้ความหมายได้ชัดเจน แต่พอสรุปได้ว่ามีความแตกต่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อายุน้อย ดังนี้ ผู้ป่วยจะมีการไม่สบายทางกายมากและมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย แต่ขณะที่ความผิดปกติทางอารมณ์อาจมีไม่มาก จึงทำให้เข้าใจว่าอาการของโรคซึมเศร้านั้นเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุที่เป็นไปตามวัย และไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่

รวีวรรณ นิเวตพันธ์ (2549) โรคซึมเศร้าเป็นอาการซึมเศร้าโดยมีอาการเด่นชัดในด้านความคิดและความความรู้สึกผิดปกติไปจากเดิม ความสามารถและความมีคุณค่าในตนเองลดลง มีพฤติกรรมเชิงซ้ำหรือกระวนกระวายร่วมกับมีอาการทางกาย

จะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นมักเริ่มมีอาการที่ส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเช่น อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียและไม่มีแรง ส่วนความเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและอารมณ์เช่น มีอารมณ์เศร้า หดความสนใจหรือความสุข ความรู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด มีความคิดอยากตาย โดยแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้และวัดได้ด้วยแบบวัดความซึมเศร้า

1.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV มีดังนี้ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2541)

1. มีอาการดังต่อไปนี้ห้าอาการ (หรือมีมากกว่า) ร่วมกันอยู่สองสัปดาห์และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข

หมายเหตุ: ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บปวดทางกาย หรือ mood-incongruent delusion หรือ hallucinations

1.1 มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยไม่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า รู้สึกว่างเปล่า) ก็จากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้)

1.2 ความสนใจหรือความสุขในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (โดยไม่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น)

1.3 น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการควบคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ ได้แก่น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน (หรือมีการเบื่ออาหารหรือมีการเจริญอาหารแทบทุกวัน)

1.4 นอนไม่หลับ หรือหลับมากไปแทบทุกวัน

- 1.5 Psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)
- 1.6 อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน
- 1.7 รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้น หลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)
- 1.8 สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบ ทุกวัน (โดยได้ไม่จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น)
- 1.9 คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ (มิใช่แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อยๆ โดย มิได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน
2. อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed Episode
3. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือ กิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง
4. อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจาก ภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)
5. อาการไม่ได้เข้ากับ Bereavement ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการ สูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มี ความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการ โรคจิต หรือ psychomotor retardation

1.3 อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

จากพจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ระบุว่า คำว่า “ภาวะ” มีความหมาย ว่า ความมี ความเป็น ความปรากฏ เช่น ภาวะน้ำท่วม ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ส่วน คำว่า “อาการ” มีความหมายว่า ความเป็นอยู่ ความเป็นไป สภาพ เช่น อาการ ไข้; กิริยาท่าทาง เช่นอาการพิรุณ เป็นต้น เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็น สามารถสังเกตได้ วัดได้ และ Larson et al., 1994 อ้างถึงใน นุสรา วรรภัทรานทร (2547) ให้ความหมายของ อาการ ว่า เป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลต่ออาการ เปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ความรู้สึก และสติปัญญา ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้เป็นสาเหตุของความทุกข์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้คำว่า “อาการซึมเศร้า”

Buckwalter & Piven, (1999) ได้ให้ความหมายของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มอาการซึ่งมีอาการแสดงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา

Kunz & Soltys, (2007) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้แก่ ไม่กระชุ่มกระชวย ไม่สนใจการทำหน้าที่ หลับยาก ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย รู้สึกไร้ความหวัง ไม่ยินดีใน ชีวิต ต่ำหนี่หรือรู้สึกว่ตนเองผิดมาก มีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน ปวดศีรษะ ปวดหลัง การ ย่อยอาหารผิดปกติ

อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักได้รับการวินิจฉัย โรคจากแพทย์น้อยกว่าความเป็นจริง โดยมีสาเหตุดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

1. ทั้งแพทย์และผู้ป่วยคิดว่าอาการซึมเศร้าเป็นจากการมีอายุสูงขึ้น
2. ผู้ป่วยมักเน้นที่อาการไม่สบายทางกายมากกว่าอาการซึมเศร้า
3. อาการซึมเศร้ามักพบร่วมกับโรคทางกายหรือโรคทางสมอง ซึ่งอาการจะเหมือนกับโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับ ประเสริฐ อัสสันตชัย (2552) กล่าวว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่แรก เนื่องจากอารมณ์เศร้าไม่ค่อยชัดเจน และมักมีอาการอื่นๆร่วมด้วย เช่น วิตกกังวล ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ความจำเสื่อม เป็นต้น

อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบ่งเป็นอาการด้านต่างๆ ดังนี้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

1. อาการทางกาย (vegetative) ในผู้สูงอายุ อาจมีอาการแสดงออกทางระบบประสาทอัตโนมัติตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ใจหวิว ใจสั่น วิงเวียน มึนศีรษะ จุกเสียดท้อง อาการนอนไม่หลับพบได้บ่อยมาก หลับไม่สนิทเหมือนสมองตื่นอยู่ทั้งคืน รู้สึกเบื่ออาหารเหมือนลิ้นไม่รู้รสชาติ รับประทานอาหารได้น้อย ส่วนอาการซึมเศร้าในที่พบในวัยอื่น ได้แก่ น้ำหนักลดลง ไม่มีเรี่ยวแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์เพศ ปวดศีรษะ วิทยหนุ่มสาวอาจมีรับประทานอาหารมากนอนมาก

2. พฤติกรรมคำพูด (psychomotor) ในผู้สูงอายุ มักมีอาการหลงลืมง่าย หรือซึมเศร้าแบบกระวนกระวายกระสับกระส่าย (agitated depression) มีอาการนั่งไม่ติดต้องเดินไปเดินมา รู้สึกทรมานใจอย่างมาก ส่วนผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเชื่องซึม เชื่องช้า (retardation) เหม่อลอย คิดช้า พูดช้า เคลื่อนไหวช้า พูดเสียงเบาและแยกตัวไม่ยอมพบหน้าหรือพูดจากับใคร

3. ด้านความคิดกังวล (cognitive) เป็นอาการที่ผู้ป่วยคิดเรื่องร้ายๆ ขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจ ตัดสินใจไม่ได้แม้เรื่องเล็กๆน้อยๆ ในรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษหรือถูกตนเอง คิดฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีอาการ คือ คิดมาก ท้อแท้ใจ รู้สึกเหงา ใจคอหดหู่ ร้องไห้ง่าย บ่นหมดอาลัยตายอยากในชีวิต เบื่อหน่ายไปหมด คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย ไม่อยากอยู่เป็นภาระของลูกหลาน (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) สอดคล้องกับ อรพรรณ ทองแดง (2542) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีความรู้สึกสิ้นหวัง หดหู่ มองชีวิตไม่มีคุณค่า เป็นภาระต่อคนอื่น เบื่อหน่ายชีวิต คิดฆ่าตัวตาย และความรู้สึกเบื่อหน่าย เศร้าเสียใจ โมโหง่าย น้อยใจง่าย ไม่มีคุณค่าในตนเอง หมดหวัง คิดอยากตาย รวมทั้งนอนไม่หลับ หรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติ อาการอ่อนเพลีย สมาธิไม่ดี เบื่ออาหาร มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (อรพรรณ แผ่นคง, 2553) นอกจากนั้นอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ยังพบว่า มีข้อเท็จตลอดเวลา ความรู้สึกผิด หรือการมองโลกในแง่ร้าย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

มีผลต่อการทำหน้าที่ การคิด และอารมณ์ ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุอ่อนเพลีย ร่างกายอ่อนแอลง มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ การบาดเจ็บและภาวะขาดสารอาหาร ได้ (Buschmann et al., 1995)

1.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย พบว่าเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (ในต่างประเทศถ้าอายุมากกว่า 80-84 ปี ในผู้ชายจะเป็นมากกว่า) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัญหาสุขภาพร่างกาย ปัจจัยทางจิต เช่น ความสามารถในการปรับตัวและการแก้ปัญหา รวมทั้งความพึงพอใจในชีวิต ปัจจัยทางสังคมเช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ไม่ดีภายในครอบครัว (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

ปัจจัยทั่วไปที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 3 ด้าน (Blazer, & Hybels, 2005) ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา (Biological risk) ได้แก่

1.1 พันธุกรรม (Hereditary) จากการศึกษาผู้สูงอายุในสแกนดิเนเวีย สนับสนุนว่า พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า เช่น ในผู้สูงอายุผาแฝดในสวีเดนพบระดับคะแนนซึมเศร้าสัดส่วน 16 % ที่มีอิทธิพลมาจากกรรมพันธุ์โดยศูนย์ระบาดวิทยาได้เก็บข้อมูลจากแบบประเมิน Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) และพบ 19 % ที่มีอาการทางกายที่มีอิทธิพลมาจากพันธุกรรม นอกจากนั้นการมีโรคทางพันธุกรรมที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าด้วย (Blazer, & Hybels, 2005)

1.2 เพศหญิง (Female sex) ผู้หญิงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า (Buschmann et al., 1995; Blazer, & Hybels, 2005)

1.3 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Underactivity of serotonergic neurotransmission) เช่น ซีโรโทนิน (Blazer, & Hybels, 2005) เป็นสารเคมีในสมองที่มีความสำคัญที่สุดและมีผลต่ออารมณ์ โดยการศึกษาพบตัวรับสารซีโรโทนินลดลง 70 % ในวัยกลางคนและลดการจับตัวกันระหว่างสารซีโรโทนินกับตัวรับสารซีโรโทนินในวัยสูงอายุ เมื่อร่างกายขาดสารซีโรโทนินทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ รู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย (บุญยกภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

2. ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา (Psychological risk) ได้แก่

2.1 ความผิดปกติของบุคลิกภาพ (Personality disorder) บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยบางอย่างจะเป็นปัจจัยก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย เช่นบุคลิกภาพผิดปกติชนิดยึดติดยึดทำ บุคลิกภาพผิดปกติชนิดพึ่งพิง (Dependent personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิด Borderline (ชรณินทร์ กองสุข, 2550) ในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพพบว่ามีประสบการณ์หรือเกิดอาการซึมเศร้าได้สูงเป็น 4 เท่าของผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพปกติ (Blazer, & Hybels, 2005) หรือผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ เช่นมีอาการทางประสาทเป็นระยะเวลานานๆ จะมีความ

เสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้มากกว่า ถึงแม้ไม่ได้เผชิญกับเหตุการณ์ร้ายในชีวิต (Ormel et al, 2001) โดยบุคลิกภาพของแต่ละคนจะสะท้อนให้เห็นว่าแต่ละคนมีลักษณะนิสัย การตัดสินใจ อารมณ์และความพอใจเป็นอย่างไรในช่วงชีวิตที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้น ขึ้นกับบุคลิกภาพและแบบแผนของชีวิตของแต่ละคน (บุญศรี นุกฤต , 2550)

2.2 การเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแล้ว (Learned helplessness) พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้วประกอบด้วยการอยู่เฉยๆ ไม่รุก ถอนตัวและทำกิจกรรมลดลง (ชรฉินทร์ กองสุข, 2550)

2.3 มีความผิดปกติด้านการคิด (Cognitive distortions) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดผิดปกติ เช่น การตอบสนองต่อเหตุการณ์เกินกว่าความเป็นจริง หรือมีการตีความที่ผิดบิดเบือนไป ส่งผลถึงพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Blazer, & Hybels, 2005) และมักมีความคิดที่ทำให้ตนเองซึมเศร้า เช่น มองตนเองในแง่ลบ มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเองหรือ มองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2552)

3. ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม (Social risk) ได้แก่

3.1 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและสิ่งรบกวนในแต่ละวัน (Stressful life events and daily hassles) จากการศึกษาถึงเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิตเช่น การสูญเสีย การเป็นโรค การเจ็บป่วยร้ายแรง และปัญหาสังคมเช่น ความยากลำบากในการดูแลสุขภาพ และสัมพันธภาพภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Murphy, 1982)

3.2 การสูญเสีย (Bereavement) เป็นความรู้สึกเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังที่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือสิ่งที่รัก อาการที่พบเช่น รู้สึกไม่สบายตัว หายใจไม่อิ่ม ถอนหายใจบ่อยๆ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่อยากอาหาร คิดถึงคนที่เสียชีวิตเป็นอย่างมาก บางครั้งคิดอยากตาย โดยเฉพาะในช่วงสองเดือนแรกหลังการสูญเสีย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) หากนานเกิน 2 เดือน แล้วยังไม่ดีขึ้นจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2552) ในการสูญเสียอาชีพการงาน อาจเนื่องมาจากการลาออกหรือเกษียณอายุ ทำให้ขาดรายได้ในการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว ขาดการยอมรับในสังคม (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

3.3 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Socio-economic disadvantage) ทำให้ขาดแคลนสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต เนื่องจากรายได้ไม่แน่นอน ทางการเงินไม่พอใช้จ่าย ความยากจนทำให้อยู่ในบ้านที่ไม่น่าอยู่ อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย เกิดความเครียด จนหนทางรู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ชรฉินทร์ กองสุข, 2550)

3.4 การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Impaired social support) แรงสนับสนุนหรือการเอาใจใส่จากสังครอบตัวของผู้ป่วย นับเป็นปัจจัยสำคัญในการต่อต้านอาการที่นำไปสู่สาเหตุ

ของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว อ้างว้างมีเพื่อนน้อย รวมทั้งครอบครัวมีปัญหาภายใน มักจะมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ (ปณตภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

1.5 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ที่มีความเปลี่ยนแปลงมากทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ซึ่งอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลลดลง นอกจากนี้ยังทำให้โรคทางกายที่เป็นอยู่แล้วมีอาการมากขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีอันตรายจากการทำร้ายตนเองได้ (อรพรรณ ทองแดง, 2542)

อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีผลกระทบที่สำคัญทั้ง 3 ด้าน (สมภพ เรืองตระกูล, 2552) ได้แก่

1) ผลกระทบในด้านการมีสัมพันธภาพเกิดจากการแยกตัวเองออกจากสังคมและทำให้โดดเดี่ยว ขมขื่นใจ มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย อารมณ์ร้าย ไม่ไว้วางใจผู้อื่น และรู้สึกว่าคุณค่า ผลร้ายนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่จะส่งผลกระทบต่อคนอื่นๆ ด้วย เช่น ครอบครัวและเพื่อน เป็นการเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญและทัศนคติเกี่ยวกับชีวิต ผู้ป่วยอาจคิดว่าปัญหาด้านสัมพันธภาพเป็นต้นเหตุของความทุกข์ทรมานของตนเอง และคิดว่าการปรับตัวที่ดีที่สุดคือ การติดต่อกับผู้อื่นน้อยลงหรือยุติความสัมพันธ์

2) ด้านความสามารถ ประสิทธิภาพทางด้านต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยจะทำงานได้น้อยลง ความพยายามลดลงและพยายามหนีให้พ้นไปจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา หมดกำลังใจ ท้อแท้

3) ด้านเอกลักษณ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมีความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดต่อการรับรู้ตนเองเกือบทุกเรื่อง มีการมองโลกและมองตนเองด้านลบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไร้อารมณ์และไม่มีความสุข

ผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ที่เกิดจากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม ทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาลดลง อาจเกิดการเจ็บป่วยทางกายเนื่องมาจากผลกระทบทางจิตใจ เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและป้องกันไม่ให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าเรื้อรังมากขึ้น (บุญศรี นุเกตุ, 2550)

1.6 การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้มีการพัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีด้วยกันหลายวิธี ซึ่งในปัจจุบันแบ่งการรักษาได้เป็น 2 ประเภท คือ การรักษาทางร่างกาย ได้แก่ การใช้ยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และทางด้านจิตใจ ได้แก่ การทำจิตบำบัด (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) ดังนี้

1.6.1 การบำบัดด้วยยา (Pharmacological Therapy) ยาด้านเศร้าทุกตัวมีผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าทั้งนั้น ผู้สูงอายุอาจใช้ยารักษาโรคอื่นหลายตัว ดังนั้นจึงควรพิจารณาผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น รวมทั้งปฏิกริยากับยาอื่นด้วย (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2551) ประเภทของยาระงับอาการซึมเศร้าแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2552)

1.6.1.1 กลุ่ม Tricyclic antidepressant (TCA) มีโครงสร้างหลักเป็น Tricyclic ยาในกลุ่มนี้ เช่น imipramine, amitriptyline, nortriptyline, clomipramine และ doxepin เป็นต้น

1.6.1.2 กลุ่ม Monoamine oxidase inhibitor ที่มีใช้ในประเทศไทย เป็นชนิด Reversible inhibitor of MAO subtype A (RIMA) คือ moclobemide

1.6.1.3 กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) มีทั้งหมดด้วยกัน 5 ชนิด ได้แก่ fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline และ escitalopram ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง reuptake เฉพาะของระบบ serotonin

1.6.1.4 กลุ่ม new generation ได้แก่ mianserin, trazodone, tianeptin, bupropion, venlafaxine และ mirtazapine

ซึ่งยาด้านซึมเศร้าโดยทั่วไปออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine และ/หรือ serotonin ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ norepinephrine และ/หรือ serotonin ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นหลังจากได้รับยาแล้วอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์

สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรักษาด้วยยาระงับอาการซึมเศร้าในกลุ่ม Tricyclic antidepressant (TCA) ได้แก่ยา amitriptyline ขนาด 25 มิลลิกรัม ยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ได้แก่ยา fluoxetine ขนาด 20 มิลลิกรัม, sertraline ขนาด 50 มิลลิกรัม และ escitalopram ขนาด 10 มิลลิกรัม

1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT) ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

1.6.3 การทำจิตบำบัด ได้แก่

1.6.3.1 Cognitive-behavioral therapy (CBT) เป็นการรักษาที่มุ่งแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรม โดยใช้ทักษะใหม่ๆ ในการแก้ไขปัญหา

1.6.3.2 Interpersonal therapy เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นดีขึ้น โดยไม่เน้นถึงความขัดแย้งที่เกิดภายในจิตใจ

2. การประเมินโรคซึมเศร้า

แบบประเมินอาการซึมเศร้ามีแบบวัดมากมาย เนื่องจากอาการซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่เป็นความผิดปกติ (Syndrome) มากกว่าเป็นอาการเดี่ยว (single entity) จึงมีแนวคิดในการตั้งเกณฑ์การวัดที่แตกต่างกันออกไป อยู่ที่การมองปัญหาและผลลัพธ์ที่ต้องการวัด สามารถแบ่งกลุ่มแบบวัดซึมเศร้าเป็น 2 กลุ่มคือ (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

2.1 Self rating scale ผู้ป่วยหรือผู้ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผลที่ได้ค่อนข้างเป็นจิตพิสัย ความแม่นยำสูญเสียไปบ้าง แต่มีประโยชน์คือใช้ง่าย ประเมินในกลุ่มคนจำนวนมาก ประหยัดมักใช้ในการสำรวจเพื่อค้นหาผู้ที่มีความเจ็บป่วย

2.2 Clinical rating scales เป็นการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือในการวัด ผู้ประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจากการซักถามอย่างเป็นระบบ (structure interview) โดยประเมินตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน มักใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา ซึ่งเบคและคณะได้แบ่งรูปแบบของเครื่องมือออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

2.2.1 แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัยโรค (Structure Psychiatric Interview for Diagnosis) มีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรค แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยอาการต่างๆของโรคที่กำหนดคำถามและคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้

2.2.1.1 Structure Clinical Intervention for DSM-III เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดที่มีโครงสร้างแน่นอนอนรวมกับทั้งโครงสร้างประกอบการสังเกต สร้างขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางจิตเวชเป็นผู้สัมภาษณ์โดยเฉพาะ สามารถวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ของ DSM-III-R ลักษณะของข้อคำถามประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนตัวและอาการที่มาพบแพทย์อย่างละเอียด เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน และมีคุณสมบัติของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือได้

2.2.2 แบบสอบถามที่มีโครงสร้างชนิดรายงานผลด้วยตนเอง (Self Report Rating Scale, Questionnaire) ตัวอย่างแบบสอบถาม ดังต่อไปนี้

2.2.2.1 Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1965 โดยซุง (Zung 1965) แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ารวมทั้งอาการของการเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมา ประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และครอบคลุมกับอาการที่กำหนด อาการของภาวะซึมเศร้าไว้ใน DSM-IV มากที่สุด แต่ไม่มีข้อความที่ครอบคลุมอาการทางร่างกายได้อย่างชัดเจน ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้วิธี Split-half ในผู้ป่วยจิตเวชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สำหรับการศึกษานในการสำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชนโดยใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันมากในการประเมินความรุนแรงของอาการแสดงภาวะซึมเศร้าแบบประเมินนี้ใช้ข้อความง่ายๆเหมือนแบบของเบคแต่ไม่ครอบคลุม

2.2.2.1 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างขึ้นใหม่ในปี ค.ศ.1977 โดย Radloff (1977) สร้างขึ้นมาเพื่อวัดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชนแบบประเมินนี้มี 20 ข้อ ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินของซุง (Zung Self-Rating Depression Scale) แบบประเมินของเบค (Beck Depression Inventory) และแบบประเมินของรัสกิน (Raskin Scale) เป็นต้น แบบประเมินนี้ใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ผู้สร้างใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มประชากรทั่วไป หรือกลุ่มประชากรในชุมชน จะได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 การหาค่าความเชื่อมั่นแบบ Split-half ก็จะได้ค่าความเชื่อมั่นสูงเช่นกัน คือมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.77 ถึง 0.92 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเอง จุดประสงค์ของการใช้แบบประเมินนี้ก็เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชากรในชุมชน หรือเพื่อศึกษาการดูแลเบื้องต้น

2.2.2.3 Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 โดยเบค (Beck,1961) แบบประเมินสร้างเพื่อวัดแสดงอาการทางพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่นและในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับหรืออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ข้อความในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างทำจิตวิเคราะห์บำบัด ข้อคำถามด้านเจตคติและอาการแสดงได้จากกลุ่มผู้ป่วยนี้ โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็นข้อความและจัดลำดับของแต่ละข้อความประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อจะมี 4 หรือ 5 ข้อความที่อธิบายถึงอาการที่รุนแรงจากระดับต่ำถึงระดับสูง มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ในแต่ละข้อ คือ ตั้งแต่ 0 คะแนนถึง 3 คะแนน Beck ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman-Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ แบบทดสอบนี้ใช้ในการวิจัยมา 25 ปี Beck และคณะพบว่า เมื่อใช้แบบประเมินนี้กับ

กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73 ถึง 0.90 แบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษา และมีความเที่ยงตรงสูงสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ

2.2.2.4 Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย ได้พัฒนาแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ได้มีรากฐานมาจาก Geriatric Depression Scale ของเยซาเวจ และคณะ (Yesavage, et.al.) อรวรรณ ลีทองอินทร์ เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทย มีคะแนนรวม 0-30 คะแนน ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ระหว่าง 0-12 คะแนน เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าปานกลาง คะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง โดยเครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับประชากรตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศ พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบ คือ 10.09 นาที มีค่าความคงที่ภายในด้วยวิธี KR20 เท่ากับ 0.93

2.2.3 แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างประกอบการสังเกต เพื่อประเมินอาการ (Observe scale; Semi-Structured; Goal Direct Interview) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้กำหนดคำถามไว้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์พร้อมทั้งสังเกตอาการที่แสดงออกประกอบการสัมภาษณ์ด้วยทุกครั้ง ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ชนิดนี้ได้แก่

2.2.3.1 Hamilton Rating Scale for Depression สร้างขึ้นโดย Hamilton ในปี ค.ศ.1960 มีการปรับปรุงต่อมาในปี 1967 แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ ผู้ที่ใช้แบบนี้ต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินใจอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ แบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ ได้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า

2.2.3.2 Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างโดย Montgomery และ Asberg ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านอาการเศร้าหรือคุณสมบัติทางของยา มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีระดับความรุนแรงของอาการ 0-6 ไม่มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการทางกาย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า เป็นแบบประเมินที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ เป็น

การศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, 2551) และแบบประเมินนี้มีลักษณะคำถามที่เข้าใจง่าย มีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอและสอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทยทั่วไปเป็นอย่างดี (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537)

3. การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

จุดมุ่งหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน เซวานี ล่องชูผล, 2547)

ประการแรก ให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ามากมักจะททำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัวตายแม้ไม่อาจป้องกันได้ทั้งหมด แต่การทราบถึงปัจจัยเสี่ยงหรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวังและให้ความเอาใจใส่มากขึ้นดังนี้

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส
2. ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยสูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันทั้งทางการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหารและอื่นๆ
3. ให้การดูแลใกล้ชิด สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือการอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักต้องการเพื่อน ต้องการคนเข้าใจช่วยปลอบโยนให้กำลังใจ โดยเฉพาะช่วงตื่นนอนใหม่ๆ หากมีคนพูดคุยด้วยจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกอบอุ่นที่มีคนห่วงใย
4. ขจัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคมหรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่างๆ เช่น แก้ว เชือก เข็มขัด ตลอดจนหน้าต่าง ประตูกระจก หรือทางเข้าออกสู่ระเบียง ภายนอกที่ลื่นไถล นอกจากนี้หมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้สูงอายุเก็บยาไว้ ยาที่ใช้รักษาต้องให้รับประทานต่อหน้าเพื่อป้องกันการเก็บสะสมยา
5. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอาการซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดอาการซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าให้ผู้สูงอายุให้ตรงขนาด ตรงเวลา และติดตามอาการข้างเคียงของยา หรือผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจจำเป็นต้องรักษาด้วยไฟฟ้า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน บางครั้งอาจได้รับการผูกมัด ควรให้การดูแลใกล้ชิด หมั่นตรวจสอบอาการผู้ป่วยสูงอายุและปลดเครื่องผูกมัดบ่อยๆ เพราะการผูกมัดอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุบาดเจ็บเป็นอันตรายได้

6. พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของอาการซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้นและการทบทวนประเด็นปัญหาให้กระจ่าง แยกแยะสิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่บกพร่องควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกลึบหรือตำหนิตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ

7. ควรทำสัญญากับผู้ป่วยสูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เช่น “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายภายในสัปดาห์นี้” หรือ “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายขณะอยู่ในโรงพยาบาล” หรือ “ถ้าฉันคิดฆ่าตัวตายฉันจะบอกให้ท่านทราบ” เป็นต้น การทำสัญญาและรักษาสัญญาเป็นสิ่งมีประโยชน์ เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหาและหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ

ประการที่สอง ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นจากอาการซึมเศร้าโดยเร็ว ควรปฏิบัติดังนี้

1. ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้ป่วยสูงอายุ โดย

1.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้ และมีผู้ที่ห่วงใยผู้ป่วยสูงอายุ เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ ญาติ และเพื่อนๆ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย ได้แก่ เจตคติของคนในสังคมที่ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยสูงอายุลดลง ฉะนั้นพยาบาลต้องเป็นคนช่างสังเกต การพูดจาและท่าทางที่แสดงต่อผู้ป่วยสูงอายุ ควรให้ความยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ป่วยสูงอายุ

1.2 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด ตำหนิตนเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึกจะช่วยคลายความอึดอัด ภาระงานกระวายเป็นช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง

1.3 รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยสูงอายุ เช่น อารมณ์โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้าน เพราะผู้ป่วยสูงอายุจะไวต่อการปฏิเสธหรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุพูดและพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.4 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเอง ในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุช่วยตนเองได้ หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น

1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้ป่วยอื่นๆ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัด หรือมี

ประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆที่ดีแก่ชีวิต เช่น การมีเพื่อน มีสังคมและมีกิจกรรมใหม่ที่พอใจ เป็นต้น

2. ให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนอาการซึมเศร้าของตนเอง

2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนสถานการณ์และวิเคราะห์ความสูญเสีย หรือปัญหาที่เกิดขึ้นมานั้นว่า เหมาะสมเพียงใด ผู้ป่วยสูงอายุเศร้าเกินไปหรือไม่

2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้สิ่งดีๆในชีวิต โดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตด้านที่ดีที่พึงใจ เป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาทรห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การประสบความสำเร็จในชีวิต การช่วยเหลือผู้อื่น การมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เป็นต้น

2.3 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความกระจ่างในประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง หรือความขมขื่น ไม่พอใจต่างๆให้น้อยลง และให้มองอีกด้านที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

2.4 ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุในการเผชิญปัญหาและแก้ไขสถานการณ์ โดยใช้ให้เห็นถึงความเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านอุปสรรคต่างๆมากมาย เป็นผู้ที่มิประสบการณชีวิตหลากหลาย ซึ่งจะช่วยเหลือคลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปด้วยดี

3. ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

3.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าอาการซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุและจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้อาการต่างๆ ดีขึ้น

3.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดอาการซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคมเป็นสาเหตุให้เกิดอาการซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์จะส่งเสริมให้คิดทำร้ายตนเอง การมองสิ่งต่างๆในด้านดีช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น เป็นต้น

3.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุระบายความรู้สึก และวิธีคิดที่จะช่วยลดอาการซึมเศร้า

3.4 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

3.5 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ การปรับตัวที่เหมาะสมและวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมองโลกในแง่ดี และการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

3.6 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้า ซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2-3 สัปดาห์ และจำเป็นต้องรับประทานต่อไปเพื่อให้อาการดีขึ้น พร้อมทั้งสังเกตอาการหรือผลข้างเคียงของยา เช่น อาการท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่า ถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือ เหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง

ประการที่สาม ผู้ป่วยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจกรรมประจำวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่ายจึงมักมีอาการท้องผูก เนื่องจากดื่มน้ำน้อยและเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขน ขา และมีปัสสาวะคั่ง ในกระเพาะปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาต้านเศร้า ดังนั้นพยาบาลควรสังเกตและให้ความเอาใจใส่ โดย

1. ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควรบันทึกปริมาณอาหาร และน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

2. ชั่งน้ำหนักตัวเพื่อสังเกตการบวมและติดตามภาวะโภชนาการ

3. จัดให้มีกิจกรรมต่างๆรวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการซึมเศร้าและช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกดีขึ้น โดยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความอยากอาหาร และนอนหลับได้ดีขึ้น

4. ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม ทำให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง

5. บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆให้น้อยลงทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความไม่สุขสบายทั้งจากอาการซึมเศร้าและจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยารักษาโรคด้วย ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุสุขสบายขึ้นจากปัญหาต่างๆเหล่านี้จะช่วยให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุลดลง

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ แวนตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ต้นไม้และสัตว์เลี้ยงเพื่อให้เพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกรักและผูกพัน เป็นต้น

4. แนวคิดการปรับตัว

4.1 ความหมายการปรับตัว

สุชา จันทน์เอม (2541) กล่าวว่า การปรับตัวในแง่ของจิตวิทยา หมายถึง กระบวนการที่บุคคลได้แสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมของ มนุษย์ทุกคนต้องมีการปรับตัวรบบเท่าที่เขายังมีชีวิตอยู่ ต้องเข้าใจปัญหาเพื่อความสำเร็จในการทำงาน เพื่อสนองตอบความต้องการทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ และสังคม

ลออ หุดางกู (2543) ให้ความหมายการปรับตัวไว้ว่า เป็นกระบวนการตอบสนองของระบบชีวิตต่อสิ่งเร้าที่ก่อความจำเป็นให้ระบบต้องปรับกระบวนการเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต โดยสิ่งเร้าที่เรียกร่องให้มีการปรับตัว ได้แก่ สิ่งเร้าที่รบกวนหรือคุกคามคุณภาพ การปรับตัวของบุคคลนอกจากจะมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความมีคุณภาพแล้ว ยังมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะพัฒนาวิถีภาวะสามารถสร้างสรรค์ตามวัยและมีความสุขในสังคมด้วย การปรับตัวจึงเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องและเกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทุกๆ ช่วงชีวิต

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) กล่าวถึง การปรับตัวของผู้สูงอายุว่า เป็นสิ่งที่ต้องเผชิญในการปรับตัวต่อการอยู่ร่วมกันกับญาติ ลูกหลาน การเกษียณอายุ การเป็นหม้าย การตายจากของคู่ครอง การสูญเสียภาพลักษณ์ของตน การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน และบทบาทในสังคม เป็นต้น

โดยสรุป การปรับตัวในผู้สูงอายุหมายถึงการแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งรบกวนหรือสิ่งคุกคามเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายต่างๆ และให้เกิดความมีคุณภาพแล้ว เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องและเกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทุกๆ ช่วงชีวิต

4.2 ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1964 โดยมีแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานมาจากทฤษฎีระบบ ทฤษฎีการปรับตัวของเฮลสัน ปรัชญามนุษยนิยม ปรัชญาธรรมชาติของมนุษย์ ทฤษฎีความเครียด และทฤษฎีบทบาท (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) โดย Roy มีความเชื่อว่าบุคคลเป็นระบบของการปรับตัว พฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลจะเป็นผลที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคล การปรับตัวที่ดีหรือมีประสิทธิภาพจะเป็นการตอบสนองของบุคคลในทางที่เหมาะสม ส่วนการปรับตัวที่ไม่ดีหรือไม่มีประสิทธิภาพจะบ่งบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในบุคคลนั้น การแสดงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลร่วมกับความสามารถของบุคคลในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมนั้น ทั้งนี้เพื่อกองไว้ซึ่งสภาพสมดุลของร่างกาย จิตใจ สังคม (Andrews & Roy 1991) โดยสรุปแนวคิดการปรับตัวของรอยจึงหมายถึงพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อกองไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิต (Andrews & Roy 1991) ระบบการปรับตัวของบุคคลตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยประกอบด้วย

สิ่งนำเข้า กระบวนการควบคุม สิ่งนำออกและกระบวนการย้อนกลับ สิ่งนำเข้า หมายถึง สิ่งแวดล้อมรอบๆตัว หรือภายในบุคคล หรือรอยเรียกว่าสิ่งเร้า (stimuli) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

สิ่งเร้า (stimuli) หมายถึง สิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัวเพื่อก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัว แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) เป็นสิ่งเร้าภายในหรือภายนอกที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) หมายถึง สิ่งกระตุ้นอื่นๆที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้น ที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งเร้าตรง เช่นสิ่งเร้าร่วมที่เป็นปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลหรือนอกตัวบุคคล สิ่งเร้าร่วมทางบวกจะช่วยลดอิทธิพลจากสิ่งเร้าตรงช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ส่วนสิ่งเร้าร่วมทางลบจะเสริมความรุนแรงของสิ่งเร้าตรงทำให้บุคคลมีการปรับตัวไม่อย่างเหมาะสม สิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) เป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่อาจมีหรือไม่มีผลต่อบุคคลในสถานการณ์นั้นๆที่ไม่ชัดเจน

ในกระบวนการควบคุมนั้นตามแนวคิดของ Roy เรียกกระบวนการควบคุมสิ่งเร้าว่ากลไกการจัดการ (coping processes) กลไกนี้มีทั้งมีมาแต่กำเนิด (innate coping mechanism) เป็นการถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ และมีกลไกที่เกิดจากการพัฒนาโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในชีวิตที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า (acquired coping mechanism) กลไกการจัดการนี้แบ่งได้ 2 ระบบย่อย คือ ระบบการควบคุม (regulator subsystem) เป็นกระบวนการควบคุมหลักที่เป็นผลมาจากการทำงานร่วมกันของระบบประสาท สารเคมี ต่อมไร้ท่อ ซึ่งแสดงออกมาในรูปของการรับรู้และการตอบสนองอย่างอัตโนมัติ เพื่อที่ควบคุมการทำงานของร่างกายให้อยู่สภาวะสมดุล มักจะเป็นการปรับตัวด้านสรีรวิทยา ส่วนอีกระบบหนึ่งคือระบบการคิดรู้ (cognator subsystem) เป็นระบบย่อยเกี่ยวกับกลไกการควบคุม การตอบสนองผ่านกระบวนการด้านอารมณ์และความคิด ซึ่งเป็นไปได้ 4 ช่องทาง คือ 1) กระบวนการรับรู้และจัดการกับข้อมูล ได้แก่ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบบุคคลจะต้องรับรู้สิ่งเร้านั้น แล้วจัดการเก็บเป็นข้อมูล 2) กระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบ บุคคลจะเกิดการตอบสนองใหม่ และปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาการตอบสนองใหม่เรื่อยๆ เพื่อเป้าหมายความสมดุลของระบบ 3) กระบวนการตัดสินใจ ได้แก่เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบบุคคลจะเกิดกระบวนการทางความคิด เลือกระทำการตอบสนองด้วยตนเอง 4) กระบวนการทางอารมณ์ ได้แก่ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบ บุคคลจะตอบสนองด้วยการปรับเปลี่ยนลักษณะทางความรู้สึก โดยระบบย่อยทั้งสองระบบนี้ ทำงานประสานกันตลอดเวลา ในแต่ละบุคคล เพื่อให้บุคคลปรับตัวสู่เป้าหมาย คือระบบเกิดความสมดุล ส่งผลให้เกิดการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและประเมินได้ (Andrews & Roy 1991 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; สุทธิพันธ์ น้าเพชร, 2542) ดังนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (physiological mode) เป็นการปรับเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางร่างกาย 9 ประการ คือ ออกซิเจน โภชนาการ การขับถ่าย การทำกิจกรรม และการพักผ่อน และการป้องกันอันตรายของร่างกาย นอกจากนี้การปรับตัวทางด้านร่างกายอย่างสมบูรณ์ยังรวมถึง การรับรู้ความรู้สึก สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การทำหน้าที่ของระบบประสาท และการทำงานของต่อมไร้ท่อ การปรับตัวทางด้านร่างกายเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกาย ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางด้านสรีระ (physiological integrity)

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self - concept - group identity mode) พฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ หรือเอกลักษณ์ของกลุ่มเป็นหนึ่งในสามทางด้านจิตสังคมที่เป็นปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านจิตใจ ที่เน้นเฉพาะเจาะจงทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของบุคคล การปรับตัวด้านนี้เกี่ยวข้องกับเจตคติ ความคิด ความรู้สึก ความสำนึกที่บุคคลมี ทั้งยังเป็นความเชื่อ และความรู้สึกที่บุคคลยึดเกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่งซึ่งเกิดจากการรับรู้ภายในตนเอง หรือการรับรู้จากปฏิกริยาที่บุคคลอื่นแสดงต่อตนเอง โดยแบ่งเป็น 2 คือ

อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) เป็นการรับรู้ภายในของตนเอง (body sensation) ความรู้สึกเกี่ยวกับสภาวะและสมรรถภาพร่างกายของตนเอง และการรับรู้ด้านภาพลักษณ์ของตน (body image) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับ ขนาด รูปร่าง หน้าตาท่าทางของตน

อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (personal self) เป็นการรับรู้ต่อตนเองด้านความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบ่งได้เป็น 3 ส่วนย่อย ได้แก่ ความสม่ำเสมอแห่งตน (self - consistency) เป็นการที่บุคคลพยายามไว้ซึ่งความสม่ำเสมอในชีวิตของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงความไม่สมดุลของชีวิต ด้านอุดมคติแห่งตน (self - ideal) เป็นสิ่งที่บุคคลต้องการจะทำได้ ความสามารถในการทำ ความมุ่งมั่นในการทำพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่จุดหมาย ส่วนด้านศีลธรรม จรรยาจิตวิญญาณแห่งตน (moral- ethical- spiritual self) นั้นบุคคลจะใช้ความรู้สึกเกี่ยวกับความเชื่อ ศีลธรรมจรรยาและค่านิยมทางจิตวิญญาณที่ตนยึดถือมาใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการดำเนินชีวิต ตลอดจนการประเมินสิ่งต่างๆที่เกี่ยวกับตนเอง

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) เป็นปฏิกริยาของบุคคลต่อสิ่งเร้าเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม (social integrity) โดยเน้นที่บทบาทและตำแหน่งหน้าที่ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นๆ โดยบุคคลจะต้องปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ของตนเองตามที่สังคมคาดหวังอย่างเหมาะสม ซึ่งจะประเมินได้จากพฤติกรรมที่สามารถวัดได้ (instrumental behaviors) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกต่อสังคมอย่างมีเป้าหมาย (goal oriented behaviors) โดยทั่วไปจะเป็นการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับทางด้านร่างกาย นอกจากนี้การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ยังประเมินได้จากพฤติกรรมการระบายออก (expressive behaviors) เป็น

พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกในด้านความรู้สึกและเจตคติ เป้าหมายของการระบายออกนี้จะเกิดขึ้น โดยตรงทันทีทันใด เป็นลักษณะธรรมชาติของบุคคลและเป็นผลจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การแสดงบทบาทนี้จะสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อบทบาทตามทฤษฎีของรอยได้แบ่งบทบาทของบุคคลออกเป็น 3 ประเภท (Andrews & Roy 1991) ดังนี้

บทบาทปฐมภูมิ (primary role) เป็นบทบาทที่บุคคลจะต้องแสดงออกตลอดระยะเวลาของช่วงชีวิต ซึ่งเป็นไปตามอายุ เพศ และพัฒนาการ เช่นบทบาทการเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ

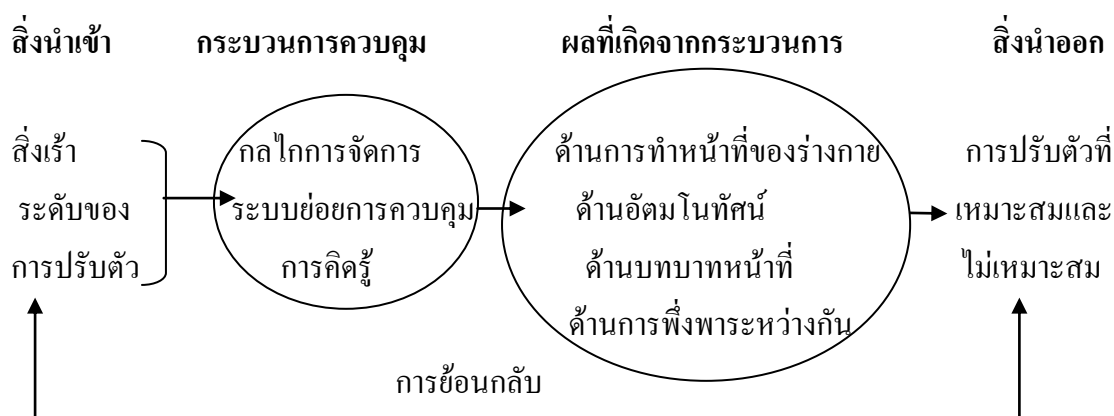
บทบาททุติยภูมิ (secondary role) เป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ตามพัฒนาการหรือบทบาทปฐมภูมิให้สมบูรณ์ บุคคลคนหนึ่งอาจจะมีบทบาททุติยภูมิได้หลายบทบาท เช่นบทบาทในครอบครัว การเป็นสามี การเป็นบิดา เป็นต้น บทบาททุติยภูมิจะมีความสำคัญต่อชีวิตและการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์ที่ต่างกัน ปัญหาในการปรับตัวด้านบทบาทมักพบบ่อยๆในบทบาทด้านทุติยภูมิ

บทบาทตติยภูมิ (tertiary role) จะมีลักษณะสัมพันธ์กับบทบาททุติยภูมิ เป็นบทบาทชั่วคราวที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม โดยที่บุคคลอาจเลือกบทบาทนี้ได้อย่างอิสระ เช่น การเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ แม้ว่าจะบางครั้งบทบาทนี้อาจเป็นบทบาทชั่วคราว ตัวอย่าง เช่น บทบาทผู้ป่วย แต่ถ้าเป็นบทบาทเรื้อรัง บทบาทตติยภูมิอาจกลายเป็นบทบาททุติยภูมิ เป็นต้น

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาหว่ากัน (interdependence mode) เป็นปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคมเช่นเดียวกับด้านบทบาทหน้าที่ แต่ในการปรับตัวด้านนี้จะเน้นที่ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของบุคคลหรือสิ่งอื่นๆในระบบสนับสนุน เกี่ยวกับการให้และการรับ ความรัก ความเคารพ และการมองเห็นคุณค่า โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมปรับตัวด้านพฤติกรรมกรรับ และพฤติกรรมกรช่วยเหลือ เพื่อสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของการให้ได้ความรัก ความเคารพ และการมองเห็นคุณค่า

พฤติกรรมปรับตัวของบุคคลทั้ง 4 ด้านมีความเกี่ยวข้องกัน โดยผลของการปรับตัวเกิดจากการทำงานร่วมกันของระบบย่อยการคิดรู้และระบบย่อยการควบคุมที่อยู่ในกลไกการจัดการ

ดังนั้นในการประเมินการปรับตัวของบุคคลจึงต้องประเมินพฤติกรรมปรับตัวของบุคคลทั้ง 4 ด้าน จากพฤติกรรมที่สังเกตได้ จากการสัมภาษณ์ ส่วนพฤติกรรมที่ไม่สามารถวัดได้นั้น บุคคลจะเป็นผู้ประเมินตนเองว่าเป้าหมายในการปรับตัวเกิดความสมดุลหรือไม่ หากบรรลุเป้าหมายการปรับตัวได้เป็นการปรับตัวที่เหมาะสมและพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ระบบของการปรับตัวจะย้อนกลับไปยังขั้นตอนของสิ่งนำเข้า ซึ่งสามารถแสดงแผนภูมิได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงระบบการปรับตัวของบุคคล

ที่มา : From Roy, C. (1984)

4.3 การประเมินการปรับตัวของรอย

การประเมินการปรับตัวตามทฤษฎีของรอยสามารถประเมินได้ในลักษณะของพฤติกรรม ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติการตอบสนองที่เกิดขึ้นภายในหรือปรากฏออกมาภายนอกของบุคคล รอยได้เสนอแนวทางในการประเมินพฤติกรรมปรับตัวของบุคคลในแต่ละด้าน (Andrews & Roy, 1991 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; สุทธินันท์ น้ำเพชร, 2542) ดังนี้

1. การประเมินการปรับตัวด้านร่างกาย เป็นการประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย ได้แก่ ออกซิเจน โภชนาการ การจับถ่าย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายของร่างกาย และกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบย่อยของการควบคุม ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก สารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ การทำหน้าที่ของระบบประสาทและการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งการประเมินสามารถกระทำได้ทั้งการวัด การสังเกต การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ การสัมภาษณ์หรือการรายงานด้วยตนเองของบุคคล

2. การประเมินพฤติกรรมปรับตัวด้านอत्मโนทัศน์ เป็นการประเมินพฤติกรรมปรับตัวทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกถึงความสุขสบายทางด้านร่างกาย ความรู้สึกเกี่ยวกับเพศและภาพลักษณ์ที่บุคคลมีต่อตนเอง รวมไปถึงการรับรู้ถึงความรู้สึกที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง รวมไปถึงการรับรู้ถึงความรู้สึกที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง การประเมินสามารถกระทำได้โดยการสังเกตจากท่าทาง บุคลิกลักษณะของบุคคล การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้ยังรวมถึงการประเมินความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านของความสม่ำเสมอ ด้านอุดมคติและด้านการศีลธรรมจรรยา และจิตวิญญาณแห่งตน ซึ่งการประเมินพฤติกรรมดังกล่าวนี้ได้มาจากการสังเกต การสัมภาษณ์ หรือการให้บุคคลเป็นผู้ทำการประเมินและรายงานตนเอง

3. การประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ เป็นการประเมินการปรับตัวตามบทบาททั้ง 3 บทบาท คือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ และรวมถึงการแสดงออกของพฤติกรรมชีวิต และพฤติกรรมการระบายนอก ซึ่งการประเมินนี้ได้จาก การสังเกต การสัมภาษณ์ หรือการให้บุคคลเป็นผู้ประเมินและรายงานตนเอง

4. การประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน เป็นการประเมินการปรับตัวที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต ผู้ป่วยกับบุคคลอื่นๆ หรือสิ่งอื่นที่เกี่ยวข้องในระบบสนับสนุน เกี่ยวกับพฤติกรรมทำให้และการรับความช่วยเหลือ ซึ่งการประเมินนี้ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์หรือการให้บุคคลเป็นผู้ประเมินและรายงานด้วยตนเองเช่นเดียวกัน

สำหรับการประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ศึกษาในครั้งนี้จึงใช้การสัมภาษณ์ ร่วมกับการสังเกตและการให้ผู้ป่วยเป็นผู้มีส่วนร่วมในการประเมินจากการบอกเล่า และอธิบายด้วยตนเอง ซึ่งเชื่อว่าเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจในผู้สูงอายุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้นการบอกเล่าโดยผู้ป่วยหรือถูกสังเกตพบโดยผู้อื่นเป็นการประเมินที่ทำให้รับรู้ และเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (บุญศรี นุเกตุ, 2550)

4.4 กระบวนการพยาบาลจิตเวชตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัว

กระบวนการพยาบาลจิตเวชตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy คือการส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย ทั้ง 4 ด้าน โดยเริ่มต้นที่การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยสภาพปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือ การวางแผน การเลือกใช้วิธีการพยาบาลและประเมินผลดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินระดับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย โดยเน้นพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

1) การปรับตัวด้านสรีรวิทยา เป็นความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ ออกซิเจน อาหาร การขับถ่าย กิจกรรมการพักผ่อน ระบบป้องกัน การรับรู้ความรู้สึกต่างๆ น้ำและอิเล็กโตรลัยท์ การทำงานของระบบประสาท และการทำงานของต่อมไร้ท่อ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สิ่งที่ต้องประเมินพฤติกรรมในด้านนี้ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร (น้ำหนักลดลง) การตื่นนอนเร็วกว่าปกติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรู้สึกต่างๆ การรู้สึกของผู้ป่วย เป็นต้น

2) การประเมินพฤติกรรมปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ได้แก่ ความรู้สึกต่อร่างกาย ภาพลักษณ์ ความมั่นคงในตนเอง ความคาดหวัง ความเชื่อ

3) การประเมินพฤติกรรมปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ พยาบาลต้องรวบรวม

ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการแสดงบทบาททั้งที่เป็นพฤติกรรมกระทำ และพฤติกรรมความรู้สึกของแต่ละบทบาท

4) การประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ประกอบด้วย การประเมิน 2 ส่วน ได้แก่ บุคคลสำคัญ คือบุคคลที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย การเอาใจใส่ดูแลที่ผู้ป่วยให้แก่คนอื่น (การให้) การเอาใจใส่ดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากคนอื่น (การรับ) และระบบสนับสนุนอื่นๆ เช่น ญาติ เพื่อน โดยการประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวในแต่ละด้านใช้เทคนิคการสังเกต สัมภาษณ์ และการตรวจร่างกาย ร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์และตัดสินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วย เป็นการประเมินระดับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลที่ได้รวบรวมมาในขั้นตอนที่ 1 นำมาพิจารณาตัดสินความสามารถในการปรับตัวหรือความสามารถในการปรับตัวโดยคำนึงถึงสภาวะของผู้ป่วยแต่ละรายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย เป็นการประเมินเพื่อสืบค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยพิจารณาสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว 3 ด้านดังนี้

- 1) ประเมินสิ่งเร้าโดยตรง เป็นการค้นหาสาเหตุโดยตรงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
- 2) ประเมินสิ่งเร้าร่วมหรือสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้อง เป็นการค้นหาสาเหตุอื่นๆ ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับสภาพพฤติกรรมตามปัญหาของผู้ป่วย
- 3) ประเมินสิ่งเร้าแฝง เป็นการค้นหาสาเหตุที่อยู่ภายในตัวผู้ป่วย เช่น ความคิด ความรู้สึก เจตคติต่อการบริการของการพยาบาลและสถานพยาบาลและพฤติกรรมอื่นๆ ซึ่งจะได้จากการสนทนาและรับฟังผู้ป่วยพูดและระบายความรู้สึก

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการระบุปัญหา เป็นขั้นตอนในการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย ภายหลังจากที่ได้ข้อมูลที่ได้มีการวิเคราะห์ให้ถูกต้องครบถ้วนแล้ว จึงนำข้อมูลมากำหนดเป็นหัวข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

- 1) ปัญหาสำคัญด่วนต้องช่วยเหลือทันที คือปัญหาที่คุกคามชีวิตความมั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ใกล้ชิด
- 2) ปัญหาสำคัญรองลงมาต้องได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว ได้แก่ ปัญหาที่คุกคามการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของผู้ป่วยและครอบครัว
- 3) ปัญหาสำคัญที่ต้องการการช่วยเหลือ ได้แก่ ปัญหาที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาและการเติบโตของผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 5 การกำหนดเป้าหมายในการพยาบาล เป็นการกำหนดเป้าหมาย

ปลายทางที่ต้องการให้เกิดขึ้นในผู้ป่วยภายหลังดำเนินกิจกรรมการพยาบาลไปแล้ว ในแนวคิด ทฤษฎีการปรับตัวของรอยก็คือ การช่วยให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม พฤติกรรมที่ผู้ป่วยปรับตัวคืออยู่แล้ว พยาบาลจะต้องตั้งเป้าหมายสูงขึ้นโดยส่งเสริมให้มีการปรับตัวยิ่งขึ้น เป้าหมายดังกล่าวควรเป็นเป้าหมายที่เกิดขึ้นได้จริงภายหลังจากที่ปฏิบัติการพยาบาลเสร็จสิ้น

ขั้นตอนที่ 6 เลือกกิจกรรมการพยาบาล เป็นการกระทำต่อผู้ป่วยโดยพิจารณาตาม

แผนการพยาบาลและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องโดยพิจารณาความเหมาะสมกับสถานการณ์และเลือกวิธีการ สถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นขณะนั้น ซึ่งในการพยาบาลจิตเวช พยาบาลจะต้องพิจารณาข้อมูลและสถานการณ์และเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม เพราะผู้ป่วยจิตเวชจะมีสภาพจิตใจที่ไม่อยู่นิ่ง

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล เป็นขั้นตอนของการสรุปผลและวิเคราะห์

ประสิทธิผลของสิ่งที่ได้ปฏิบัติไปแล้วโดยการสังเกตจากพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วยและข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ป่วยโดยตรงหรือจากบุคลากรอื่นๆ อาจใช้การสังเกต การตรวจสอบ และนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนทำการพยาบาลและสรุปผล

5 แนวคิดการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง

5.1 ความหมายของการระลึกถึงความหลัง

Butler (1963) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังเป็นการระลึกถึงความทรงจำในอดีตที่ผ่านมาของบุคคล เป็นกระบวนการพิจารณาการกระทำในอดีตของตนในหลายๆด้าน หลายๆแง่มุม และเป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนชีวิต (Life Review)

Burnside & Haight (1992) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังเป็นพฤติกรรมธรรมชาติของผู้สูงอายุซึ่งมีแนวโน้มของพฤติกรรมที่จะหวนคิดถึงสิ่งที่ผ่านมานานมากๆ และเหตุการณ์นั้นต้องมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับบุคคลนั้น

จงกรม ทองจันทร์ (2544) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังหมายถึง การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุนำเหตุการณ์ในอดีตที่น่าสนใจมาย้อนอดีต โดยมีขั้นตอนและเป้าหมายของการกระทำ

พิณลักษณ์ นิติภากรณ์ (2547) ให้ความหมายของการระลึกถึงความหลังไว้ว่า เป็นกระบวนการความคิดในการเรียกเหตุการณ์ในอดีต เกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ เช่นการพูดบอกเล่า การเขียนเล่าด้วยตัวหนังสือ การนั่งคิดเหตุการณ์ในอดีตเสียบ ๆ คนเดียว การไปเยี่ยมผู้ที่คุ้นเคย ฯลฯ ซึ่งมีทั้งที่ประกอบด้วยสาระ และแบบมีจุดหมายที่แน่นอน (มีรูปแบบ) และแบบไร้สาระและจุดหมาย (ตามธรรมชาติ) และในการระลึกถึงความหลังนี้จะมีขั้นตอนและเป้าหมายของการกระทำ

เรณู อินทร์ตา (2548) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังเป็นกระบวนการทางความคิดที่เรียก ความทรงจำในอดีตกลับมา เป็นการย้อนคิดถึงเรื่องราวประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา มีการคิดถึง ประสบการณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบคือสิ่งที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและทำให้เกิดความผิดหวัง ท้อแท้ใจ ซึ่งเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ

Cappeliez, Guindon, & Robitaille (2008) การระลึกถึงความทรงจำในอดีตของบุคคล โดย ปรากฏขึ้นเองตามธรรมชาติในการตอบสนองต่อ กลิ่น ความคิด หรือ ภาพหรือสิ่งที่ได้ทำให้สำเร็จ เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินหรือช่วยแก้ไขปัญหา

Bohlmeijer, Kramer, Smit, Onrust, & van Marwijk (2009); Westerhof, Bohlmeijer, & Webster (2010) การระลึกถึงความหลังเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นโดยความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ ซึ่งเป็น กระบวนการระลึกถึงความทรงจำเมื่อในอดีตของตนเอง ที่เกี่ยวข้องกับความทรงจำในชีวิตเฉพาะ บางช่วงบางตอนหรือช่วงชีวิตต่างๆ ไป เป็นความรู้สึกที่จดจำได้อย่างแม่นยำจากประสบการณ์เดิม โดยการระลึกถึงความทรงจำถึงประวัติชีวิตของตนเองสามารถทำได้ทั้งแบบรายบุคคลหรือแบบมี ผู้เข้าร่วม

โดยสรุป การระลึกถึงความหลังเป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ หรืออาจมีสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดขึ้น เช่น ภาพถ่าย สิ่งของที่ประทับใจ ให้นึกถึงเหตุการณ์ในอดีตที่มีความหมายต่อบุคคลนั้นทั้งด้านบวกและด้านลบและได้พิจารณาการกระทำในอดีตในหลายแง่มุม อาจเกิดได้ในขณะที่อยู่คนเดียวหรือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ถ่ายทอดออกมาโดยการเล่า เรื่องราว หรือการเขียนบันทึก

5.2 แนวคิดการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง

การระลึกถึงความหลังมีรากฐานมาจากแนวคิดการทบทวนชีวิตของ (Butler, 1963) ซึ่งการ ระลึกถึงความหลังได้รับความสนใจจากนักวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุหลังจากที่บัทเลอร์ได้กล่าวถึงการ สัมมนาในหัวข้อเรื่องการทบทวนชีวิตว่า เป็นการแปลความหมายของการมีชีวิตด้วยการระลึกถึง ความหลัง (Westerhof, et al., 2010) ซึ่งบัทเลอร์ กล่าวว่า โดยปกติผู้สูงอายุมีธรรมชาติชอบคิดและ พุดถึงอดีต พฤติกรรมเช่นนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุสร้อยเศร้า จนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ หรือรู้สึกปลื้มใจ พอใจตนเองก็ได้ หรือช่วยให้สามารถปรับตัวในช่วงชีวิตสูงวัยก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเรื่องราวที่นึกถึง นอกจากนี้บัทเลอร์ ยังนำธรรมชาติของการคิดถึงอดีตของผู้สูงอายุมาสร้างกระบวนการรักษา สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เรียกว่า “Planned Reminiscence” ซึ่งพบว่า วิธีการทำจิตบำบัดแบบนี้ช่วยให้ ผู้สูงอายุเข้าใจตนเองดีขึ้น ปรับตัวได้ดีขึ้น ยอมรับและกล้าเผชิญความตายมากขึ้น รู้สึกสงบสุข ทางกายและใจมากขึ้น (Butler, 1963) และ Haight & Burnside (1993) กล่าวว่า โดยธรรมชาติแล้ว จิตใจของคนจะพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไปได้ โดยการย้อนกลับไปสู่ความรู้สึกในจิตสำนึก ที่เป็น ประสบการณ์ในอดีต โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคับข้องใจ ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ และในขณะที่เดียวกัน

ก็จะสำรวจใหม่อีกครั้งเพื่อแก้ไขความคับข้องใจ นั้นและทำให้สมบูรณ์ขึ้นจะช่วยรักษาไว้ซึ่งความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง และเนื่องจากการระลึกถึงความหลังและแนวความคิดทบทวนชีวิตมีความคล้ายคลึงกัน ไม่มีความชัดเจน จึงมีความสับสนในการนำไปใช้ (Haight & Burnside, 1993) อธิบายถึงคุณลักษณะของการทบทวนชีวิตและการระลึกถึงความหลัง สรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของการระลึกถึงความหลัง และการทบทวนชีวิต

การระลึกถึงความหลัง	การทบทวนชีวิต
1. เป็นบทบาทอิสระไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ	1. กระทำโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้สูงอายุและสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น ทางด้านจิตวิทยา
2. เป็นการส่งเสริมทางจิตสังคม (psychosocial intervention)	2. เป็นการบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ (psychoanalytically based intervention)
3. เป็นการย้อนหลังเพียงบางส่วนของชีวิต และเน้นความทรงจำที่มีความสุข	3. เป็นการย้อนคิดในเรื่องที่ก่อให้เกิดความรู้สึกผิด หรือขัดแย้ง เพื่อช่วยแก้ความรู้สึกเหล่านั้น และเพื่อช่วยให้มีความรู้สึกพร้อมในการตาย
4. ขณะย้อนคิดถึงอดีต การระลึกถึงความหลังเป็นเพียงสรุปสั้นๆ	4. ขณะย้อนคิดถึงอดีต การทบทวนชีวิตจะมีการวิเคราะห์ และประเมินผล
5. การระลึกถึงความหลังจะกระทำได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม	5. การทบทวนชีวิตจะกระทำเป็นรายบุคคล
6. กระทำได้ทั้งผู้ที่มีความจำดีและผู้ที่มีความจำเสื่อม	6. กระทำในผู้ที่มีความจำดี

5.3 เป้าหมายของการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง

การระลึกถึงความหลังมีหลายเป้าหมาย โดยเฉพาะความพึงพอใจในประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ในด้านการส่งเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Haight & Burnside, 1993) จึงพอสรุปเป้าหมายในการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลังดังนี้ 1) เพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 2) พัฒนาทักษะในการสื่อสาร 3) เกิดความพึงพอใจ 4) เป็นการให้ข้อมูล 5) รู้สึกสบายใจ สุขใจ 6) เกิดสายสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัว

5.4 กลไกการทำหน้าที่ของการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง

Cappeliez (2005) สรุปถึงการทำหน้าที่ของการระลึกถึงความหลังมี 3 ส่วนทำงานประสานกันดังนี้ 1) การทำหน้าที่ของบุคคล เริ่มจากการที่บุคคลรับรู้หน้าที่ของตนเอง รับรู้อัตมโนทัศน์ของตนเองตามความเป็นจริง ทำให้เกิดการค้นหาคำหมายของชีวิตที่เกิดขึ้นในอดีตและ

สืบเนื่องมาถึงปัจจุบัน เกิดความเข้าใจ ยอมรับตนเองทางบวก 2) การชี้แนะ เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคคลที่ถ่ายทอดให้ผู้อื่น เกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา ความคับข้องใจในอดีต และนำมาปรับใช้ในปัจจุบัน และ 3) พันธะทางสังคม ทำให้เกิดสายสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ทำให้รู้สึกสุขใจ สบายใจ ฟังพอใจในชีวิตและส่งเสริมการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและผู้อื่น ได้ดียิ่งขึ้น (รังสิมันต์ สุนทร ไซยา, 2553)

Webster, 1993 cited in (Florence Gray Soltys & A.Kunz, 2007) ได้จำแนกการทำหน้าที่ของการระลึกถึงความหลังไว้ดังนี้ เป็นเอกลักษณ์ของบุคคลได้ค้นพบลักษณะเฉพาะตัวของตนเอง เข้าใจรับรู้ตัวตนที่เป็นจริง ช่วยลดความเบื่อหน่าย จากการได้ทำบางสิ่งบางอย่าง เช่น การสนทนา ทำให้ค้นพบสัมพันธ์ภาพจากเพื่อนใหม่ที่เป็นวัยสูงอายุด้วยกัน การสอน การชี้แนะบุคคลที่อายุอ่อนกว่า รวมไปถึงสมาชิกในครอบครัวที่คงความใกล้ชิด จากความทรงจำต่อบุคคลที่มีความสำคัญ ช่วยในการแก้ไขปัญหา สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจต่อตนเอง จากประสบการณ์การแก้ไขปัญหาในอดีต และการนำมาใช้ในปัจจุบัน และเป็นการเตรียมความพร้อมต่อการตายอย่างสงบ จากการมองเห็นคุณค่าของตนเองในช่วงของการมีชีวิตอยู่

5.5 กระบวนการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง

การเข้าใจในกระบวนการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลังมีความสำคัญ เพื่อสะดวกและความเข้าใจที่ตรงกันของผู้บำบัดและผู้สูงอายุที่เริ่มต้นในการดำเนินกิจกรรมการระลึกถึงความหลัง ซึ่งกระบวนการประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ (Hamilton, 1992)

1. ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (Memory) คือการเลือกเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึกที่ฟังพอใจในอดีตและความรู้สึกนั้นยังคงอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องตลอดมา
2. ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น (Experiencing) คือ ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึกของคนที่มิต่อเหตุการณ์นั้น และบอกความรู้สึกให้ได้ว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมายหรือมีคุณค่าอย่างไรต่อบุคคลจึงทำให้บุคคล เก็บ จำความทรงจำนั้นตลอดเวลาและเลือกที่จะนำมาแบ่งปัน
3. ระยะการแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง (Social interaction) เป็นระยะของการแบ่งปันประสบการณ์ความรู้สึก อารมณ์และความคิด ที่บุคคลมีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่น ฟังและยังถือว่าการช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและสนับสนุนให้มีการเปิดเผยตนเอง (Self Expression)
4. ระยะสิ้นสุดการบำบัด (Closure) เป็นระยะยุติสัมพันธ์ภาพซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญ เมื่อถึงกำหนดระยะเวลาตามที่ตกลงกันมาถึงสัมพันธ์ภาพควรต้องยุติตามข้อตกลง เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพ

5.6 ประเภทของการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง เมอร์เรียม (Merriam, 1989 cited in Jones, 1998) ได้แบ่งการระลึกถึงความหลัง ออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การระลึกถึงความหลังแบบธรรมดา (simple reminiscence) หมายถึง การย้อนคิดถึงความหลัง โดยปราศจากการวิเคราะห์และประเมิน ซึ่งอาจเกิดขึ้นตามธรรมชาติ เช่นการได้ การย้อนคิดถึงกลิ่นหอมของดอกไม้ที่เคยประทับใจในอดีต ก็เกิดการย้อนคิดถึงอดีต หรืออาจเกิดขึ้นจากการร้องขอ ก็เกิดการย้อนคิดถึงได้เช่นกัน
2. การระลึกถึงความหลังเพื่อให้ข้อมูล (informative reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึงประสบการณ์ และความรู้ในอดีตของผู้สูงอายุ และเล่าสู่บุคคลรุ่นหลัง โดยการพูด หรือเขียน เช่น การเขียนถึงชีวิตของตนเอง
3. การทบทวนชีวิต (life review) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังที่แตกต่างจากการระลึกถึงความหลังแบบธรรมดา และการระลึกถึงความหลังเพื่อให้ข้อมูล ทั้งวัตถุประสงค์และรูปแบบการทบทวนชีวิต เป็นการย้อนคิดถึงความหลังเพื่อแก้ปัญหา หรือข้อขัดแย้งในอดีต

5.7 รูปแบบของการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง

ในการระลึกถึงความหลังสามารถทำได้ 2 รูปแบบ (Hamilton, 1992)

1. การระลึกถึงความหลังเฉพาะรายบุคคล (One-to-One Reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังของผู้สูงอายุเฉพาะรายอาจจะมีความพร้อมหรือไม่มีพร้อมในการพูดก็ได้ โดยผู้สูงอายุอาจจะพูดถึงความหลัง หรือความรู้สึกในอดีต และพยาบาลจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี ยอมรับฟังด้วยการแสดงออกทางสีหน้า ทางความรู้สึก การระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคลนี้ จำนวนครั้งยิ่งมากยิ่งดี (3 ครั้งต่อสัปดาห์) ใช้ระยะเวลาในแต่ละครั้งประมาณ 30 นาที เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางความคิดหรือเป็นคนขี้อาย (Snyder, 1998)
2. การระลึกถึงความหลังแบบกลุ่ม (Group reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังร่วมกันเป็นกลุ่มโดยมีสมาชิก 4 – 10 คน (Hamilton, 1992; Ebersol, 1978) ซึ่งสมาชิกจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพผู้สูงอายุ ถ้าสมาชิกมากเกินไปจะทำให้ผู้สูงอายุบางคนอาจไม่เกิดความรู้สึกระลึกถึงความหลัง ถ้าสมาชิกน้อยเกินไป จะไม่มีความหลังหลากหลาย ระยะเวลาในการทำกลุ่มแต่ละครั้งประมาณ 45 – 60 นาที (Snyder, 1998) จำนวนครั้งในการทำกลุ่ม 5 – 10 ครั้ง (Ebersol, 1978) ความถี่ในการทำกลุ่ม 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ สถานที่ในการทำกลุ่ม ต้องมีบรรยากาศเอื้ออำนวยต่อการระลึกถึงความหลัง และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น เงียบ กว้างเพียงพอสำหรับกลุ่ม สะดวกสบายในการเข้าห้องน้ำ รวมทั้งควรมีอาหารหรือเครื่องดื่ม และอาจตกแต่งด้วยอุปกรณ์ที่เหมาะสม หัวข้อในการระลึกถึงความหลังแต่ละครั้ง เช่น เมื่อพูดถึงวันสงกรานต์ อาจจะมีขันทันน้ำ

ใต้น้ำอบมาวางไว้ เป็นต้น มีการกำหนดหัวข้อและกิจกรรมในการกระตุ้นให้เกิดการระลึกถึงความหลังในแต่ละครั้ง เริ่มต้นจากการแนะนำสมาชิกในกลุ่ม หัวข้อจะเริ่มจากง่าย ๆ แล้วเพิ่มความเข้มข้นเรื่อยๆ เช่น เริ่มจากวัยทารก อาจพูดถึงสถานที่ที่เกิด เป็นต้น

5.8 ผลของการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง มักแตกต่างกันตามวิธี เช่น แบบรายบุคคลหรือกลุ่ม หรือเครื่องมือที่ใช้วัด (Haight, 2006; Haight & Burnside, 1993) พอสรุปได้ดังนี้ โดยทั้ง 2 แบบ สามารถลดพฤติกรรมการแยกตัวได้ ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น ช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มความตื่นตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนในการทำกระบวนการกลุ่มทำให้เกิดผลลัพธ์ในการมีเพื่อนเพิ่มมากที่สุด และยิ่งไปกว่านั้นการได้รับความไว้วางใจจากกลุ่มการระลึกถึงความหลังในประสบการณ์ที่ตนประสบผลสำเร็จ (Haight & Burnside, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับ (Florence Gray Soltys & A.Kunz, 2007) ได้กล่าวถึงผลของการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลังไว้ ดังนี้

1. ทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ มีความสุขจากเหตุการณ์ เรื่องราวที่จดจำ
2. การได้ระลึกถึงความทรงจำช่วยแบ่งปันประสบการณ์ความทุกข์ของชีวิต
3. การระลึกถึงความยากลำบากที่ต้องเผชิญในอดีตที่ผ่านมา ช่วยให้บุคคลกล้าเผชิญความยากลำบากนั้นได้ในปัจจุบัน
4. การระลึกถึงความหลังช่วยให้บุคคลยอมรับการสูญเสียทั้งจากบุคคล สัตว์เลี้ยง หรือวัตถุสิ่งของต่างๆ ในช่วงเวลาของการมีชีวิตอยู่
5. การระลึกถึงความหลังช่วยให้บุคคลตระหนักรู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน มีบทบาทหน้าที่อย่างไร
6. การระลึกถึงความหลังช่วยให้เชื่อมต่อช่องว่างที่เกิดระหว่างวัย โดยผ่านเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต ความมีคุณค่า และความเชื่อ
7. การระลึกถึงความหลังช่วยคงไว้ซึ่งความทรงจำที่ผ่านมาจากการทำงานประสานกันของสมอง ส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองและพัฒนาด้านการคิดของผู้สูงอายุ

6. โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง

โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังเป็นการประยุกต์แนวคิดการปรับตัวของ Roy (1984) ที่กล่าวว่า มนุษย์จะมีการปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย โดยผ่านกลไกการควบคุมและการคิด ซึ่งจะทำหน้าที่ในการปรับตัวทั้ง 4 ด้านเป็นไปอย่างสมบูรณ์ การปรับตัวที่ดีจะทำให้มนุษย์บรรลุเป้าหมายของการมีชีวิตและสามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆในชีวิตได้ และแนวคิดการระลึกถึงความหลังของ Butler (1963) เป็นการระลึกถึงความทรงจำ

ในอดีตที่ผ่านมาของบุคคล เป็นกระบวนการพิจารณาการกระทำในอดีตของตนในหลายๆด้าน หลายๆแง่มุม โดยธรรมชาติของผู้สูงอายุชอบคิดและพูดถึงอดีต ผู้วิจัยเน้นประสบการณ์ในอดีตด้านบวก เพื่อนำมาซึ่งความรู้สึกปลื้มใจ พอใจในตนเอง ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งนำการระลึกถึงความหลังมาเชื่อมโยงเข้าไปในกระบวนการการปรับตัวในแต่ละด้านของรอย โดยมีการประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เป็นการค้นหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละด้านของรอย เพื่อระบุปัญหา นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกันกับผู้ป่วย และขั้นตอนสุดท้ายคือ การเลือกกิจกรรมให้สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาและพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยใช้การระลึกความหลังถึงประสบการณ์ในอดีตด้านบวก ได้แก่ การระลึกความหลังถึงประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยของตนเองในอดีต การระลึกความหลังถึงเหตุการณ์ที่ประทับใจหรือภาคภูมิใจของตนเองในอดีต การระลึกความหลังถึงบทบาทหน้าที่ที่ประสบผลสำเร็จในอดีต การระลึกความหลังถึงการเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นในอดีต และในสัปดาห์สุดท้ายเป็นการประเมินผล ทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีต เพื่อให้มีเป้าหมายในการปรับตัว และการนำเอาประสบการณ์ในอดีตที่ประสบผลสำเร็จจากการระลึกถึงความหลังเชื่อมโยงให้แสดงถึงความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ส่งเสริมให้เกิดกลไกการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดการปรับตัวในแต่ละด้านและนำไปสู่การลดอาการซึมเศร้า ดังนี้

ครั้งที่ 1 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมาย และการระลึกถึงความหลังต่อด้าน
สตรีวิทยา โดย1) ประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านสตรีวิทยา 9 เรื่อง ได้แก่ อาหารหรือโภชนาการ พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ การเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง, เรื่องการขับถ่าย พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ อาการท้องผูก, เรื่อง กิจกรรมและการพักผ่อน พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ ความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง การตื่นนอนเร็วกว่าปกติ อ่อนเพลีย, เรื่องการรับรู้ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ การติดต่อกับสื่อสารบกพร่อง, เรื่องการทำหน้าที่ของระบบประสาท พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ กระบวนการคิดบกพร่อง อารมณ์แปรปรวนแปร่งาย, เรื่องการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ ความเหนื่อยล้า มีความเครียด (ในเรื่องออกซิเจนและน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ ผู้วิจัยประเมินจากประวัติและการสังเกตก่อนการทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง) และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินสิ่งเร้าของตนเองจากคำบอกเล่าถึงอาการของตนเอง โดยใช้คำถาม “มีอาการผิดปกติอย่างไร ที่ทำให้ต้องไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคซึมเศร้า” 2) ระบุปัญหาของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินด้านสตรีวิทยา 3) กำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกับผู้ป่วย คือ การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเข้าใจถึงปัญหาด้านสตรีวิทยา และแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นจากการบอกถึงความต้องการของผู้ป่วย และ 4) การระลึกถึงความหลังต่อด้านสตรีวิทยา

เป็นการระลึกถึงประสบการณ์ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของโรคซึมเศร้าและร่วมมือในการวางแผนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ในผู้สูงอายุมักมีโรคทางกายอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งโรคทางกายอาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ง่ายขึ้นหรือกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้ามากขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) ผู้วิจัยให้ความรู้ เพื่อสนับสนุนให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ละด้าน เกิดความเชื่อมั่นในการนำไปปฏิบัติได้เอง สามารถปรับตัวในการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมั่นใจ มีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (ปรีชา อุปโยคิน, 2553) เมื่อผู้ป่วยมีทักษะมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาจากอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ส่งผลให้ลดระดับอาการซึมเศร้าและปรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ (นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร, 2553)

ครั้งที่ 2 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและ การระลึกถึงความหลังต่อการรับรู้ด้านอัตมโนทัศน์ โดย 1) ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมและสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ด้านอัตมโนทัศน์ ในเรื่อง ความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ภาวะสูญเสีย ความรู้สึกผิด ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง โดยใช้คำถาม “ท่านคิดว่าตนเองเป็นคนอย่างไร” 2) ระบุปัญหาที่ได้จากการประเมินต่อการรับรู้ด้านอัตมโนทัศน์ 3) กำหนดเป้าหมายในการดูแลร่วมกันกับผู้ป่วยคือการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนับรู้ตนเองถึงความสามารถและการยอมรับตนเอง 4) ให้ผู้ป่วยระลึกถึงความหลังต่อภาพลักษณ์ของตนเองในช่วงวัยที่ผ่านมา และให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์ที่น่าประทับใจหรือภาคภูมิใจเกี่ยวกับตนเองในอดีต โดยมีสิ่งกระตุ้น เช่นภาพถ่าย ของที่ระลึก (ที่ผู้ป่วยนำมา) หรือสิ่งของที่มีความสำคัญต่อเหตุการณ์ที่ระลึกถึง (Jones, 2003) ผู้ศึกษาช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ตนเองและส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อสิ่งที่ถูกต้อง สิ่งที่ดีงามที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ โดยการฝึกทักษะการคิดเชิงบวก และการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและพึงพอใจในชีวิต (บุญศรี นุเกตุ, 2550) ส่งผลต่อการปรับตัวและลดระดับอาการซึมเศร้าและการปรับตัว ผู้สูงอายุที่รู้จักและเข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จุดเด่น จุดด้อย สามารถควบคุมการจัดการกับตนเองในด้านต่างๆ ได้เป็นอย่างดี (คุชฎีกฤษฎี, 2551)

ครั้งที่ 3 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและ การระลึกถึงความหลังต่อบทบาทหน้าที่ โดย 1) ประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านบทบาทหน้าที่ จากการสอบถามถึงการทำหน้าที่ในปัจจุบัน และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) ระบุปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนับรวมกันกับผู้ป่วย ในเรื่อง การปรับตัวต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า การปรับตัวต่อการสูญเสียบทบาทหน้าที่และอาชีพ 3) กำหนดเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับและปรับตัวได้กับบทบาทการเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และบทบาทอื่นๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป 4) ให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงความหลังในการทำบทบาทหน้าที่ที่ประสบผลสำเร็จในช่วงวัยที่ผ่านมา ที่ตนเองรู้สึกภาคภูมิใจที่

สามารถเอาชนะต่อปัญหาและอุปสรรคต่างๆได้ และการทำบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การส่งเสริมให้เกิดการยอมรับบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป แสดงให้เห็นถึงการที่บุคคลจะปรับตัวต่อการเป็นผู้ป่วยวัยสูงอายุได้ดีเพียงใด ย่อมน่าจะขึ้นอยู่กับการยอมรับบทบาทของตนเองในขณะนั้น ในแต่ละช่วงวัย ซึ่งบทบาทดังกล่าว จะส่งผลไปถึงการยอมรับบทบาททางสังคม ที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคตด้วย การเปลี่ยนแปลงบทบาทอาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วยวัยสูงอายุในหลายด้าน เช่นปัญหาทางการเงินเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุมีระดับอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น(ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) นอกจากนี้การสร้างบทบาททางสังคมของตนขึ้นมาใหม่ เพื่อทดแทนบทบาทหน้าที่ที่สูญเสียไป และการมองเห็นคุณค่าของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งบทบาทใหม่ของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัว เช่นการเป็นผู้ให้การอบรมสั่งสอนบุตรหลานหรือเป็นที่ปรึกษา เป็นต้น ส่วนบทบาทต่อชุมชนหรือสังคม ได้แก่ บทบาทผู้นำทางศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณี บทบาทด้านผู้นำชุมชน บทบาทการช่วยเหลือสังคม เป็นต้น (บุญศรี นุเกตุ, 2550) การแสดงบทบาทเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุภาคภูมิใจ และเห็นความสำคัญของตน (ปรีชา อุปโยคิน,2553)

ครั้งที่ 4 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและ การระลึกถึงความหลังต่อ

การพึ่งพาระหว่างกัน โดย 1) ประเมินพฤติกรรมและสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ในเรื่อง ความต้องการที่จะให้และได้รับความรัก การเอาใจใส่ดูแล ระบบสนับสนุน รวมทั้งทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ 2) ระบุปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุร่วมกัน ในเรื่อง ความรู้สึกโดดเดี่ยว การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ขาดการสนับสนุน และขาดสัมพันธภาพ 3) กำหนดเป้าหมายการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเพียงพอในอารมณ์ความรัก ความเอาใจใส่ดูแล และการมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ 4) การระลึกถึงความหลังต่อการพึ่งพาระหว่างกัน เป็นการระลึกถึงความหลังที่ตนได้เป็นที่พึ่งพิงของผู้อื่นในอดีต การอธิบายถึงความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้น จะนำมาซึ่งความรู้สึกภาคภูมิใจในความสำคัญของตนเองที่เกิดขึ้นในอดีต และกิจกรรมเสริมสร้างทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยให้เลือกข้อความที่มีความหมายดี ที่ต้องการพึ่งจากบุคคลอื่น และที่เราพูดกับบุคคลอื่น จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว มากที่สุด (อุษา เอี่ยมสังข์, 2546) การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะครอบครัวเกิดได้จากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น (บุญศรี นุเกตุ, 2550) ปัญหาความสัมพันธ์ที่ไม่ดีภายในครอบครัวเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าได้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ดังนั้นการสนับสนุนให้เกิดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจึงเป็นการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อการพึ่งพิงผู้อื่นได้ (ดวงใจ กสถานติกุล, 2542)

ครั้งที่ 5 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีต เป็นการประเมินผลทั้ง 4 ครั้ง ผู้วิจัยทำการประเมินสิ่งเร้าที่ส่งผลต่อการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์การเรียนรู้การแก้ไขปัญหาใน 4 ครั้งที่ผ่านมา เพื่อค้นหาปัญหาของการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันและทบทวนแนวทางในการแก้ไขปัญหาการปรับตัวที่ส่งผลต่อการลดระดับอาการซึมเศร้า

โดยสรุปในแต่ละครั้งของการระลึกถึงความหลังจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารู้จักและเข้าใจตนเองมากขึ้นจากการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตของตนเอง เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ในอดีตทั้งของตนเองและผู้อื่นทางบวก มีความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ดำเนินชีวิตประจำวันด้วยความมั่นใจ และตระหนักว่าร่างกายและจิตใจของตนเองเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกัน ควรให้ความใส่ใจดูแลไปด้วยกัน ส่งผลต่อการปรับตัวและช่วยลดอาการซึมเศร้าได้

7.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงความหลัง

พิณลักษณ์ นิติภากรณ์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 12 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 6 คน ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรม เป็นการระลึกถึงความหลังแบบรายกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 60 นาที โดยการทดลองมี 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงเหตุการณ์อดีตทางบวกของแต่ละคน แต่ละช่วงวัยที่ผ่านมา ให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้น และบอกเล่าเรื่องราวให้สมาชิกในกลุ่มได้ฟัง พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกลุ่มกับผู้สูงอายุ และระหว่างผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มด้วยกัน ก่อให้เกิดการตระหนักรู้ในคุณค่า

เรณู อินทร์ตา (2548) ศึกษาผลของการระลึกถึงความหลัง ต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดปราจีนบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบศึกษา 2 กลุ่มวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนความซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 13-24 คะแนน จำนวน 20 คน มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน ได้รับการระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคลที่บ้านและยุติความสัมพันธ์ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า 1) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง มีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งสองกลุ่มพบว่า

กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง มีภาวะซึมเศร้าทุกช่วงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง มีภาวะซึมเศร้า

Jones (2003) ได้ศึกษาการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลังของผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าในสถานสงเคราะห์คนชราจำนวน 30 คนมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 81.7 ปี ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลังที่มีรูปภาพของครอบครัว สมุดจดบันทึกส่วนตัว เป็นสิ่งกระตุ้นช่วยในเรื่องความทรงจำ วัตถุประสงค์ก่อนและหลังทดลองโดยใช้ TGDS โดยพบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง มีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Shu-Yuan, et al. (2006) ได้ศึกษาผลของการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจต่อชีวิตของผู้สูงอายุในบ้านพัก เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มในบ้านพักคนชรา ต่อภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจต่อชีวิต โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน ใช้เวลา 9 สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง มีการวัดผลก่อนและหลัง 1 สัปดาห์ในการบำบัด พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อ ภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจต่อชีวิตของผู้สูงอายุ แต่การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มช่วยเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นของผู้สูงอายุได้

Bohlmeijer, et al. (2009) ได้ศึกษาผลของการใช้การระลึกถึงความหลังต่อการจัดการกับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ที่นำการพูดคุยเรื่องราวในชีวิตของผู้ป่วย (The story of your life) ร่วมกับการระลึกถึงความหลังมาใช้ในการบำบัด โดยโปรแกรมมีทั้งหมด 7 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมงและติดตามผลหลังสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอายุมากกว่า 55 ปี มีคะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยใช้แบบประเมิน (CES-D) การศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมมีระดับคะแนนซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความสามารถในการจัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยตนเองสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

Korte, Bohlmeijer, Westerhof, & Pot (2011) ศึกษาการระลึกถึงความหลังและการปรับตัวต่อเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตของผู้สูงอายุต่ออาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของการระลึกถึงความหลังในการปรับตัวต่อเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีอาการระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยศึกษากับผู้สูงอายุชาว

ฮอลล์แลนด์ จำนวน 171 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 64 ปี (SD = 7.4) ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยใช้แบบวัดเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต, การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง, อาการซึมเศร้า, ความวิตกกังวลและความพึงพอใจในชีวิต โดยการระลึกถึงความหลังทำหน้าที่เกี่ยวกับเอกลักษณ์ของบุคคล การแก้ไขปัญหา ความขมขื่นในชีวิต ความเบื่อหน่าย ผลการศึกษาพบว่าเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเอกลักษณ์ของบุคคลและการแก้ไขปัญหา ส่วนความขมขื่นในชีวิต และความเบื่อหน่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า และความวิตกกังวล และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิต ส่วนการแก้ไขปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด เมื่อศึกษาการทำหน้าที่ทั้งหมดของการระลึกถึงความหลัง พบว่า การแก้ไขปัญหาเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเพียงอย่างเดียว ส่วนความขมขื่นในชีวิตเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว

อุษา เอี่ยมสังข์ (2546) ศึกษาการปรับตัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการปวด และระยะเวลาของอาการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า เพศ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และหาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 160 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุด รองลงมาคือความรุนแรงของอาการปวดและระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Patton (2004) ศึกษาการสังเคราะห์การใช้รูปแบบการปรับตัวของรอยในการพยาบาลสุขภาพจิตแบบเฉียบพลัน การศึกษานี้ได้อธิบายการใช้รูปแบบการปรับตัวของรอยโดยสังเคราะห์จากกรอบแนวคิดของแมคเคนนา (McKenna's (1997) โดยผู้วิจัยเชื่อว่าการสังเคราะห์ตามกรอบแนวคิดนี้สามารถสรุปลักษณะที่เกิดขึ้นได้ หลังจากทดลองใช้รูปแบบนี้ภายใต้หัวข้อที่แตกต่างกันไป โดยผู้วิจัยใช้การอ้างอิงจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และจากประสบการณ์การนำรูปแบบของรอยไปใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันและนำมาใช้กับกรณีศึกษาด้วยตนเอง จากทฤษฎีและข้อสันนิษฐานต่างๆจำนวนมาก จึงไม่มีข้อสงสัยในรูปแบบของรอย เนื่องจากรูปแบบที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตทางด้านบวก

รุจิรงค์ แอกทอง (2549) ศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครปฐม จังหวัด นครปฐม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครปฐมจำนวน 370 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีการปรับตัวอยู่ในระดับดี ส่วนผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัว รายได้ ระดับการศึกษาต่างกัน มีการปรับตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Bakan & Akyol (2008) ได้ศึกษาการนำทฤษฎีมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว การศึกษานี้ได้อธิบายถึงผลของการนำรูปแบบการปรับตัวของ รอยมาในการทดลองเป็นโปรแกรมการปรับตัวผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 43 คน (กลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินทางด้านร่างกาย, ตอบแบบสอบถาม Minnesota Living with Heart Failure, การประเมินการสนับสนุนทางสังคม และทดสอบการเดิน 6 นาที (the 6 – Minute Walk Test) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการปรับตัวได้ดีทั้ง 4 ด้านของรอย และมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น โดยมีความสามารถในการทำหน้าที่และการสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้น การพึ่งพาอาศัยผู้อื่นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ดำเนินกิจกรรมจำนวน 5 ครั้งๆละ 60 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์

(ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งและสัปดาห์ที่ 3 จำนวน 1 ครั้ง)

(ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งเริ่มต้นจาก ข้อ 1-3)

1. การประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว
2. ระบุปัญหาของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมิน
3. กำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกับผู้ป่วย
4. การระลึกถึงความหลังตามการปรับตัว

ครั้งที่ 1 การระลึกถึงความหลังต่อต้านสรีรวิทยา

ครั้งที่ 2 การระลึกถึงความหลังต่อการรับรู้ด้านอัตมโนทัศน์

ครั้งที่ 3 การระลึกถึงความหลังต่อบทบาทหน้าที่

ครั้งที่ 4 การระลึกถึงความหลังต่อการพึ่งพาระหว่างกัน

ครั้งที่ 5 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีต

อาการ
ซึมเศร้า

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) คือการศึกษา 2 กลุ่ม แบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน วัดผลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการการระลึกถึงความหลัง ดังนี้ (Burns & Grove, 1997 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552)

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

O₁ = การประเมินระดับอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนได้รับ

โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง

O₂ = การประเมินระดับอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับ

โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง

X = โปรแกรมการระลึกถึงความหลัง

O₃ = การประเมินระดับอาการซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ = การประเมินระดับอาการซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM – IV (Major Depressive Disorder) ที่มารับการรักษาแผนกจิตเวชงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM – IV (Major Depressive Disorder) ที่มารับการรักษาแผนกจิตเวชงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรีที่มีค่าคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 13-24 คะแนน (เป็นผู้มีความเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) และไม่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 30 คนโดยผู้วิจัยคัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM – IV
3. ประเมินระดับความซึมเศร้าจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) ที่มีค่าคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 13-24 คะแนน (เป็นผู้ที่มีความเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง)
4. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) โดยมีคะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน ในผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา และคะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน ในผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา
5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) (Pilot & Beck, 2004 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) โดยนํานงานวิจัยของพิณลักษณ์ นิติภากรณ์ (2547) มาร่วมกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 92 % ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (ดังแสดงในภาคผนวก) พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 11 คน ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างที่อาจขาดหายไปในระหว่างการทดลอง (Drop out) ในการระหว่างการทดลองกลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถดำเนินกิจกรรมได้ทุกครั้งตามโปรแกรม

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จับคู่ (Pair matching) กลุ่มละ 15 คน รวมเป็นจำนวน 30 คน และสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. ผู้วิจัยได้ทำการจับคู่ (Pair matching) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ โดยให้มีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่องต่อไปนี้

เพศ เนื่องจากพบว่า ผู้หญิงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า (Blazer, & Hybels, 2005)

อายุ จากการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบนพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.214$) (สุภาภรณ์ สังขมรรท, 2549) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดช่วงอายุของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าตามการศึกษาของ

Field & Minkler, (1988) ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ วัยสูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60-74 ปี, วัยสูงอายุตอนกลาง มีอายุระหว่าง 75-84 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป

ความเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังอื่นๆ จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่าการมีโรคเรื้อรังมีผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติไป ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 21 (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543)

ยาด้านเศร้าที่ได้รับ ยารักษาโรคซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกัน การเลือกใช้ยาจะคำนึงถึงประวัติการตอบสนองต่อการรักษาในอดีต ความเจ็บป่วยทางกาย ปฏิกริยากับยารักษาโรคอื่นที่ผู้ป่วยใช้ร่วมกัน และผลข้างเคียงต่างๆของยาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2552)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรี เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2554 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นความลับ และผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง โดยใช้แนวคิดการปรับตัวของ Roy (1984) และแนวคิดการระลึกถึงความหลังของ Butler (1963) มาประยุกต์เป็น โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุโดยมีขั้นตอนในการสร้างคู่มือดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า การระลึกถึงความหลังของ Butler (1963) และแนวคิดการปรับตัวของ Roy (1984)

1.2 นำแนวคิดการระลึกถึงความหลังของ Butler (1963) และแนวคิดการปรับตัวของ Roy (1984) จากการทบทวนวรรณกรรมมาผสมผสานกัน โดยเชื่อมโยงการระลึกถึงความหลังไปในกระบวนการปรับตัวทั้ง 4 ด้านของรอย

1.3 สร้างโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง โดยประยุกต์แนวคิดการปรับตัวของ Roy (1984) และแนวคิดการระลึกถึงความหลังของ Butler (1963) เข้าด้วยกัน และมีการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม จากนั้นจึงกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ส่งผลต่อการปรับตัวในแต่ละด้านและนำไปสู่การลดอาการซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมจำนวน 5 ครั้งๆละ 60 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้ง (ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งและสัปดาห์ที่ 3 จำนวน 1 ครั้ง) ดังนี้

ครั้งที่ 1 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อต้าน สรีรวิทยา หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลในการ 1) ประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ 2) ระบุปัญหาของผู้ป่วย 3) กำหนดเป้าหมายการดูแล และ 4) การเลือกกิจกรรมการพยาบาลในขั้นตอนนี้ เป็นการให้ผู้ป่วยระลึกถึงความหลังถึงประสบการณ์ในอดีตในการจัดการกับอาการเหล่านั้น และการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การดูแลตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การดูแลตนเองเบื้องต้นในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลตนเองเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ ท้องผูก เบื่ออาหาร และการจัดการกับความเครียด

ครั้งที่ 2 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อการรับรู้ด้านอัตมโนทัศน์ หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลในการประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ 2) ระบุปัญหาของผู้ป่วย 3) กำหนดเป้าหมายการดูแล และ 4) การเลือกกิจกรรมการพยาบาลในขั้นตอนนี้ ให้ผู้ป่วยระลึกถึงความหลังต่อภาพลักษณ์ในช่วงที่ผ่านมา 4.1) ให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์ที่น่าประทับใจหรือภาคภูมิใจเกี่ยวกับตนเอง โดยมีสิ่งกระตุ้น ผู้วิจัยช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ตนเองและส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยใช้การฝึกทักษะการคิดเชิงบวก

ครั้งที่ 3 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อบทบาทหน้าที่ หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลโดยประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ 2) ระบุปัญหาของผู้ป่วย 3) กำหนดเป้าหมายการดูแล และ 4) การเลือกกิจกรรมการพยาบาลในขั้นตอนนี้โดย 4.1) ให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงการทำ

บทบาทหน้าที่ที่ประสบผลสำเร็จในช่วงวัยที่ผ่านมา ที่ตนเองรู้สึกภาคภูมิใจ และการทำหน้าที่ของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 5) ให้ความรู้เรื่องบทบาทของผู้สูงอายุต่อครอบครัวและสังคม

ครั้งที่ 4 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อการพึ่งพา ระหว่างกัน หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลโดยผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ 2) ระบุปัญหาของผู้ป่วย 3) กำหนดเป้าหมายการดูแล 4) การเลือกกิจกรรมการพยาบาลในขั้นตอนนี้ ให้ผู้ป่วยได้ 4.1) ระลึกถึงการเป็นที่พึ่งของผู้อื่นในอดีต สอบถามถึงความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์นั้น 4.2) เสริมสร้างทักษะในการ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ครั้งที่ 5 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์หมายถึง การทำกิจกรรม ของพยาบาลเพื่อการประเมินผลทั้ง 4 ครั้งที่ผ่านมาโดย 5.1) ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึง ประสบการณ์การเรียนรู้การแก้ไขปัญหาในแต่ละ ครั้งที่ผ่านมา พร้อมกันนี้ผู้วิจัยทำการประเมินสิ่ง เร้าที่ส่งผลต่อการปรับตัวทั้ง 4 ด้านเพื่อค้นหาปัญหาของการนำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน 5.2) หา แนวทางในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการปรับตัวที่ส่งผลต่อการลดระดับอาการซึมเศร้า ร่วมกัน

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ดังนี้

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่ได้พัฒนาขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและ ภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก) ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล ชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบและความ เหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละ กิจกรรม

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยถือเกณฑ์ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขตาม การเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไป

ทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1/1 ประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ข้อคำถามเข้าใจยาก ผู้วิจัยจึงปรับแก้คำถามให้เข้าใจง่ายขึ้นและเหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ จาก “อาการที่แสดงออกทางร่างกายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่เคยเกิดขึ้นกับตนเองได้แก่อะไรบ้าง” เป็น “มีอาการผิดปกติอย่างไร ที่ทำให้ต้องไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคซึมเศร้า”

กิจกรรมที่ 1/5 ทำท่างในการออกกำลังกายแบบโยคะในบางท่า อาจไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อาจมีผลทำให้หน้ามืดได้ ผู้วิจัยจึงปรับแก้ทำท่างในการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเน้นที่การบริหารให้ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และข้อต่างๆ

ในกิจกรรมที่ 1-5 ควรมีใบสรุปเมื่อสิ้นสุดในแต่ละกิจกรรม ผู้วิจัยจึงปรับแก้โดยการเพิ่มใบสรุปผลที่ได้จากการทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 3 คน โดยดำเนินการครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปรวมแถมไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้และความเหมาะสมของเวลารวมถึงอุปสรรคอื่นๆ อันอาจจะเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรม หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการ พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร ทำให้ผู้วิจัยต้องปรับคำพูดให้ง่ายขึ้น พูดซ้ำ รวมทั้งการอธิบายเพิ่มเติม ผู้ป่วยให้ความสนใจในการร่วมกิจกรรมแต่เนื่องจากการที่ดำเนินการกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 5 ครั้งต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ส่งผลต่อการเข้ากลุ่ม เนื่องจากมีอาการของโรคเกิดขึ้น เช่น มึนงง เวียนศีรษะ เหนื่อย เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถเดินทางมาเข้ากลุ่มทำกิจกรรมได้ตามที่นัดหมาย และในบางรายมีปัญหาเรื่องการเดินทาง ไม่สามารถมาเองได้ ต้องอาศัยญาติ หรือบุตรหลานมาส่ง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้โปรแกรม มาปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง จึงปรับจากการดำเนินการกิจกรรมกลุ่ม ให้เป็นการดำเนินการกิจกรรมแบบรายบุคคลแทน โดยผู้วิจัยเดินทางไปทำกิจกรรมในแต่ละครั้งที่บ้านของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อความครบถ้วนในการทำกิจกรรมและความสมบูรณ์มากที่สุดของโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale)

โดยนิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ (2537) ได้นำมาพัฒนาเป็นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยและใช้ชื่อว่า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 275 คน ทั่วประเทศไทย อายุระหว่าง 60 – 70 ปี เป็นชาย 121 คน และหญิง 154 คน ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยสูตร KR – 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุเท่ากับ .94 และผู้สูงอายุชาย เท่ากับ .91 ค่าความเที่ยงรวม .93

ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยกำหนดดังนี้

“ใช่” คือ ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ ภายในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

“ไม่ใช่” คือ ข้อความที่ไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุภายในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
เกณฑ์การให้คะแนน

โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้สึกในทางบวก 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 0 คะแนน ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน และอีก 20 ข้อ เป็นข้อคำถามในทางด้านลบ ประกอบด้วย ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28 ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 0 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จะอยู่ในช่วง 0 – 30 คะแนน แบ่งช่วงคะแนน เป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 - 12 เป็นค่าปกติ

คะแนน 13 - 18 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนน 19 – 24 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนน 25 - 30 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกไปคำนวณ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .65 ผู้วิจัยนำค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ได้

ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นจึงนำแบบวัดความความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS ไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเพิ่มจำนวนเป็น 50 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .72 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .68

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2002) เป็นแบบที่ใช้ทดสอบผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อประเมินความสามารถในการทำงานของสมอง 5 ด้าน คือ การรับรู้เวลา สถานที่ ความจำ ความสนใจ และการคำนวณ มีคำถาม 11 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ซึ่งมีจุดตัด (Cut – off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment) ดังนี้คือ

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก- เขียนไม่ได้) มีจุดตัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา มีจุดตัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีจุดตัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2002) ไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) จากการคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่ามีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .83 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .82

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุของ รุจิรงค์ แอกทอง (2549) จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วยด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาหว่ากัน เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยตัวเลือก 3 ระดับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกตามความคิด ความรู้สึก และการปฏิบัติที่เกิดขึ้น คือ

มาก หมายถึง ท่านมีความคิด/ความรู้สึก/การกระทำ ตรงตามข้อนี้เป็นประจำ
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิด/ความรู้สึก/การกระทำ ตรงตามข้อนี้เป็นบางครั้ง
 น้อย หมายถึง ท่านมีความคิด/ความรู้สึก/การกระทำ ตรงตามข้อนี้นานๆครั้ง หรือ
 ไม่มีเลย

เกณฑ์ในการให้คะแนน มีดังนี้

ลักษณะคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 1-4, 6-10, 12-15, 17-18, 20, 23, 24)

ได้คะแนน

มีความคิด/ความรู้สึก/การกระทำ ตรงตามข้อนี้เป็นประจำ	3 คะแนน
มีความคิด/ความรู้สึก/การกระทำ ตรงตามข้อนี้เป็นบางครั้ง	2 คะแนน
มีความคิด/ความรู้สึก/การกระทำ ตรงตามข้อนี้นานๆครั้ง หรือไม่มีเลย	1 คะแนน

สำหรับลักษณะคำถามทางลบ จะให้คะแนนกลับกัน (ข้อ 5, 11, 16, 19, 21, 22)

ได้คะแนน

มีความคิด/ความรู้สึก/การกระทำ ตรงตามข้อนี้เป็นประจำ	1 คะแนน
มีความคิด/ความรู้สึก/การกระทำ ตรงตามข้อนี้เป็นบางครั้ง	2 คะแนน
มีความคิด/ความรู้สึก/การกระทำ ตรงตามข้อนี้นานๆครั้ง หรือไม่มีเลย	3 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์ในการประเมินการปรับตัว โดยใช้เกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้

$$\text{อันตรายชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$$

ซึ่งการศึกษาค้นคว้า แบ่งการปรับตัว ออกเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ดี ปานกลาง ดี โดยมี
 คะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3 ต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน

$$\text{อันตรายชั้น} = \frac{3-1}{3} = 0.66$$

การแปลความหมายคะแนน การปรับตัว ใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66	หมายถึง	มีการปรับตัวระดับไม่ดี
ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33	หมายถึง	มีการปรับตัวระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00	หมายถึง	มีการปรับตัวระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุของ รุจิรงค์ แอกทอง (2549) ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก) ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ซึ่งถือเป็นเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นที่ตรงกันและสอดคล้องกัน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามการเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาความเที่ยง (Reliability)

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

$$CVI = \frac{23}{24} = 0.95$$

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .95 ดังนั้น แบบสัมภาษณ์การปรับตัวที่ผู้วิจัยปรับปรุงและนำมาใช้ในการวิจัยเรื่องนี้ จึงมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์

ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับลำดับของเนื้อหา และ ปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ 1 ปรับข้อความจาก “ท่านสามารถดูแลทำความสะอาดร่างกาย เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน สระผม เพื่อสุขภาพที่ดี” เป็น “ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติเหมือนทุกวัน”

ข้อ 2 ปรับข้อความจาก “ท่านจัดสภาพแวดล้อมที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวกเพื่อให้นอนหลับดีตลอดทั้งคืน” เป็น “ท่านนอนหลับดีตลอดทั้งคืน”

ข้อ 3 ปรับข้อความจาก “ท่านรับประทานอาหารได้น้อยเกินไปหรือมากเกินไป” เป็น “ท่านรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น ผัก ผลไม้ เนื้อปลา ไข่ไก่ นม เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ”

ข้อ 12 ปรับข้อความจาก “ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อสภาพร่างกายของท่านในปัจจุบัน” เป็น “ท่านหวังว่าอาการเจ็บป่วยของท่านจะดีกว่าที่เป็นอยู่”

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ในแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ของเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .84 และนำไปใช้จริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 4 ระยะ คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นก่อนทดลอง ขั้นทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้ แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลัง โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และฝึกทักษะความชำนาญในการทำกลุ่มบำบัด ในบทบาทผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มและผู้สังเกตการณ์ รวมทั้งฝึกปฏิบัติการบำบัดแบบรายบุคคล จนสามารถดำเนินการบำบัดแบบกลุ่มและแบบรายบุคคลได้ด้วยตนเอง ภายใต้การดูแลของอาจารย์นิเทศและพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 3 หน่วยกิต การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต และฝึกการเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มการระลึกถึงความหลังผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลอัมพา จ.สมุทรสงคราม ระหว่างเดือน กันยายน 2553 ถึง มกราคม 2554 ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาและพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้การทดลองดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมความพร้อมของเครื่องมือในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับ

ภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) เครื่องมือกำกับการทดลองคือ แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยโรงพยาบาลราชบุรี

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวช งานผู้ป่วยนอกโดยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน แล้วขออนุญาตดูแลประวัติการรักษา เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้ากลุ่ม

1.6 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินระดับอาการซึมเศร้าและแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (pre-test) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน แจกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1.7 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Pair matching) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Blazer, & Hybels, 2005) อายุ (สุภาภรณ์ สังฆมรรทร, 2549) ความเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังอื่นๆ (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) และยาต้านเศร้าที่ได้รับ (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2551; มาโนช หล่อตระกูล, 2552) แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (แสดงในภาคผนวก ตารางที่ 2)

จากนั้นผู้วิจัยมีการดำเนินการในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม ดังนี้

1.7.1 กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และให้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับอาการซึมเศร้าและแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (pre - test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 3 จำนวน 1 ครั้ง) ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังทุกครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการ

บำบัดด้วยโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังจะขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และแบบประเมินระดับอาการซึมเศร้า (post - test)

3) ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มทดลองถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ เมื่อมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น

4) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังของผู้ป่วยแต่ละคน โดยใช้สถานที่เป็นที่บ้านของผู้ป่วย

1.7.2 กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และให้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินระดับอาการซึมเศร้าและแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (pre - test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มควบคุมถึงกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับ เมื่อมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การและประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น

3) ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมอีกครั้งในอีก 2 สัปดาห์ที่บ้านของผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และแบบประเมินระดับอาการซึมเศร้า (post - test)

2. ขั้นตอนทดลอง

ในขั้นก่อนทดลองผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 3 คน พบปัญหาในแต่ละครั้ง อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยจากโรคทางกายที่ผู้ป่วยเป็น ได้แก่ อาการปวดเมื่อยตามตัว ปวดขา เวียนศีรษะ นอนไม่หลับทำให้อ่อนเพลีย เป็นต้น ทำให้เดินทางมาร่วมกิจกรรมไม่ไหว ในผู้ป่วยบางรายประสบปัญหาในการเดินทางมาร่วมกิจกรรม ได้แก่ ไม่มีผู้นำส่ง ด้วยวัยสูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางมาเองได้ ต้องรอให้ญาติหรือบุตรหลานพามาส่งด้วยสาเหตุดังกล่าวจึงเป็นอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยนำปัญหาและอุปสรรคในการทดลองมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา จึงปรับเปลี่ยนจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เป็นการดำเนินกิจกรรมแบบรายบุคคล

3. ขั้นตอนทดลอง

ในขั้นทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุม

ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการกิจกรรมตาม โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบ การประเมินอาการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตาม โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัว และการระลึกถึงความหลังตามวัน เวลา (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 3)

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้งมีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อต้าน สรีรวิทยา โดย

1. ประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านสรีรวิทยา โดยใช้คำถามว่า “มีอาการผิดปกติอย่างไร ที่ทำให้ต้องไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคซึมเศร้า” จากการดำเนินการกิจกรรมพบอาการผิดปกติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น อาการเครียด คิดมาก นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ท้อแท้ เป็นต้น

จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“คิดมาก นอนไม่หลับ เสียงมันดังในหัว (เหมือนเครื่องรถ เครื่องเรือ) ติดเครื่องไว้ตลอดปวดหัวมาก”

“เครียด คิดมาก เรื่องลูก เรื่องน้องชาย น้องสะใภ้ พ่อ แม่ที่ตายไป นอนไม่หลับ ไม่อยากคุยกับใคร อยากแต่จะตาย”

“กังวลเรื่องลูกทั้ง 4 คน ว่ากลับบ้านหรือยัง โทรมไปเป็นอะไรหรือเปล่า ทำไมไม่รับ คิดมากเรื่องเก่าๆ เรื่องพ่อแม่ยากจน เรื่องของตนเองที่เคยลำบาก กินไม่ได้ น้ำหนักลดลงไป จาก 64 กิโล เหลือ 55 กิโล นอนไม่หลับ รู้สึกกลัวเวลาอยู่คนเดียว”

“มีอาการหลงๆ ลืมๆ เบื่อ ไม่อยากอยู่ คิดอยากฆ่าตัวตาย คิดมากเรื่องหลานที่ป่วย ลูกที่ตายไปเป็นมะเร็งขึ้นสมอง เลยเครียดคิดมาก ร้องไห้แทบทุกวัน 3 ปี”

“นอนไม่หลับ หลับได้แต่ไม่ตลอด หงุดหงิด อ่อนเพลีย เบื่อหน่าย มีความคิดว่าอยากจะไปๆ กังวลว่าเวลาเจ็บไข้ใครจะดูแล”

“หงุดหงิด เบื่อหน่าย ท้อแท้กับ โรคที่เป็น มันปวดขาไม่หาย มันทรมาน ไม่ได้หลับได้นอน”

จากการสอบถามถึงอาการที่ยังหลงเหลืออยู่ในปัจจุบัน พบว่า ในผู้ป่วยทั้งหมด 15 คนไม่มีความคิดอยากทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายหลงเหลืออยู่ แต่ยังมีปัญหาอื่นๆ ได้แก่ อาการนอนไม่

หลับ เครียด คิดมาก รู้สึกด้อยค่า เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ เข้าใจกับอาการของโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่ โดยผู้วิจัย ให้ผู้ป่วยสำรวจตนเองว่ามีอาการของโรค ซึมเศร้าอยู่หรือไม่ ในช่วง สองสัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยแต่ละรายมีความสนใจฟังและคิดว่าตรงกับ อาการที่ตนเองเป็นอยู่หรือไม่ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่างที่ 1

ผู้วิจัยถาม : คุณยายมีความรู้สึกเชิง หรือรู้สึกเศร้า หรือรู้สึกเสียใจ หรือรู้สึกหงุดหงิด โดย ไม่มีเหตุผล ไหมคะ

ผู้ป่วย : เป็น รู้สึกหงุดหงิด เศร้าใจ แต่ไม่รู้ว่าเป็น ได้ยังงัย

ตัวอย่างที่ 2

ผู้วิจัยถาม : คุณยายมีอาการนอนไม่หลับ หรือหลับไม่พอ หรือหลับมากเกินไป หรือไม่

ผู้ป่วย : มีอาการนอนไม่หลับ อยากจะหลับ แต่ไม่หลับ

ตัวอย่างที่ 3

ผู้วิจัยถาม : คุณยายคิดถึงเรื่องตายบ่อยๆ หรือคิดเบื้อชีวิต หรือคิดอยากตายหรือเปล่านั้น

ผู้ป่วย : เมื่อก่อนคิดอยากตาย แต่ตอนนี้ไม่คิดแล้ว ไม่ก็มากน้อยก็ตาย แต่มันเบื้อเรื่องปวด ขา ไม่หายซักที

สรุป สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่ออาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง เป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุข สบาย มีความทุกข์ทรมาน โดยมีลักษณะการผสมผสานระหว่าง การแสดงออกทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ และการแสดงออกด้านอารมณ์ ได้แก่ อาการคิดมาก กังวล หงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย

2. ระบุปัญหาที่พบจากพฤติกรรมที่แสดงออกด้านสรีรวิทยา ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย สูงอายุ ปัญหาที่พบทางด้านร่างกายที่แสดงออก จากการประเมินในข้อที่ 1 สามารถสรุปปัญหาที่พบ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เครียด คิดมาก

3. กำหนดเป้าหมายการดูแล โดยเน้นให้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการในการจัดการกับอาการ ความเจ็บป่วย หรือความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บป่วยร่วมกันกับผู้วิจัย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“นอนไม่หลับ ถ้าได้หลับตอนกลางคืนมันคงไม่เพลีย ไม่มีเรี่ยวไม่มีแรงอย่างหมอว่า”

“มันเครียด มันเบื้อ เรื่องปวดขานี้แหละ ทำยังงัยถึงจะหายละหมอ”

“รู้สึกไม่สบายใจ กลัว กังวล ไปหมดว่าลูกทำไม่ไม่กลับบ้าน”

ดังนั้นในขั้นตอนนี้ทำให้ผู้ป่วยและผู้วิจัยรับรู้ถึงความต้องการในการจัดการกับปัญหาที่ เป็นอยู่ของผู้ป่วย ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ประสบการณ์ของตนเองในอดีตมาจัดการกับปัญหาที่ เป็นอยู่โดยใช้กิจกรรมต่อไปนี้

4. การระลึกถึงความหลังต่อด้านสรีรวิทยา เป็นการระลึกถึงประสบการณ์ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการของโรคซึมเศร้า โดยดำเนินกิจกรรมดังนี้

4.1 ให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงประสบการณ์ในอดีตในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสรีรวิทยา โดยใช้คำถามว่า “ปัญหาเรื่อง ___ ในอดีตทำอะไรอาการนี้จึงดีขึ้น” ผลจากการดำเนินกิจกรรมพบดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่างที่ 1

ผู้วิจัยถาม : คุณมีปัญหาเรื่องที่ทำให้คิดมาก เครียด แล้วทำอะไรอาการนี้จึงดีขึ้นคะ

ผู้ป่วย 1 : “รคน้ำต้นไม้” “ทำใจ ไม่คิดอะไร” “พยายามไม่คิด” “ฟังวิทยุ ฟังธรรมะ ฟังเพลง”

ผู้ป่วย : 2 “พยายามแล้วแต่เลิกคิดไม่ได้ เพราะไม่มีคนดูแลเรา”

ตัวอย่างที่ 2

ผู้วิจัยถาม : คุณยาย เรื่องนอนไม่หลับ ที่ผ่านมาทำอะไรถึงนอนหลับได้คะ

ผู้ป่วย : “สวนมนต์ ภาวนาไปเรื่อยๆ พุทโธๆ ไปเรื่อยๆ บางทีก็ไม่นอน”

ตัวอย่างที่ 3

ผู้วิจัยถาม : คุณยาย เรื่องเบื่ออาหาร ที่ผ่านมาทำอะไรถึงทานอาหารได้ล่ะคะ

ผู้ป่วย : “กินข้าวไม่ได้ก็หาอย่างอื่นกินแทนข้าว อย่างนม ผลไม้”

โดยสรุป จากการให้กลุ่มตัวอย่างได้ระลึกถึงประสบการณ์ในอดีตในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการในการจัดการกับอาการของโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่ โดยวิธีการจัดการของแต่ละคนมีทั้งที่ได้ผล มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการจัดการกับอาการของโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยใช้ประสบการณ์ของผู้ป่วยในอดีตที่สำเร็จเป็นแรงเสริมให้ผู้ผู้ป่วยดำเนินพฤติกรรมต่อไป ส่วนผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถจัดการกับอาการที่เป็นอยู่ได้ ผู้วิจัยเสริมความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ดังนี้

4.2 ผู้วิจัยให้ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเรื่องอาหารสำหรับผู้สูงอายุ อาหารคลายเครียดในผู้สูงอายุ การจัดการกับปัญหาและความเครียด ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย โดยใช้ท่ากายบริหารสำหรับผู้สูงอายุ การจัดการการนอนหลับอย่างมีคุณภาพ ทำอย่างไรเมื่อมีอาการท้องผูก หลังจากที่ได้ให้ความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยย้อนนึกถึงในอดีตว่าเคยทำอะไร ทำแล้วรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองเป็นอย่างไร และช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างไร ผลจากการดำเนินกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยให้ความสนใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เนื่องจากว่าเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่างที่ 1

การให้ความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายโดยการสาธิตและให้ผู้ทำไปพร้อมๆกัน ในบางท่าที่ ออกกำลังกายผู้ป่วยหลายคนมักจะบอกว่าทำนี้ “เคยทำ หรือทำบ่อย” “ทำแล้วก็สบายดี” เป็นต้น

ตัวอย่างที่ 2

ในเรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุ และอาหารคลายเครียดในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสนใจในโมเดล ตัวอย่างอาหารทำให้จำได้ง่าย และบอกว่านำไปประกอบอาหารอะไรได้บ้าง รับประทานแล้วช่วย ทำให้นอนหลับได้ง่าย เป็นต้น

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 1 ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้สรุปถึง กิจกรรมที่ทำและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถบอกเล่าได้ แต่ในผู้ป่วยที่อายุมาก ผู้วิจัยต้องใช้คำถามนำก่อน ผู้ป่วยจึงสามารถเล่าต่อได้ โดยการระลึกถึงประสบการณ์ในการจัดการ กับอาการที่เป็นอยู่ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอดได้โดยไม่ต้องใช้คำถามนำ และบอกถึงสิ่งที่ตนเองคิดว่า จะนำกลับไปปฏิบัติต่อไป

ครั้งที่ 2 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อการรับรู้ ด้านอัตมโนทัศน์ โดย

1. ประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านอัตมโนทัศน์ โดยใช้คำถามว่า “รู้สึกต่อตนเองอย่างไร” หรือ “คิดว่าตนเองเป็นคนอย่างไร”จากการดำเนินกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองด้านบวกและ ด้านลบ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ป้าเป็นคนใจดี มีแต่ให้ ไม่ว่าจะร้ายใคร แต่ลูกกลับว่าป้า ว่าที่เขาเป็นแบบนี้เพราะแม่” “ทำให้ ป้าเสียใจจนทุกวันนี้ ป้าผิดเองที่ทำให้ลูกเป็นแบบนี้”

“เป็นคนดี ดูแลลูก ดูแลหลาน แต่การเจ็บป่วยนี้คิดว่าเกิดจากกรรมเก่าของเรา”

“ใจดี ไม่มีเรื่องราวกับใคร อดทนทำมาหากิน”

“ขยันทำงาน เลี้ยงพ่อเลี้ยงแม่ อดทน ไม่ทะเลาะเบาะแว้งกับใคร”

“เป็นคนไม่เก่ง ไม่มีประโยชน์อะไรกับลูกกับหลานแล้ว เจ็บป่วยขึ้นมาเขาก็ลำบาก”

“เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรให้ลูกหลาน พอใจกับชีวิตตนเอง ไม่เจ็บไข้มากให้ลูกหลานลำบากใจ”

“แก่แล้ว ไม่มีอะไรดี ไม่กี่มากน้อยก็ไป”

“รู้สึกกลัวเวลาอยู่คนเดียว ลูกก็ต้องลำบากต้องคอยดู รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า ไม่มีอะไรดี”

โดยสรุป สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความรู้สึกด้อยคุณค่า ไร้ประโยชน์ โทษตนเอง

2. ระบุปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุด้านอัตมโนทัศน์ จากการประเมินข้อที่ 1
สรุปปัญหาของตัวอย่าง พบ การรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง และความรู้สึกผิดหรือโทษตนเอง

3. กำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกันกับผู้ป่วย ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึง
ความสามารถของตนเองและการยอมรับตนเองตามความเป็นจริง จากการดำเนินกิจกรรม พบว่า

กิจกรรมวาดเปล้า โดยให้ผู้ป่วยนึกถึงประโยชน์ของขวดเปล้า (มีตัวอย่างให้ดู) ว่านำไปทำ
อะไรได้บ้างให้ได้มากที่สุด ผู้วิจัยชี้ให้เห็นถึงสิ่งทุกอย่างบนโลกใบนี้ว่ามีประโยชน์และมีคุณค่า
ในตัวเอง รวมถึงตัวผู้ป่วยด้วย จากกิจกรรมนี้ผู้ป่วยกล่าวว่า “ต่อไปถ้าฉันรู้สึกตัวฉันไม่มี
ประโยชน์อีก ฉันจะนึกถึงขวดที่หมอบอก ฟังแล้วฉันสบายใจ ” “ฉันไม่เคยมาคิดอะไรอย่างนี้เลย
นะหมอ คิดอยู่อย่างเดียว เรื่องโรคที่เป็นนี้แหละเมื่อไหร่จะหายซิกที่แต่ตอนนี้คิดว่าตัวเองก็ดี มี
ประโยชน์กับลูก กับหลานเหมือนกัน”

กิจกรรมฝึกทักษะการคิดเชิงบวก โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยอ่านข้อความด้านซ้าย และสอบถามว่า
“คิดว่าคนที่มีลักษณะแบบนี้จะมีชีวิตเป็นอย่างไร” ผู้ป่วยทุกคน ตอบว่า “เป็นคนที่มีความทุกข์เป็น
คนไม่ดี” ผู้วิจัยสรุปและให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าเป็นลักษณะของคนที่มีโลกในแง่ดีและมีความสุข และ
ผู้ป่วยกล่าวว่า ตนเองอยากเป็นคนเหมือนในข้อความด้านซ้ายและคิดว่าตนเองสามารถทำได้ทุกข้อ
ดังตัวอย่างต่อไปนี้ “แก่แล้ว ไม่มีอะไรมาก ก็ต้องคิดดีทำดี ลูกหลานได้ดู” “ถ้าเราคิดแต่เรื่องดีๆ ก็
ทำให้เรามีความสุขได้ในอะ เมื่อก่อนไม่เคยมาคิดอะไรอย่างนี้เลย”

4. การระลึกถึงความหลังต่อการรับรู้ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นการระลึกถึงความหลังด้าน
ภาพลักษณ์ในช่วงวัยที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยมักจะระลึกถึงวัยหนุ่ม วัยสาวในด้านบวก ดังตัวอย่าง
ต่อไปนี้

“ภูมิใจว่าหน้าตาสวยมากตอนสาวๆ ไม่ได้โกหก ลูกบอก”

“สาวๆ มีคนบอกว่าสวย เรียบร้อย”

“หนุ่มๆหน้าตาดี ไปเที่ยวที่ไหนสาวๆก็ติด”

และผู้วิจัยให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์ที่น่าประทับใจหรือภาคภูมิใจเกี่ยวกับตนเอง โดยมีสิ่ง
กระตุ้น เช่นภาพถ่าย ของที่ระลึก หรือสิ่งของที่มีความสำคัญต่อเหตุการณ์ที่ระลึกถึง ซึ่งพบว่าผู้ป่วย
ส่วนใหญ่นำอัลบั้มภาพถ่ายและซีดีวีซีดีมาให้ดูรูปภาพในช่วงวัยหนุ่ม สาว ที่สามารถทำงานช่วย
ครอบครัวได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“รูปีนี้ตอนสาวๆยังไม่ป่วย ทำงานขายของออกร้านตามงานวัด งานต่างๆ ได้กินละ 3-4
หมื่น มีลูกจ้าง10 คน”

“รูปีนี้ถ่ายกับลูกตอนสาวๆทำงาน ได้เงินเยอะจนมีฐานะ มีเงิน มีรถ มีที่ดิน”

“รูปนี้ตอนอายุ 20 ปี ทำงานเก่ง พ่อแม่รักเป็นลูกที่ดี ไม่เกร ภูมิใจที่ทำมาหากิน เลี้ยงดูพ่อแม่จนเสียชีวิตไปหมด รักพ่อแม่มาก”

“เป็นคนขยัน พ่อแม่ชม ทำงานเก่ง ทำได้ทั้งวัน”

การระลึกถึงความหลังด้านอัตมโนทัศน์ผู้ป่วยได้นึกถึงอดีตที่ดีๆ ของตนเอง ทำให้มีความสุข ความสบายใจที่ได้เล่าให้ฟัง และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกถึงความมีคุณค่าของตนเองในอดีตจนสามารถดำเนินชีวิตมาถึงปัจจุบัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้ “ปากคิดได้ว่าต้องอยู่ต่อไป ปากก็ยังเป็นห่วงลุง คอยดูแลกันไป” “ถึงเราจะทำงานไม่ได้เหมือนก่อน แต่ตอนนี้เราพอทำอะไรได้ก็ทำไปเล็กๆ น้อยๆ ตามกำลัง ทำไม่ได้หวั่นๆ หลุกๆ ก็ไม่ว่าอะไร”

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 2 ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้สรุปถึงกิจกรรมที่ทำและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถบอกเล่าได้ถึง ความมีคุณค่าของตนเองต่อครอบครัว และยอมรับต่อตนเองตามความเป็นจริง

ครั้งที่ 3 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อบทบาทหน้าที่ โดย

1. ประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านบทบาทหน้าที่ โดยใช้คำถาม “ในปัจจุบันท่านมีบทบาทหน้าที่อย่างไร ต่อครอบครัว” ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถทำบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“หุงข้าว ทำกับข้าวให้ลูกให้หลาน วันไหนทำไหวก็ทำ”

“เลี้ยงหลาน ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ อยู่กับบ้าน บางทีนอนไม่หลับ ตื่นสายทำให้ หลานไปโรงเรียนไม่ทัน”

“ไม่ได้ทำอะไร ลุง (สามี) ทำให้ มันเบื่อ ไม่อยากทำ ถ้าหลานเปิดเทอมก็ต้องดูแลหลานไปโรงเรียน ก็ฝืนทำไป กลัวหลาน ไม่ได้ไปโรงเรียน”

“เมื่อก่อนตอนยังไม่เกษียณ (เป็นทหารรักษาพระองค์) รอรบเสด็จพอได้ยินเสียงหวอมาก็รีบปฏิบัติหน้าที่พอเห็นท่านก็มีความสุขที่ได้ทำตรงนี้ แต่ตอนนี้พอไม่ได้ทำแล้วได้ยินเสียงหวอทุกครั้งแล้วใจมันสั่น กระวนกระวาย สัมผัสจะรีบไปปฏิบัติหน้าที่ พอรู้ตัวอีกทีว่าไม่ใช่แล้วมันเสียใจ เครียดรับไม่ได้ทั้งที่เรายังทำได้อยู่”

และสอบถามถึงการดูแลตนเองเมื่อเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้คำถาม “ท่านทำหน้าที่ต่อการเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างไร”

“ไปหาหมอตามนัด ป้าไม่เคยขาดเลย”

“ทำใจให้สบาย ไม่คิด ไม่เครียด”

“กินยาตามที่หมอให้ กินแล้วดี หายปวดหัว เสียงดังในหัวดังกน้อยลง”

“ไปเที่ยว ไปคุยกับคนนั้นคนนี้ให้มันเพลินๆ จะได้ไม่คิดมาก”

“ไปออกกำลังกาย ไปเดิน ได้เจอคนที่ออกกำลังกายกัน วันไหนไม่ไปก็จะมีแต่คนถามว่าทำไมไม่มา”

2. ระบุปัญหา จากการสรุป สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าด้านบทบาทหน้าที่ ของกลุ่มตัวอย่าง ในข้อที่ 1 ปัญหาที่พบ ได้แก่ การปรับตัวต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และการปรับตัวต่อการสูญเสียบทบาทหน้าที่และอาชีพ

3. กำหนดเป้าหมายการดูแล โดยผู้วิจัยชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิต กล่าวคือ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยและปรับตัวได้กับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป และตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองและปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ดังตัวอย่างต่อไปนี้ “ข้ารู้ว่าต้องกินยาที่หมอให้มา ป้ากินไม่เคยขาดเลย กลัวจะกลับไปเป็นเหมือนเก่าอีก” “ลองพยายามออกไปเดินข้างนอก เมื่อเช้าก็ไป มีญาติๆ ทักว่าไม่เห็นเสียนานเลยมาเดินจะได้เห็นหน้ากัน”

4. การระลึกถึงความหลังต่อบทบาทหน้าที่ โดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงบทบาทหน้าที่ในอดีตที่ประสบผลสำเร็จ ที่ตนเองรู้สึกภาคภูมิใจ และสอบถามถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ช่วยพ่อแม่ค้าขาย ได้ทำกำไรให้พ่อแม่หมด” “ตอนนี้ทำไม่ไหวแล้ว ดีที่มีเงินเหลือไว้ใช้”

“ตอนเด็กๆ พายเรือไปขายของ พ่อแต่งงานมีลูก 9 คนลูกๆ ได้ดีหมด” “ภูมิใจที่เลี้ยงลูก 9 คนได้ดีหมด”

“รับจ้าง คายหญ้า ไปหาเงินมาได้ด้วยน้ำพักน้ำแรงของตนเอง” “ตอนนี้ก็ยังไม่พอทำไหว ถ้าไม่ได้ทำก็ไม่รู้จะทำอะไร”

“ค้าขายช่วยเหลือพ่อแม่ได้ตั้งแต่อายุ 7 ขวบ แบ่งเบาระยะของพ่อแม่ได้” “ตอนนี้ทำไม่ได้แล้ว เข้าใจว่าเป็นเวรกรรมของเรา และรับได้กับการเจ็บป่วย”

การระลึกถึงบทบาทหน้าที่ในอดีตที่ประสบผลสำเร็จ นำมาซึ่งความรู้สึกภาคภูมิใจ ต่อตนเองที่สามารถทำหน้าที่ที่พึงกระทำจนประสบผลสำเร็จ และเกิดความสุขใจ สบายใจ ที่ได้ระลึกถึงและบอกเล่าให้ผู้ฟัง ผู้วิจัยส่งเสริมการทำบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย โดย

4.1 เสริมความเข้าใจ เรื่องบทบาทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและบทบาทของผู้สูงอายุ ต่อครอบครัวและสังคม จากการดำเนินกิจกรรมนี้ พบว่า ผู้ป่วยได้เล่าถึงบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ

ในครอบครัว เช่น ช่วยทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ ช่วยในการดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในบ้าน และช่วยเหลือบุตรหลาน ดังตัวอย่างต่อไปนี้ “หุงข้าว ทำกับข้าว ไว้ให้ลูก” “ล้างจาน ต้มข้าว ให้หมา เลี้ยงหมา เลี้ยงหลาน” “รดน้ำต้นไม้ ถอนหญ้า” “ไปสวนถอนหญ้า วันไหนฝนตกไม่ได้ ทำแล้วมันหุดหงิด ไม่รู้จะทำอะไร ถ้าได้ทำแล้วสบายใจ” บางคนเป็นที่ปรึกษาให้บุตรหลานในเรื่องค้าขายได้ เนื่องจากเคยทำมาก่อน

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 3 ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้สรุปถึงกิจกรรมที่ทำและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถบอกเล่าได้ถึงบทบาทหน้าที่ของตนต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และบทบาทหน้าที่ต่อครอบครัว และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้ “เรื่องกินยา ไปหาหมอ ป้าไปทุกครั้งไม่เคยขาด” “ทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ ที่ทำได้ ลูกก็ไม่อยากให้ทำหรอก กลัวว่าจะล้า แต่ทำได้ก็ทำดีกว่าอยู่เฉยๆ ไม่มีประโยชน์อะไร”

ครั้งที่ 4 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อการพึ่งพาระหว่างกัน โดยผู้วิจัย

1. ประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน โดยใช้คำถาม “ใครเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของท่านมากที่สุดในขณะนี้” ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลูกคอยให้การดูแล และส่วนน้อยที่มีสามีเป็นผู้ให้การดูแล และมีบางส่วนที่อยู่คนเดียวจึงไม่มีผู้ดูแล แต่มีบุคคลอื่นที่บ้านอยู่บริเวณใกล้เคียงกันคอยให้การช่วยเหลือ เช่นญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน แต่ผู้ป่วยรู้สึกเกรงใจที่จะขอความช่วยเหลือ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เวลาไม่สบายตอนดึกๆ ไม่กล้าไปเรียก” หรือ “ตอนเช้าลุกไม่ไหว เวียนหัว ไม่มีคนดูแล”

ส่วนคำถาม “ท่านแสดงความรักความอาทรต่อบุคคลสำคัญอย่างไร” ในผู้ป่วยที่มีบุตรคอยดูแล ผู้ป่วยจะแสดงความรักด้วยคำพูด ดังตัวอย่างต่อไปนี้ “แม่รักลูกนะ” ให้สีลให้พรลูก “บุญรักษานะลูก” “พระคุ้มครองนะลูก” หรือพูดจากับลูกดีๆ ส่วนการแสดงด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยจะดูแลเรื่องอาหาร งานบ้านเล็กน้อย หรือ รอลูกกลับบ้าน เป็นต้น

จากคำถาม “ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการแสดงออกของบุคคลสำคัญ” ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงความรู้สึกด้านบวก เช่น “ดีใจ มีกำลังใจ” หรือ “ตื่นต้นใจ อยากรู้อย่างเร็วๆ” เป็นต้น

จากการประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ซึ่งเป็นการปรับตัวด้านสังคม ในด้านนี้พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการตอบสนองด้านความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ การได้รับความเข้าใจจากบุคคลอื่น ซึ่งความ

ต้องการดังกล่าวจะได้รับการตอบสนอง เกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคม

2. ระบุปัญหา สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง ปัญหาที่พบจากการประเมินในข้อ 1 ได้แก่ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดการสนับสนุน และขาดสัมพันธภาพกับผู้อื่น

3. กำหนดเป้าหมายการดูแล ผู้วิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การมีความเพียงพอในอารมณ์ความรัก ความเอาใจใส่ดูแล และการมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ โดยใช้กิจกรรมการเสริมสร้างทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น จากการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยให้ความสนใจแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อบัตรคำที่ผู้วิจัยให้เลือก ดังตัวอย่างต่อไปนี้ “ได้ฟังแล้วรู้สึกดี สบายใจ” “บางคำฟังแล้วไม่สบายใจ ไม่อยากฟัง” “จะลองพูดกับลูกดู” เป็นต้น

4. การระลึกถึงความหลังต่อการฟังพระหว่างกัน เป็นการระลึกถึงความหลังที่ตนได้เป็นที่ฟังฟังของผู้อื่นในอดีต อธิบายถึงความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้น ในกิจกรรมนี้พบว่าในอดีตที่ผ่านมาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นที่ฟังฟังของผู้อื่น โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย เช่น สามี บุตร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจ มีความสุขที่ได้ดูแลคนที่มีความสำคัญต่อตนเอง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เป็นที่ฟังให้สามี เวลาเจ็บป่วยคอยดูแล คอยนั่งเป็นเพื่อนเวลาสวดมนต์ ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ ทำงานเขาเสียชีวิตไป ก็นึกว่าเขาไปสบาย”

“เป็นที่ฟังให้พ่อ แม่ ด้วยการขายของในหมู่บ้าน ขายข้าว ก๋วยเตี๋ยว น้ำแข็งไส มีเงินให้พ่อแม่ ทำให้รู้สึกภูมิใจ พ่อแม่มีความสุข”

“เป็นที่ฟังให้ลูก 9 คนเลี้ยงมาเองทั้งหมด จนได้มีงานทำก็ภูมิใจที่ลูกเอาตัวรอดได้”

“ค้าขายช่วยเหลือพ่อแม่ได้ตั้งแต่อายุ 7 ขวบ แบ่งเบาภาระของพ่อแม่ได้”

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 4 ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้สรุปถึงกิจกรรมที่ทำและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถบอกเล่าได้ถึง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การระลึกถึงความหลังที่ตนได้เป็นที่ฟังฟังของผู้อื่นในอดีต นำมาซึ่งความภาคภูมิใจ สุขใจในปัจจุบัน และเป็นแรงใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ดังตัวอย่างต่อไปนี้ “ก็ได้ลูกนี้แหละที่ส่งเงินมาให้ตอนนี้ทำงานไม่ได้เหมือนก่อนแล้ว นานๆลูกมาทีก็ดีใจ” “ลูกบอกว่าให้แม่อยู่ให้สบาย อย่าคิดมากเมื่อก่อนแม่ลำบาก ตอนนี้ให้พักผ่อน”

โดยสรุปการเป็นที่ฟังฟังของผู้อื่นได้ และการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเป็นการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสังคม และนำมาซึ่งความสุขทางใจที่เกิดจากการได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิดและการที่ได้ดูแลบุคคลใกล้ชิดด้วย รวมทั้งการได้รับความช่วยเหลือจาก

บุคคลอื่น เช่น เพื่อนบ้าน บุคคลากรทางการแพทย์ ในการให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา หรือการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าคุณอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่งพิง

ครั้งที่ 5 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลเพื่อการประเมินผลทั้ง 4 ครั้งที่ผ่านมาโดย

5.1 ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์การเรียนรู้การแก้ไขปัญหาในแต่ละครั้งที่ผ่านมา พร้อมกันนี้ผู้วิจัยทำการประเมินสิ่งเร้าที่ส่งผลต่อการปรับตัวทั้ง 4 ด้านเพื่อค้นหาปัญหาของการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และหาแนวทางในการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการปรับตัวที่ส่งผลต่อการลดระดับอาการซึมเศร้าร่วมกัน

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 5 ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้สรุปถึงกิจกรรมที่ทำและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม ในครั้งที่ 1-4 พบว่า ผู้ป่วยมักมีเนื้อหาในกิจกรรมแต่ละครั้ง ต้องใช้คำถามนำผู้ป่วยจึงสามารถบอกเล่าต่อได้ และเมื่อแต่เปิดคู่มือที่ผู้วิจัยให้ไว้ ทำให้พอจำเนื้อหาได้ เช่นทำทางในการออกกำลังกาย เป็นต้น ในผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหนังสือ จะให้หลานช่วยอ่านให้ฟัง จึงสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“อาการเบื่ออาหาร ถ้ากินไม่ได้ ก็ให้ทีละน้อยแต่กินบ่อยขึ้น บางทีก็กินอย่างอื่นแทน อย่างที่หมอบอก นมกล่องนึ่งก็กินเข้าพอสายก็หมดแล้ว”

“พอได้ออกกำลังกายอย่างที่หมอบอก ก็สบาย หายเมื่อย ”

“ถ้าเครียด ไม่สบายใจ ก็พยายามไม่คิดอะไร นึกถึงพ่อ แม่ พี่น้อง ตอนยังเด็กๆก็ทำให้เพลิน ก่อนนอนสวดมนต์ทุกวัน”

“เรื่องอยู่คนเดียว ไม่มีคนดูแล พยายามปลง ไม่คิดอะไร ก็กินยาที่หมอให้มาจากโรงพยาบาล ถ้าไม่กินก็กลัวว่าจะแย่”

สรุปจากการบำบัดด้วยการใช้โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่อการปรับตัวต่อพฤติกรรมและสิ่งเร้าด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาห้วางกัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำสิ่งที่ประสบผลสำเร็จ ความภาคภูมิใจในอดีตมาปรับใช้ในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยในปัจจุบันได้

4. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง

4.1 ก่อนการดำเนิน โปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินก่อนการศึกษา (Pre-test) โดยใช้เครื่องมือ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 4, 5, 6)

4.2 โดยกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

4.2.1 ผู้วิจัยประเมินระดับอาการซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002)

4.2.2 หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมวัดการปรับตัวทันทีด้วยแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 7) และอีก 2 สัปดาห์ต่อมาผู้วิจัยทำการประเมินระดับอาการซึมเศร้า (Post-test) ด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 4)

4.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

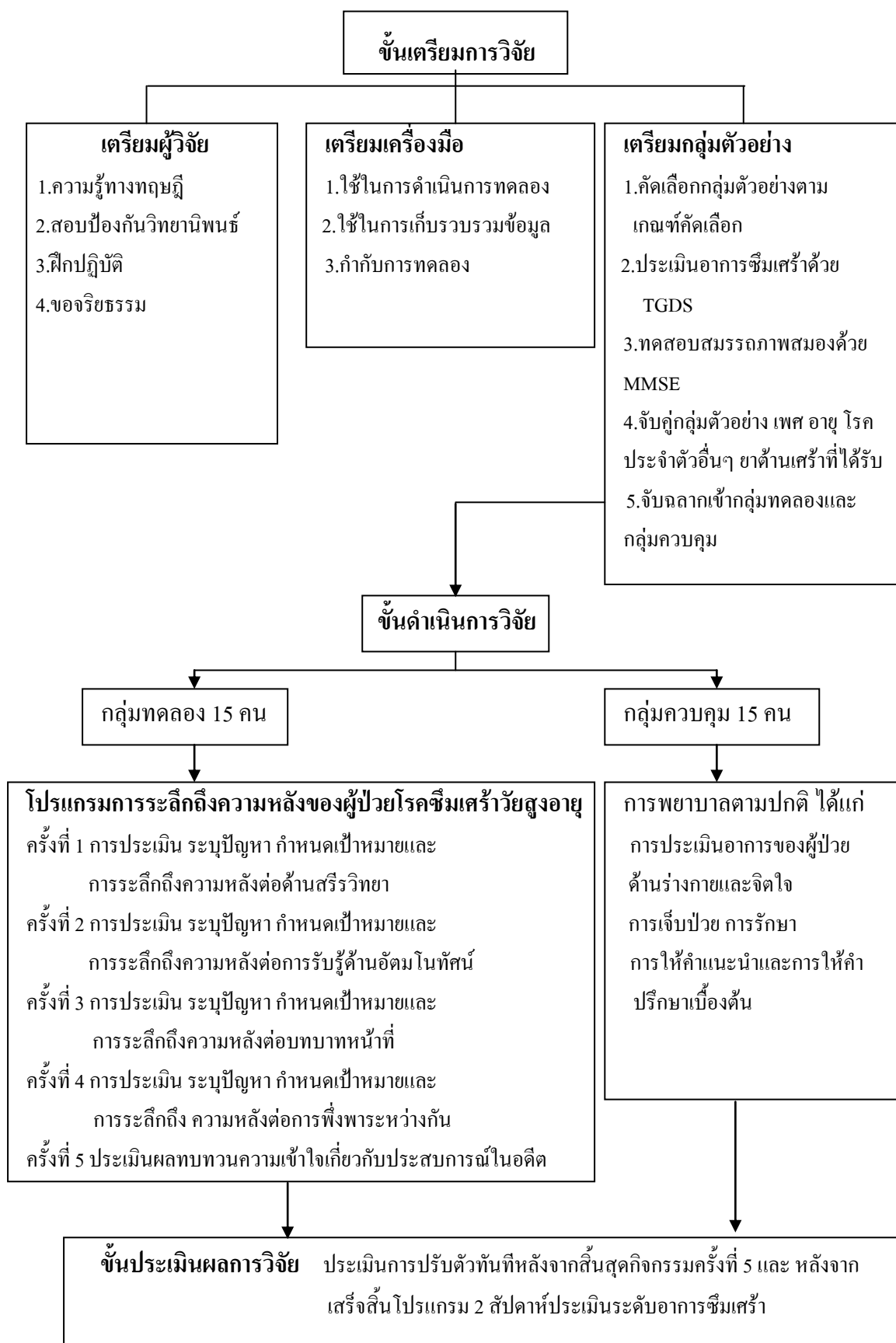
4.3 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

4.3.1 ผู้วิจัยประเมินระดับอาการซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 5) และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 6)

4.3.2 หลังจากเสร็จสิ้นการทดลองวัดการปรับตัวทันทีด้วยแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 7) และอีก 2 สัปดาห์ผู้วิจัยทำการประเมินระดับอาการซึมเศร้า (Post-test) ด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 5)

4.3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง โดยใช้สถิติทดสอบที่ (paired *t*-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนอาการซึมเศร้า
3. เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการทดสอบค่าที (Independence *t*-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนอาการซึมเศร้า
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง และเพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 30 คน โดยจับคู่ (Pair matching) ให้มีลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ อายุ ความเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังอื่นๆ และยาต้านเศร้าที่ได้รับ แล้วถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน ผลการวิจัยเสนอตามลำดับ ดังนี้

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว ความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		รวม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	5	33.30	5	33.30	10	33.30
หญิง	10	66.70	10	66.70	20	66.70
อายุ						
($\bar{X} = 73.40$ $\pm SD = 6.17$ $MAX = 86$ $MIN = 62$)						
60-74 ปี	8	53.30	8	53.30	16	53.30
75-84 ปี	6	40.00	6	40.00	12	40.00
85 ปีขึ้นไป	1	6.70	1	6.70	2	6.70
สถานภาพสมรส						
โสด	1	6.70	0	0	1	3.33
คู่	4	26.70	4	26.67	8	26.67
หม้าย	9	60.00	11	73.33	20	66.67
หย่า	0	0	0	0	0	0
แยกกันอยู่	1	6.60	0	0	1	3.33
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	2	13.30	3	20.00	5	16.70
ประถมศึกษา	11	73.30	12	80.00	23	76.70
อนุปริญญา	1	6.70	0	0	1	3.30
มัธยมศึกษา	1	6.70	0	0	1	3.30
รายได้ต่อเดือน						
1,000-2,000 บาท	3	20.00	1	6.70	4	13.33
2,001-3,000 บาท	8	53.30	7	46.70	15	50.00
3,001-4,000 บาท	1	6.70	4	26.70	5	16.66
4,001-5,000 บาท	1	6.70	2	13.20	3	10.00
มากกว่า 5,001 บาท	2	13.30	1	6.70	3	10.00

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		รวม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว						
อยู่คนเดียว	2	13.30	0	0	2	6.60
2-3 คน	7	46.70	10	66.70	17	56.70
4-5 คน	6	40.00	5	33.30	11	36.70
มากกว่า 5 คน	0	0	0	0	0	0
โรคประจำตัวอื่นๆ						
มี	15	100	15	100	30	100
ไม่มี	0	0	0	0	0	0
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว						
มี	2	13.30	0	0	2	13.30
ไม่มี	13	86.70	15	100	28	93.70
การรับรู้สุขภาพของตนเอง						
อ่อนแอ	9	60.00	4	26.70	13	43.40
ค่อนข้างอ่อนแอ	0	0	1	6.70	1	3.30
ค่อนข้างแข็งแรง	5	33.30	10	66.60	15	50.00
แข็งแรงดี	1	6.70	0	0	1	3.30

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.70 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 73.40 \pm SD = 6.17 โดยพบอายุระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 53.30 อายุ 75-84 ปี ร้อยละ 40.00 และอายุ 85 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.70 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นหม้าย ร้อยละ 66.70 และ 73.33 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 76.70 และ 80.00 ตามลำดับ มีรายได้ต่อเดือน 2,001-3,000 บาท ร้อยละ 50.00 และ 46.70 ตามลำดับ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-3 คน ร้อยละ 56.70 และ 66.70 ตามลำดับ พบว่ามีโรคประจำตัวอื่นๆร่วมด้วย ร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่ม โดยมีการประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ร้อยละ 86.70 และ ร้อยละ 100 ในกลุ่มควบคุม มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ร้อยละ 13.30 ในกลุ่มทดลอง และส่วนใหญ่มี การรับรู้สุขภาพของตนเองว่าอ่อนแอ ร้อยละ 60.00 และ ร้อยละ 26.70 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง (n=15)

คะแนนอาการซึมเศร้า	\bar{X}	\pm S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	18.53	3.56	เล็กน้อย	14	5.91	0.00
หลังการทดลอง	13.75	3.47	เล็กน้อย			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	18.33	2.94	เล็กน้อย	14	-0.08	0.93
หลังการทดลอง	18.40	4.62	เล็กน้อย			

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.91$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ในทางตรงกันข้าม พบว่าภายหลังทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนอาการซึมเศร้าสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยไม่แตกต่างกันกับระยะก่อนทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=30)

คะแนนอาการซึมเศร้า	\bar{X}	\pm S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	18.53	3.56	เล็กน้อย	28	0.168	0.86
กลุ่มควบคุม	18.33	2.94	เล็กน้อย			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.73	3.47	เล็กน้อย	28	-3.124	0.00
กลุ่มควบคุม	18.40	4.62	เล็กน้อย			

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($t = -3.124$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แผนกจิตเวชงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง ตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ำกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง
2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาแผนกจิตเวชงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ DSM – IV ที่มารับการรักษาแผนกจิตเวชงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรีที่มีค่าคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 13-24 คะแนน (เป็นผู้มีความเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) และไม่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) (Pilot & Beck, 2004 อ้างถึงใน รัตนศิริ ทาโต, 2552) โดยนำผลการศึกษาของ พินดักษณ์ นิติภากรณ์ (2547) มาร่วมกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 92 % ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (ดังแสดงในภาคผนวก) พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 11 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 15 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 30 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นแบบโค้งปกติ (Normality) (ดังแสดงในภาคผนวก) และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้และมีความเป็นไปได้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง โดยใช้แนวคิดการปรับตัวของ Roy (1984) และแนวคิดการระลึกถึงความหลังของ Butler (1963) มาประยุกต์เป็นโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 5 ครั้งๆละ 60 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ (ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้งและสัปดาห์ที่ 3 จำนวน 1 ครั้ง) ดังนี้

1. การประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว
2. ระบุปัญหาของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมิน
3. กำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกับผู้ป่วย
4. การระลึกถึงความหลังตามการปรับตัว

ครั้งที่ 1 การระลึกถึงความหลังต่อต้านสรีรวิทยา

ครั้งที่ 2 การระลึกถึงความหลังต่อการรับรู้ด้านอัตมโนทัศน์

ครั้งที่ 3 การระลึกถึงความหลังต่อบทบาทหน้าที่

ครั้งที่ 4 การระลึกถึงความหลังต่อการพึ่งพาระหว่างกัน

ครั้งที่ 5 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีต

หมายเหตุ ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งเริ่มต้นจาก ข้อ 1-3

จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบ แก้ไข เนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก) เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของ

เนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามการเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อนำไปใช้จริง รวมทั้งได้ผ่านการนำไปทดลองใช้ เพื่อทดสอบความเป็นปรนัยของเครื่องมือ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ต่อเดือน ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

2.2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง โดยนิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ (2537) ได้นำมาพัฒนาเป็นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยและใช้ชื่อว่า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 275 คนทั่วประเทศไทย อายุระหว่าง 60 – 70 ปี ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยสูตร KR – 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุเท่ากับ .94 และ ค่าความเที่ยงรวม .93 ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้สึกในทางบวก 10 ข้อ และอีก 20 ข้อเป็นข้อคำถามในทางด้านลบ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) ได้นำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาคำนวณ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .65 ผู้วิจัยนำค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นจึงนำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS ไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างโดยเพิ่มจำนวนเป็น 50 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาคำนวณ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .72 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .68

2.3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2002) เป็นแบบที่ใช้ทดสอบผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อประเมินความสามารถในการทำงานของสมอง 5 ด้าน คือ การรับรู้เวลา สถานที่ ความจำ ความสนใจ และการคำนวณ มีคำถาม 11 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ซึ่งมีจุดตัด (Cut – off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment) ดังนี้คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) มีจุดตัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ผู้สูงอายุ

ปกติเรียนระดับประถมศึกษาที่มีจุดตัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน และผู้สูงอายุปกติเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีจุดตัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2002) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .82

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย

สูงอายุที่ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุของ รุจิรงค์ แอกทอง (2549) จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยตัวเลือก 3 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ มาก หมายถึง ได้ปฏิบัติ ตรงตามข้อนี้เป็นประจำ ปานกลาง หมายถึง ได้ปฏิบัติ ตรงตามข้อนี้เป็นบางครั้ง และน้อย หมายถึง ได้ปฏิบัติ ตรงตามข้อนี้นานๆครั้ง หรือไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนการปรับตัวเป็น 3, 2, 1 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุของ รุจิรงค์ แอกทอง (2549) ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .95 จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามการเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .86

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 4 ระยะ คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นก่อนทดลอง ขั้นทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้ แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกถึง

ความหลัง โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และฝึกทักษะความชำนาญในการทำกลุ่มบำบัด ในบทบาทผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มและผู้สังเกตการณ์ จนสามารถดำเนินการทำกลุ่มได้ด้วยตนเอง ภายใต้การดูแลของอาจารย์นิเทศและพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 3 หน่วยกิต การปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต และฝึกการเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มการระลึกถึงความหลังผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลอัมพา จ.สมุทรสงคราม ระหว่างเดือน กันยายน 2553 ถึง มกราคม 2554 ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาและพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้การทดลองดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมความพร้อมของเครื่องมือในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) เครื่องมือกำกับการทดลองคือ แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยโรงพยาบาลราชบุรี

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โดยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน แล้วขออนุญาตดูแลเพิ่มประวัติการรักษา เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้ากลุ่ม

1.6 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินระดับอาการซึมเศร้าและแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (pre-test) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน แจกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1.7 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Pair matching) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Blazer, & Hybels, 2005) อายุ (สุภาภรณ์ สังฆมรรท, 2549) ความเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังอื่นๆ (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) และยา

ด้านเสริมที่ได้รับ (มาโนช หล่อตระกูล, 2552) แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 2)

จากนั้นผู้วิจัยมีการดำเนินการในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม ดังนี้

1.7.1 กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยได้ให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินระดับอาการซึมเศร้าและแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (pre - test)

2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งและสัปดาห์ที่ 3 จำนวน 1 ครั้ง) ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมการระลึกถึงความหลังทุกครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการบำบัดด้วยโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังจะขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและหลังจาก 2 สัปดาห์ประเมินระดับอาการซึมเศร้า (post - test)

3) ให้ข้อมูลกับกลุ่มทดลองถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น

4) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมการระลึกถึงความหลัง โดยดำเนินกิจกรรมที่บ้านของผู้ป่วยแต่ละคน

1.7.2 กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินระดับอาการซึมเศร้าและแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (pre - test)

2) ให้ข้อมูลกับกลุ่มควบคุมถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำ และการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

3) ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมอีกครั้งหลังจากที่พบกันครั้งแรก 15 วัน เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและหลังจากนั้น ในอีก 2 สัปดาห์ที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินระดับอาการซึมเศร้า (post - test)

2. ขั้นก่อนทดลอง

ในขั้นก่อนทดลองผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 3 คน พบปัญหาในแต่ละครั้ง อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยจากโรคทางกายที่ผู้ป่วยเป็น ได้แก่ อาการปวดเมื่อยตามตัว ปวดขา เวียนศีรษะ นอนไม่หลับทำให้อ่อนเพลีย เป็นต้น ทำให้เดินทางมาร่วมกิจกรรมไม่ไหว ในผู้ป่วยบางรายประสบปัญหาในการเดินทางมาร่วมกิจกรรม ได้แก่ ไม่มีผู้นำส่ง ด้วยวัยสูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางมาเองได้ ต้องรอให้ญาติหรือบุตรหลานพามาส่งด้วยสาเหตุดังกล่าวจึงเป็นอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยนำปัญหาและอุปสรรคในการทดลองมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา จึงปรับเปลี่ยนจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เป็นการดำเนินกิจกรรมแบบรายบุคคล

3. ขั้นทดลอง

ในขั้นทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตาม โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบ การประเมินอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำ และการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัว และการระลึกถึงความหลังตามวัน เวลา (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 3)

4. ขั้นประเมินผลการทดลอง

4.1 ก่อนการดำเนิน โปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินก่อนการศึกษา (Pre-test) โดยใช้เครื่องมือ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 4, 5, 6)

4.2 โดยกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

4.2.1 ผู้วิจัยประเมินระดับอาการซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002)

4.2.2 หลังจากเสร็จสิ้น โปรแกรมวัดการปรับตัวทันทีด้วยแบบสัมภาษณ์ การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 7) และอีก 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินระดับอาการซึมเศร้า (Post-test) ด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 4)

4.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไป

วิเคราะห์ทางสถิติ

4.3 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

4.3.1 ผู้วิจัยประเมินระดับอาการซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าใน

ผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002)

4.3.2 หลังจากเสร็จสิ้นการทดลองวัดการปรับตัวทันทีด้วยแบบสัมภาษณ์

การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 7) และอีก 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินระดับอาการซึมเศร้า (Post-test) ด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 4)

4.3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไป

วิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนความซึมเศร้า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง โดยใช้สถิติทดสอบที่ (paired *t*-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนอาการซึมเศร้า
3. เปรียบเทียบคะแนนความซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการทดสอบค่าที (Independence *t*-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนอาการซึมเศร้า
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.91$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง

2. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -3.12$) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยในครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและระลึกถึงความหลัง มีผลทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยในครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.70 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 73.40 ปี โดยมีอายุระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 53.30 อายุ 75-84 ปี ร้อยละ 40.00 และอายุ 85 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.70 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นหม้าย ร้อยละ 66.70 และ 73.33 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 76.70 และ 80.00 ตามลำดับ มีรายได้ต่อเดือน 2,001-3,000 บาท ร้อยละ 50.00 และ 46.70 ตามลำดับ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-3 คน ร้อยละ 56.70 และ 66.70 ตามลำดับ พบว่ามีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย ร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่ม โดยมีการประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ร้อยละ 86.70 และ ร้อยละ 100 ในกลุ่มควบคุม มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ร้อยละ 13.30 ในกลุ่มทดลอง และส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเองว่าอ่อนแอ ร้อยละ 60.00 และ ร้อยละ 26.70 ตามลำดับ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Blazer, & Hybels (2005) พบว่าผู้หญิงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า และสอดคล้องกับ ธรณินทร์ กองสุข (2550) กล่าวจากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชของไทยในปี 2546 พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง ร้อยละ 3.98 ในผู้ชายร้อยละ 2.47 คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิง เป็น 1: 1.6 ทั้งนี้ อาจเกิดเนื่องมาจาก

สภาพทางเพศถูกสร้างหรือกำหนดขึ้นจากสังคม โดยสังคมคาดหวังว่าผู้ชายจะต้องเป็นคนเข้มแข็ง เป็นผู้นำทรงอำนาจในการตัดสินใจ มีบทบาทเด่นในการหารายได้เลี้ยงครอบครัว จะไม่แสดงความอ่อนแอ เช่น เสรี ร้องไห้ ออกมาอย่างชัดเจนแต่จะหันไปใช้ สุรา บุหรี่ หรือสารเสพติดอย่างอื่นมากกว่า ในบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้หญิงต้องเผชิญกับความเครียดในหลายๆด้าน เช่น ด้านครอบครัว งานบ้าน การเลี้ยงลูก ด้านเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ เป็นต้น รวมไปถึงลักษณะทางเพศหญิงมีความอ่อนไหวง่าย มักเก็บอารมณ์ ความรู้สึก และความต้องการ ทำให้เป็นโรคซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุที่ไม่สามารถทำงานหรือหารายได้ทำรายผู้ใหญ่ทำให้มีรายได้อ่อนแออยู่ระหว่าง 2,001-3,000 บาท ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน ความยากจนทำให้อารมณ์เสีย วิตกกังวลไม่ดี สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย เกิดความเครียด จนหนทางรู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ธรมินทร์ กองสุข, 2550) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว อ้างว้างมีเพื่อนน้อย มักจะมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ (บุญยกภพ สิทธิพรอนันต์, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้

นอกจากนี้จากการวิจัยยังพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี อาจเกิดจากการที่ผู้สูงอายุมีการปรับตัวต่อโรคที่เป็นอยู่ได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพทางร่างกาย (Beland, 1981 อ้างใน สุภาภรณ์ สังขมรรทร, 2549) และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ในผู้สูงอายุที่ด้อยการศึกษาทำให้ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย มากกว่าวัยอื่น (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549) นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างยังมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย ร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่ม วัยสูงอายุมักพบการสูญเสียสมรรถภาพอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอยลง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดังเดิม นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเจ็บป่วยได้ง่าย โดยมักจะเป็นโรคอย่างน้อย 1 โรค และโรคส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น การเป็นโรคทำให้มีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค (บุญศรี นุเกตุ, 2550) และส่งผลทำให้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และในทางกลับกัน

ตอนที่ 2 คะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.91$) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการ

ทดลอง ส่วนคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการระลึกถึงความหลัง ซึ่งผู้วิจัยอธิบายผลการศึกษารายข้างต้น ดังต่อไปนี้

จากการที่พบว่า คะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองนั้น เนื่องจากการประยุกต์แนวคิดการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังเป็นโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังทำผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลอง มีความเข้าใจ และยอมรับว่าอาการของ โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นสิ่งที่สามารถจัดการได้ จากขั้นตอนในการประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในแต่ละด้าน ทำให้สามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ครอบคลุม และนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกันกับผู้วิจัย จากขั้นตอนดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างจึงเกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

ผู้วิจัยได้ชักชวนให้เห็นถึงประสบการณ์ทางบวกที่เกิดขึ้นในอดีต นำมาซึ่งมีความสุขสบายใจ จากการระลึกถึงอดีตที่มีความสุข และที่ประสบความสำเร็จ เกิดการมองเห็นความมีคุณค่าในช่วงที่มีชีวิตอยู่ และช่วยสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ จากประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาในอดีตและการนำกลับมาใช้ในปัจจุบัน (Haight & Burnside, 1993) โดยเฉพาะการได้ระลึกถึงอาการเจ็บป่วยในอดีตที่ทำให้ต้องไปพบแพทย์เพื่อรักษาอาการซึมเศร้า เกิดการเรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการซึมเศร้าของตนเองจากประสบการณ์ในอดีต ทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจการเจ็บป่วยตนเองมากขึ้น ในเรื่อง que ผู้ป่วยทำแล้วประสบผลสำเร็จ ผู้วิจัยเสริมแรงให้ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดีต่อไป ในอาการที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถจัดการดูแลได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยเสริมความรู้และวิธีการในการจัดการ โดยให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองอย่างเป็นองค์รวม มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่อโรคซึมเศร้าดีขึ้น เนื่องจากการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะสามารถดูแลตนเองจากอาการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทางร่างกายได้ จะทำให้ลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) และเป็นการเพิ่มสมรรถนะทางด้านร่างกายด้วย (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2552) ซึ่งการให้ข้อมูล ความรู้แบบรายบุคคลหรือการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคล เป็นการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น มีทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองได้ (Williams, 1989; American Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน เชาวณี ล่องชูผล, 2547) และนอกจากความรู้ที่ได้รับแล้ว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ยังได้รับการฝึกทักษะในการออกกำลังกาย ด้วยท่ากายบริหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายทั้งทางร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ เกิดความเชื่อมั่นต่อตนเองจากการได้มองและค้นหาคุณค่าของตนเอง ทำให้มองตนเองทางด้านบวกมากขึ้น นอกจากนี้การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมยังช่วยให้ผู้ป่วย ได้เรียนรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองของ

ผู้สูงอายุต่อครอบครัว ในการดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยรับรู้ถึงพฤติกรรมของตนเองที่แสดงต่อบุคคลในครอบครัว และการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน รับรู้ถึงพฤติกรรมของตนเองที่เกิด จากการให้และการได้รับความรักความเอาใจใส่ดูแลจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง การได้ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความรักความเอาใจใส่ดูแลของบุคคลรอบข้างของตน และเรียนรู้ที่จะให้ความรักความเอาใจใส่ดูแลบุคคลรอบข้างเช่นกัน ผู้ป่วยเกิดทักษะในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นว่ายังมีบุคคลที่ตนเองรักและรักตนเองอยู่ (บุญศรี นุเกตุ, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ (อุษา เอี่ยมสังข์, 2546) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว มากที่สุด โดยเฉพาะครอบครัวเกิดได้จากกรณีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น

ครั้งที่ 1 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อ

ด้านสรีรวิทยา ในกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านสรีรวิทยาทั้ง 9 เรื่องตามแนวคิดของทฤษฎีการปรับตัวของรอย ได้แก่ ออกซิเจน โภชนาการ การขับถ่าย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกัน การรับรู้รู้สึก สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การทำหน้าที่ของระบบประสาท และการทำงานของต่อมไร้ท่อ โดยใช้คำถามว่า *“มีอาการผิดปกติอย่างไร ที่ทำให้ต้องไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคซึมเศร้า”* พบว่าอาการที่เป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ คือ สาเหตุที่เกิดจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ นอนไม่หลับ นอนหลับยาก เบื่ออาหาร ดังตัวอย่างต่อไปนี้ *“มันเบื่อเรื่องปวดขา ไม่หายซักที มันทรมาณไม่ได้หลับได้นอน” “ปวดหัวมากเสียงมันดังในหัว”* ซึ่งสอดคล้องกับ สมภพ เรื่องตระกูล (2547) กล่าวว่า อาการซึมเศ้ามักพบร่วมกับโรคทางกายหรือโรคทางสมอง ซึ่งอาการจะเหมือนกับโรคซึมเศร้า และ สาเหตุที่เกิดจากความเจ็บป่วยทางจิตใจ ดังตัวอย่าง เช่น *คิดมาก หงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย ท้อแท้ “รู้สึกกลัวเวลาที่อยู่คนเดียว” “กังวลว่าเวลาเจ็บไข้ใครจะดูแล”* ซึ่งสอดคล้องกับ อรพรรณ แผนคง (2553) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้สึกเบื่อหน่าย เศร้าเสียใจง่าย หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย จากคำถามทำให้ผู้วิจัยทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน และนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการดูแล โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจถึงอาการที่เป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเอง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ซึ่งในการดำเนินกิจกรรม มีการให้ความรู้และทักษะในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร อาการนอนไม่หลับ การสื่อสารบกพร่อง การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด ซึ่งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ระบายความรู้สึกและความคิด จะช่วยลดอาการซึมเศร้า และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม ซึ่งจะ

ช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้ผ่อนคลาย มีการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสามารถในการที่จะดำเนินกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (American Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน เขาวนิ ล่องซุผล, 2547)

ส่วนการให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงประสบการณ์ในอดีตในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสรีรวิทยา โดยใช้คำถามว่า “ปัญหาเรื่อง _ _ _ ในอดีตทำอะไรอาการนี้จึงดีขึ้น” จากการดำเนินกิจกรรมพบว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีการจัดการกับปัญหาของตนเองตามวิธีการของแต่ละบุคคล เช่น “การสวดมนต์” “รดน้ำต้นไม้” “ฟังวิทยุ ฟังธรรมะ ฟังเพลง” วิธีการจัดการเช่นนี้ เป็นการปรับแก้โดยมุ่งปรับอารมณ์ เป็นวิธีที่บุคคลใช้เพื่อช่วยในการปรับอารมณ์และความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข หรือไม่สบายใจให้ลดลง (บุญศรี นุเกตุ, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ กสถานดิกุล (2542) ที่พบว่า การจัดการกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าด้วยการทำใจ ช่มใจ หางานอดิเรกทำ หรือเข้าวัดทำใจให้สงบ ดังตัวอย่างต่อไปนี้ “ทำใจ ไม่คิดอะไร” “พยายามไม่คิด” “ไม่ก็มากน้อยก็ไป” วิธีการนี้อาจเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแล้ว ทำให้อยู่เฉยๆ ไม่รูก ถอนตัวและทำกิจกรรมลดลง (ชรณินทร์ กองสุข, 2550) หรือ การปล่อยวางความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ ทำให้อยอมรับ หรือบางครั้งปลงกับสิ่งที่ตนเองไม่สามารถขัดขวางหรือควบคุมได้ เช่น การเป็นโรค การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง และความยากลำบากในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น (บุญศรี นุเกตุ, 2550) จากแนวความคิดการปรับตัวของรอย เมื่อผู้ป่วยได้ประเมินสิ่งเร้าและพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของตนเองแล้ว ทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการคิดรู้ และกลไกการจัดการ ผลที่เกิดจากกระบวนการนำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสม (Roy, 1984) โดยการคิดรู้ถึงอาการเจ็บป่วยจากโรคซึมเศร้าของตนเอง จากการระลึกความหลังถึงประสบการณ์ในอดีต ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้ทบทวนแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมในการจัดการตนเองด้านร่างกาย ในเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การจัดการกับความเครียด เป็นต้น และการเสริมความรู้ความเข้าใจในการจัดการกับอาการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงการคิดนำไปสู่การปรับพฤติกรรมต่อโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าการจัดการกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมีวิธีการจัดการอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง โดยการควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (นุสรรา วรภัทรพร, 2547)

ครั้งที่ 2 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อ

การรับรู้ด้านอัทมโนทัศน์ ในกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านการรับรู้ด้านอัทมโนทัศน์ ตามแนวคิดของรอย (Roy, 1984) จากการดำเนินกิจกรรมนี้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้อัทมโนทัศน์ด้านร่างกายของตน เป็นการรับรู้ภายในของตนเอง (body sensation) และการรับรู้ด้านภาพลักษณ์ของตน (body

image)จากการได้ระลึกถึงความหลังต่อภาพลักษณ์ของตนเอง เช่นรูปร่างหน้าตาในช่วงวัยที่ผู้ป่วยเลือก ดังตัวอย่างต่อไปนี้ “สาว ๆ มีคนบอกว่าสวย เรียบร้อย” “หนุ่ม ๆ หน้าตาดี ไปเที่ยวที่ไหนสาว ๆ ก็ติด” รับรู้ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานะและสมรรถภาพร่างกายของตนเองในปัจจุบัน และเกิดการรับรู้อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล โดยใช้คำถาม “รู้สึกต่อตนเองอย่างไร” หรือ “คิดว่าตนเองเป็นคนอย่างไร” จากการดำเนินกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองด้านบวกและด้านลบ ในด้านลบดังตัวอย่าง “ป่าผิเองที่ทำให้ลูกเป็นแบบนี้” “แก่แล้ว ไม่มีอะไรดี ไม่มีมากน้อยก็ไป” “รู้สึกกลัวเวลาอยู่คนเดียว ลูกก็ต้องลำบากต้องคอยดู รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า ไม่มีอะไรดี” จากคำถามทำให้ผู้วิจัยทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน และนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการดูแลตามกิจกรรมที่เน้น การรับรู้อัตมโนทัศน์และเข้าใจตนเอง โดยใช้การระลึกถึงความหลังของตนเองต่อเหตุการณ์ในอดีตที่รู้สึกประทับใจหรือภาคภูมิใจ โดยกิจกรรมนี้เป็นการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจต่อตนเองของผู้สูงอายุให้รับรู้ว่าเป็นบุคคลที่มีประโยชน์และมีคุณค่า รับรู้อัตมโนทัศน์ของตนเองตามความเป็นจริง ทำให้เกิดการค้นหาความหมายของชีวิตที่เกิดขึ้นในอดีตและสืบเนื่องมาถึงปัจจุบัน เกิดความเข้าใจ ยอมรับตนเองทางบวก (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2553)

การให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์ที่ประทับใจหรือภาคภูมิใจ ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง โดยใช้ภาพถ่ายหรือสิ่งของที่มีความสำคัญหรือคุณค่าทางจิตใจประกอบในการเล่าเรื่อง ดังตัวอย่าง “รูปนี้ถ่ายกับลุงตอนสาว ๆ ทำงาน ได้เงินเยอะจนมีฐานะ มีเงิน มีรถ มีที่ดิน” “รูปนี้ตอนอายุ 20 ปี ทำงานเก่ง พ่อแม่รักเป็นลูกที่ดี ไม่เกร ภูมิใจที่ทำมาหากิน เลี้ยงดูพ่อแม่จนเสียชีวิตไปหมด รักพ่อแม่มาก” “เป็นคนขยัน พ่อแม่ชม ทำงานเก่ง ทำได้ทุกวัน” ซึ่งจากกิจกรรมนี้ในขณะที่ผู้ป่วยระลึกถึง และถ่ายทอดเรื่องราวด้วยความสุข โดยสังเกตจากสีหน้าและแววตา ในผู้สูงอายุบางคนมีรอยยิ้ม ซึ่งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงความหลังที่มีความสุข ช่วยเพิ่มความมีคุณค่าในตัวเองและเป็นการสร้างแรงจูงใจ (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2552) ในการใช้ภาพถ่าย หรือสิ่งกระตุ้นอื่น ๆ ที่มีคุณค่าทางจิตใจของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระลึกถึงเรื่องราวในอดีตและถ่ายทอด โดยการบอกเล่าได้โดยง่าย และสิ่งที่มีคุณค่าทางจิตใจเหล่านั้นเมื่อผู้ป่วยได้ระลึกถึงและบอกเล่าให้ผู้อื่นฟังนำมาซึ่งความรู้สึกเป็นสุขใจ สบายใจ และช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ (Jones, 2003) จากการที่บุคคลรับรู้อัตมโนทัศน์ของตนเองตามความเป็นจริงทำให้เกิดการค้นหาความหมายของชีวิตที่เกิดขึ้นในอดีตและสืบเนื่องมาถึงปัจจุบัน เกิดความเข้าใจ ยอมรับตนเองทางบวกได้ (Cappeliez, 2005) สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย ในผู้สูงอายุที่ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุผ่านพ้นจากอาการซึมเศร้าไปได้ โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประโยชน์ และมีผู้ที่ห่วงใย (American Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน เชาวานี ล่องชูผล, 2547) ดังเช่นกิจกรรมขวดเปลา่ จากการดำเนินกิจกรรมนี้ ผู้ป่วยกล่าวว่า “ต่อไปถ้าฉันรู้สึกว่าตัวฉันไม่มีประโยชน์อีก ฉันจะนึกถึงขวดที่หมอบอก ฟังแล้วฉันสบายใจ” และการดำเนินกิจกรรมฝึก

ทักษะการคิดเชิงบวก ผู้ป่วยทุกคนเลือกที่เป็นคนที่มีลักษณะของคนที่มีมองโลกในแง่ดีและมีความสุข และบางคนบอกว่าตนเองสามารถทำตามได้ทุกข้อ ส่วนข้อความที่ผู้ป่วยทุกคนปฏิเสธและไม่ได้เลือก เนื่องจากเป็นลักษณะของคนที่มีมองโลกในแง่ร้ายและไม่มีความสุข ผู้วิจัยกระตุ้นให้กำลังใจและย้ำเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติ โดยใช้กิจกรรมการเป็นตัวของตัวเอง

จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตนเองด้านบวกมากขึ้น มองเห็นความมีคุณค่าของตนเองเมื่อในอดีต และปัจจุบัน ทำให้เกิดการพัฒนาอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีนำไปสู่ความสามารถในการปรับตัวที่ดี

ครั้งที่ 3 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อบทบาทหน้าที่ ในกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านบทบาทหน้าที่ โดยใช้คำถาม “ในปัจจุบันท่านมีบทบาทหน้าที่อย่างไร ต่อครอบครัว” จากการดำเนินกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยยังมีบทบาทหน้าที่ต่อครอบครัวตามกำลังความสามารถของตนเองและมีความพยายามทำตามบทบาทหน้าที่ที่ตนเองเคยทำมา เช่น ดูแลความสะอาดเรียบร้อยของบ้าน หุงข้าว ทำกับข้าว เลี้ยงหลาน ในผู้ป่วยบางรายต้องการทำงานบ้านให้ได้เหมือนเดิม เช่นอยากกวาดบ้าน ถูบ้าน เพราะเมื่อก่อนเคยทำได้ ปัจจุบันไม่สามารถทำได้เช่นเดิม เห็นบ้านรกแล้วไม่สบายใจ เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นทำให้มีความเสื่อมถอยของร่างกาย ประกอบกับการมีโรคทางกายอื่นร่วมด้วยทำให้ความสามารถในการกิจกรรมลดลง ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง จึงมีความพร้อมในการพัฒนาตนเองต่อบทบาทอยู่เสมอ (อรรวรรณ แพนคง , 2553) จากคำถามทำให้ผู้วิจัยทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน และนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการดูแลตามกิจกรรมที่เน้นให้ผู้ป่วยยอมรับและปรับตัวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างเหมาะสม

การระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับการทำบทบาทหน้าที่ที่ประสบผลสำเร็จในช่วงวัยที่ผ่านมาที่ตนเองรู้สึกภาคภูมิใจที่สามารถทำได้ จนเอาชนะต่อปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ระลึกถึงวัยที่ตนเองทำงานหาเงินได้ ความยากลำบากในการช่วยเหลือพ่อแม่ แบ่งเบาภาระของครอบครัว ดังตัวอย่าง “ตอนเด็กๆพวยเรือไปขายของ พอแต่งงานมีลูก 9 คนลูกๆได้ดีหมด” “ภูมิใจที่เลี้ยงลูก 9 คน ได้ดีหมด” “รับจ้าง คายหญ้า ไปหาเงินมาได้ด้วยน้ำพักน้ำแรงของตนเอง” “ตอนนี้ก็ยังพอทำไหว ถ้าไม่ได้ทำก็ไม่รู้จะทำอะไร” ซึ่งการระลึกถึงความหลังช่วยให้บุคคลตระหนักรู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน มีบทบาทหน้าที่อย่างไร (Florence Gray Soltys & A.Kunz, 2007) และได้สะท้อนให้ผู้วิจัยฟังว่าพอนึกถึงตอนนั้นแล้วรู้สึกมีความสุข ภูมิใจ ที่ทำให้พ่อแม่ได้ ผู้วิจัยให้กำลังใจและเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสูงอายุในการเผชิญและแก้ไขปัญหา โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านอุปสรรคต่างๆมากมาย เป็นผู้ที่มิประสบการณชีวิตหลากหลาย ซึ่งจะช่วยเหลือคลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปด้วยดี โดยเฉพาะ การทำบทบาทหน้าที่ต่อการเป็นผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม โดยใช้คำถาม “ท่านทำหน้าที่ต่อการเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างไร” จากคำถามทำให้ผู้วิจัยทราบถึงการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละคน ดังตัวอย่าง “ไปหาหมอตามนัด ป้าไม่เคยขาดเลย” “ทำใจให้สบาย ไม่คิด ไม่เครียด” “ไปเที่ยว ไปคุยกับคนนั้นคนนี้ให้มันเพลินๆ จะได้ไม่คิดมาก” เนื่องจากผู้ป่วยเป็นวัยสูงอายุได้เรียนรู้บทบาทจากประสบการณ์ตรงของตนเองมาอย่างมากมาในการดูแลตนเองจากโรคเรื้อรัง ทำให้แต่ละคนมีวิธีการในการดูแลตนเองจากโรคที่เป็นอยู่และดำเนินกิจกรรม จากการดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยบอกถึงความมีคุณค่าของตนเองเช่น “ฉันต้องดูแลหลาน คอยสอนไม่ให้ดื้อกับพ่อแม่” “ป้าจะพยายามทำกับข้าวให้ลุงไปทำงาน” จากการสร้างบทบาททางสังคมของตนขึ้นมาใหม่ เพื่อทดแทนบทบาทหน้าที่ที่สูญเสียไป เกิดการมองเห็นคุณค่าของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ นำไปสู่การลดอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งบทบาทใหม่ของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัว เช่น การเป็นผู้ให้การอบรมสั่งสอนบุตรหลานหรือเป็นที่ปรึกษา เป็นต้น ส่วนบทบาทต่อชุมชนหรือสังคม ได้แก่ บทบาทผู้นำทางศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณี บทบาทด้านผู้นำชุมชน บทบาทการช่วยเหลือสังคม เป็นต้น (บุญศรี นุกฤต, 2550) การแสดงบทบาทเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุภาคภูมิใจ เห็นความสำคัญของตน (ปรีชา อุปโยคิน, 2553)

ครั้งที่ 4 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อการพึ่งพา
ระหว่างกัน ในกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ตามแนวคิดของรอย (Roy, 1984) จากการดำเนินกิจกรรมนี้เน้นให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ความต้องการที่จะให้และได้รับความรัก ความเอาใจใส่ดูแลจากบุคคลอื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้คำถาม “ใครเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของท่านมากที่สุดในขณะนี้” พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลูกคอยให้การดูแล และส่วนน้อยที่มีสามีเป็นผู้ให้การดูแล และมีบางส่วนที่อยู่คนเดียวจึงไม่มีผู้ดูแล แต่มีบุคคลอื่นที่บ้านอยู่บริเวณใกล้เคียงกัน จากคำถาม “ท่านแสดงความรักความอาทรต่อบุคคลสำคัญอย่างไร” ในผู้ป่วยที่มีบุตรคอยดูแล ผู้ป่วยจะแสดงความรักด้วยคำพูด ดังตัวอย่างต่อไปนี้ “แม่รักลูกนะ” ให้ศีลให้พรลูก “บุญรักษานะลูก” “พระคุ้มครองนะลูก” หรือพูดจากับลูกๆ ส่วนการแสดงด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยจะดูแลเรื่องอาหาร งานบ้านเล็กน้อย หรือ รอลูกกลับบ้าน เป็นต้น และจากคำถาม “ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการแสดงออกของบุคคลสำคัญ” ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงความรู้สึกด้านบวก เช่น “ดีใจ มีกำลังใจ” หรือ “ตื่นตันใจ อยากรู้เรื่อยๆ” เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าไม่ได้ขึ้นอยู่กับใครคนเดียว ยังมีคนที่รักและห่วงใย (บุญศรี นุกฤต, 2550)

การระลึกถึงความหลังที่ตนได้เป็นที่พึ่งพิงของผู้อื่นในอดีต ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าของตนเองในอดีตที่มีความสำคัญในการเป็นที่พึ่งพิงของผู้อื่นได้ นำมาซึ่งความภาคภูมิใจของผู้ป่วย ดังตัวอย่าง “เป็นที่พึ่งให้พ่อ แม่ ด้วยการขายของในหมู่บ้าน ขายข้าว ก๋วยเตี๋ยว น้ำแข็งไส มีเงินให้พ่อแม่ ทำให้รู้สึกภูมิใจ พ่อแม่มีความสุข” “เป็นที่พึ่งให้ลูก 9 คนเลี้ยงมาเองทั้งหมด จนได้ดีมีงาน

ทำก็ภูมิใจที่ถูกเอาตัวรอดได้” จากการดำเนินกิจกรรมในด้านนี้พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการตอบสนองด้านความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ การได้รับความเข้าใจจากบุคคลอื่น ซึ่งความต้องการดังกล่าวจะได้รับการตอบสนอง เกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคม (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ดังนั้นการฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวเกิดความผูกพันอันเกิดจาก การให้ความรัก ความห่วงใยอาทร การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การเห็นอกเห็นใจกัน สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์มั่นคง รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาและการปรับตัวในด้านต่างๆ ได้ (บุญศรี นุกฤต, 2550) จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการปรับตัวของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว มากที่สุด (อุษา เอี่ยมสังข์, 2546) การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะครอบครัวเกิดได้จากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น (บุญศรี นุกฤต, 2550)

กลไกการระลึถึงความหลังในด้านการพึ่งพาระหว่างกันช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ตัวตนเองไม่ได้ อยู่อย่างโดดเดี่ยว ยังมีคนที่รักและห่วงใย รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลงได้

โดยสรุปการเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้ และการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเป็นการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสังคม และนำมาซึ่งความสุขทางใจที่เกิดจากการได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิดและการที่ได้ดูแลบุคคลใกล้ชิดด้วย รวมทั้งการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น เพื่อนบ้าน บุคคลากรทางการแพทย์ ในการให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา หรือการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รู้สึกว่ตนเองอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่งพิง

ครั้งที่ 5 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ ในกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยการสอบถามถึงการทำกิจกรรมในแต่ละครั้งที่ผ่านมา ทบทวนความเข้าใจอีกครั้ง เพื่อค้นหาปัญหาของการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหการปรับตัวต่ออาการซึมเศร้าร่วมกัน พบว่า ผู้ป่วยจดจำเรื่องราวที่ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมได้ไม่ทั้งหมด แต่เมื่อทบทวนให้อีกครั้ง ผู้ป่วยเข้าใจและเริ่มระลึกได้

คะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองที่ลดลงแม้เพียงเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็น โรคซึมเศร้าเรื้อรังและได้รับยาต้านเศร้ามานาน ทำให้คะแนนซึมเศร้าลดลงเล็กน้อย แต่มีความสำคัญทางการพยาบาลเนื่องจากเป็นสัญญาณที่บ่งบอกถึงการดำเนินของโรคเป็นในทางที่ดีขึ้น มีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี สะท้อนถึงประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย

2. ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง มีค่าเฉลี่ยซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -3.12$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาที่พบ ดังต่อไปนี้

การที่ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง มีอาการซึมเศร่าลดลง ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังได้ประยุกต์ขึ้นจากแนวคิดการปรับตัวของ Roy (1984) และแนวคิดการระลึกถึงความหลังของ Butler (1963) เข้าด้วยกัน โดยนำการระลึกถึงความหลังมาเชื่อมโยงเข้าไปในกระบวนการปรับตัวของรอย ซึ่งแนวคิดการการระลึกถึงความหลังจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในประสบการณ์ที่ผ่านมา ภาควมูมิใจกับความสำเร็งที่เกิดขึ้นในอดีต โดยเฉพาะประสบการณ์ด้านบวก และมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในปัจจุบัน (Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010) ส่วนแนวคิดการปรับตัว ประกอบไปด้วย การประเมินพฤติกรรมและสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ การปรับตัวด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน ทำให้ผู้วิจัยรับรู้ถึงปัญหาในแต่ละด้านของผู้ป่วยโดยละเอียด และนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการดูแลตามกิจกรรมในโปรแกรม ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความสามารถในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) การนำทั้งสองแนวคิดมาประยุกต์เข้าด้วยกันจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจ มีความสบายใจ สุขใจ เข้าใจและรับรู้ตนเองตามความเป็นจริง และเนื่องจากในทุกขั้นตอน ผู้วิจัยให้ความสำคัญของการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครอบคลุมและเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลให้อาการซึมเศร่าลดลงได้

ในการดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นตามความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ ส่วนผู้วิจัยใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่ายขณะพูดคุย ทำให้ผู้ป่วยไม่เครียดหรือกังวลว่าจะถูกหรือผิด กิจกรรมจึงดำเนินไปด้วยความราบรื่นทุกคน ด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี การพูดคุยในเรื่องความเจ็บป่วยทั้งที่ทางด้านร่างกายและที่ส่งผลทางด้านจิตใจ ที่เกิดขึ้นกับตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากที่จะพูดคุยบอกเล่าให้ฟัง ผู้วิจัยแสดงถึงความเข้าใจ ยอมรับ และการเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้ไว้วางใจบอกเล่าเรื่องราวของตนเองอย่างเปิดเผย ทั้งนี้การถ่ายทอดเรื่องราวนี้เกิดจากความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อผู้วิจัย โดยที่ผู้ป่วยสะท้อนว่า “หมออุตสาหมาเยี่ยมถึงที่บ้านตั้งหลายครั้ง เกรงใจ ดีใจที่มา” “เมื่อไหร่จะมาอีก อยากให้มาเรื่อยๆ ฉันจะได้มีเพื่อนคุย ปรึกษาทำให้รู้สึกว่าการดีขึ้น” และการ

ดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยระบายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตน ทั้งสิ่งที่สะท้อนใจ สิ่งที่มีความภาคภูมิใจ ได้เต็มที่ ผู้วิจัยแสดงความเข้าใจ ให้ความสนใจฟัง เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆ และหาแนวทางเพื่อนำไปสู่การปรับตัวที่ดี เมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับอาการของโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเป็นได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2552)

ผลจากการศึกษาทั้งสองข้อข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลต่อการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการจัดการกระทำกับกลุ่มทดลอง โดยนำโปรแกรมมาใช้เพื่อจัดการกระทำกับปัจจัยสาเหตุของตัวแปรตาม และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Pair matching) ได้แก่ เพศ (Blazer, & Hybels, 2005) อายุ (Field & Minkler, 1988) ความเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังอื่นๆ (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) ยาต้านเศร้าที่ได้รับ (มาโนช หล่อตระกูล, 2552) เพื่อให้เกิดความตรงภายใน (Internal validity) ของการวิจัย และนำไปสู่การสรุปผลการทดลองได้ว่าคะแนนอาการซึมเศร้าที่ลดลงหลังการทดลองเป็นผลจากสิ่งทดลองหรือตัวแปรต้นที่จัดการกระทำให้กับกลุ่มทดลองเท่านั้น (รัตนศิริ ทาโต, 2552) แล้วทำการสุ่มโดยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยที่พบจึงสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละครั้งจะพบว่า มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง มีความสามารถในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าดีขึ้น และมีผลทำให้ระดับอาการซึมเศร่าลดลง

นอกจากนั้นการวิจัยพบว่าในกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร้าสูงกว่าระยะก่อนทดลองซึ่งอาจสนับสนุนได้ว่า โปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า ถ้าไม่มีการจัดการกระทำของโปรแกรมนั้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าสูงขึ้นได้

สิ่งที่พบจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง แบบรายบุคคล คือผู้ป่วยมีความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งเนื่องจากมีกำหนดหมายเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก และไม่มี ความยากลำบากในการเดินทางเนื่องจากผู้วิจัยไปดำเนินกิจกรรมที่บ้านของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีเวลาในการพูดคุยปรึกษากับผู้วิจัยนอกเหนือจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมได้อย่างเปิดเผยและเป็นกันเอง ทำให้ผู้วิจัยรับรู้ถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างลึกซึ้งขึ้น

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการควบคุมประสบการณ์พื้นฐานของการระลึกถึงความหลังซึ่งในแต่ละครั้งจากกิจกรรมตามโปรแกรมของผู้ป่วยนั้น ไม่สามารถควบคุมการระลึกความหลังในแต่ละ

ละบุคคลนั้นให้เท่ากันได้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างให้สามารถระลึกถึงความหลังตามกิจกรรมในแต่ละครั้งของโปรแกรมที่สร้างขึ้นอย่างเต็มความสามารถทุกครั้ง

ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองด้านร่างกาย และจิตใจ ได้ อย่างเป็นองค์รวม ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการปรับตัวได้ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมได้จะเป็นผู้ที่มีความพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี นอกจากนี้การมีกิจกรรมและการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา จะทำให้มีความรู้สึกว่าเป็นประโยชน์ต่อสังคม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (Burke & Walk , 1992 อ้างใน อรวรรณ แผนคง , 2553) ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่องจะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมต่อเนื่องไป และเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้การปรับตัวทั้งด้านร่างกาย อत्मโนทัศน์ บทบาทหน้าที่และการพึ่งพาห้วางกัน นำมาสู่การปรับตัวกับโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม ส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

ผลของการวิจัยเรื่องโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พยาบาลควรคำนึงถึงเทคนิค ดังนี้

1.1.1 เทคนิคการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจของผู้ป่วยในการถ่ายทอดเรื่องราวตามกิจกรรมที่กำหนด และพยาบาลต้องไม่รีบร้อนในการทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง

1.1.2 มีความเข้าใจ ยอมรับ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย เนื่องจากเป็นวัยผู้สูงอายุอาจต้องใช้เวลาในการระลึก นึกถึงเรื่องราวที่จะเล่า และการบอกเล่าเรื่องราวต่างๆของผู้สูงอายุอาจไม่อยู่ในประเด็นที่ต้องการ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าต่อไปก่อน และค่อยๆดึงเข้ามาในประเด็น โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด หรือถูกบังคับหรือไม่สมัครใจ

1.1.3 การเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย จะช่วยทำให้เกิดความสนใจในการดำเนินกิจกรรมของผู้ป่วยได้ ซึ่งการนำการระลึกถึงความหลังมาใช้กับวัยสูงอายุเป็นธรรมชาติของวัยที่มักชอบคิดหรือพูดถึงเรื่องราวในอดีต การช่วยให้ผู้สูงอายุระลึกถึงเรื่องราวในอดีตโดยเฉพาะด้านบวก นำมาซึ่งความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีความสุขใจ สบายใจ และภาคภูมิใจได้

1.2 ควรจัดอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลัง รวมทั้งการนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการนำโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นผู้มีความรู้ในเรื่องแนวคิดการระลึกถึงความหลัง และแนวคิดการปรับตัวของรอย

2. ด้านการศึกษา

การนำแนวคิดการปรับตัวของรอยและแนวคิดการระลึกถึงความหลัง สามารถนำมาจัดการเรียนการสอนเพื่อเป็นตัวอย่างของการเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดทฤษฎีและการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

2.1 ควรจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลัง และแนวคิดการปรับตัวของรอย เพื่อเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

2.2 ควรจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้น เพื่อพัฒนาทักษะในการใช้โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง

3. ด้านการวิจัย

การนำแนวคิดการปรับตัวของรอยและแนวคิดการระลึกถึงความหลัง มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเป็นการพัฒนาประสิทธิภาพในการให้บริการทางการพยาบาล และเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย จึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

3.1 ควรมีการติดตามผล ในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังการทดลอง เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับจากโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยในการลดปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มอื่นๆ หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่น เช่นในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม เป็นต้น เพื่อเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของโปรแกรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกัน

3.3 ควรมีการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยได้แบ่งปันประสบการณ์ของตนเองให้ผู้อื่นฟัง โดยการเล่าเรื่องราว เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทั้งยังเป็นการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้ป่วยด้วยกัน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย. (2545). **แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002** กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2529). **ทฤษฎีการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จงกรม ทองจันทร์. (2544). **ผลการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความหวังในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ**. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชัดเจน จันทร์พัฒน์. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2532). **การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน**. เล่ม 1, กรุงเทพฯ: สุภาวณี
- เชาวณี ล่องชูผล. (2547). **ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ กสถานติกุล. (2542). **โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- คุษฎี กฤษฎี. (2551). **ทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา**. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, ดาวชมพู พัฒนประภาพันธุ์, & ใน มาโนช หล่อตระกูล. (2548). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. กรุงเทพฯ: บีคอนเอ็นเตอร์ไพรซ์.
- ธรณินทร์ กองสุข. (2550). **โรคซึมเศร้า องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ เล่ม 1, อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท**.
- นิพนธ์ พวงวารินทร์และคณะ. (2537). **แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง สารศิริราช, จัดพิมพ์โดยคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, ปีที่ 46, ฉบับที่ 1, มกราคม, หน้า 1-9**.
- นุศรา วรภัทราร. (2547). **ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). ระบาดวิทยา ทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2551). ยาแก้โรคในผู้สูงอายุ (ศิริพร แดงทองดี ed.). ปทุมธานี: คณะเภสัช ศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2548) การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. ใน วารสารณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ (บรรณาธิการ), *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ*, กรุงเทพฯ : ชมรมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- บุญศรี นุเกตุ. (2550). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- ประกาศรี มานิตย์. (2542). การปรับตัวหลังเกษียณของบุคคลากรสายอาจารย์ สถาบันอุดมศึกษา จังหวัดเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน กรุงเทพฯ: ยูเนียน ศรีเอช่น.
- ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, & มาโนช หล่อตระกูล. (2541). *เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM - IV* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.กรุงเทพฯ: ยูเนียน ศรีเอช่น.
- ปรีชา อุปโยคิน, นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. (2553). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ปุ่นยกภพ สิทธิพรอนันต์. (2550). *ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.
- ผ่องพรรณ อ้วนพรมมา. (2544). เหตุการณ์ชีวิตกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในอำเภอชุมแพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2542). คำคำไทยในพจนานุกรมไทย ฉบับ ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. [Online] แหล่งที่มา: <http://rirs3.royin.go.th/dictionary>.
[1 กุมภาพันธ์ 2554]
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2545). *จิตวิทยาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- พิณลักษณ์ นิติกากรณ์. (2547). ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปริยา สุทธิเลิศ. (2551). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มาโนช หล่อตระกูล, & ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- มาโนช หล่อตระกูล, & ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2552). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- มุกดา ศรียงค์และคณะ. (2548). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพฯ: พิมพ์ที่สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- รวีวรรณ นีวาดพันธ์, (2549). โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. [Online] แหล่งที่มา: <http://www.Redcross.or.th> [1 กุมภาพันธ์ 2554]
- รุจิรางค์ แอกทอง. (2549). **การปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม**. มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2553). **เอกสารประกอบการสอนเรื่องการพยาบาลที่เน้นการระลึกถึงความหลัง**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรณู อินทร์ตา. (2548). **ผลของการระลึกถึงความหลัง ต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดปราจีนบุรี**. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2552). **การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ**. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). **วัยสูงอายุ จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). **ภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรมในการพยาบาลทางจิตเวช**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). **ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). **จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2552). **จิตสังคมบำบัดในโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายัณห์ สวัสดิ์ศรี. (2548). **ปรัชญาแห่งสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). **ทฤษฎีการปรับตัวของรอย : แนวคิดและการนำไปใช้**. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สุชา จันทน์เอม. (2541). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). **ความผิดปกติทางอารมณ์ = Mood Disorder**. พิมพ์ครั้งที่ 1 ขอนแก่น :
โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์. (2551). **คู่มือการวัดทางจิตวิทยา**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ เมดิคัล มีเดีย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). **โครงการสูงอายุในประเทศไทยรายงานการทบทวนองค์ความรู้และ
สถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายการวิจัย**. กรุงเทพมหานคร
สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม. (2551). **การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย**. บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุณี สุวรรณพสุ. (2544). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรง
สนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธินันท์ น้ำเพชร. (2542). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับของผู้สูงอายุภายหลัง
เกษียณอายุราชการในจังหวัดเพชรบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาขารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาภรณ์ สังขมรรทร. (2549). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ
โรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). **คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).
- อรพรรณ ทองแดง. (2542). **สารนํ้ารู้เพื่อผู้สูงวัย (สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ed.)**.
กรุงเทพฯ.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2553). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2549). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพฯ: บริษัทด้านสุขภาพ
การพิมพ์ จำกัด.
- อรวรรณ แพนคง. (2553). **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- อารีรัตน์ สุพุทธิธาดาและคณะ. (2550). **มุ่งสู่สังคมสูงอายุที่มีคุณภาพ : จากวิทยาศาสตร์พื้นฐานสู่
การปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- อุษา เอี่ยมสังข์. (2546). **ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**.
มหาวิทยาลัยบูรพา.

อำเภอพรรณานิคม พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.

ภาษาอังกฤษ

Andrews & Roy (1991). **The Roy Adaptation model: The definitive statement.**: Norwalk : Appleton & Lange.

Bakan, G., & Akyol, A. D. (2008). Theory-guided interventions for adaptation to heart failure. **Journal of advanced nursing**, 61(6), 596-608.

Beekman, A. T. F., Copeland, J. R. M., & Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. **British Journal of Psychiatry**, 174(APR.), 307-311.

Blazer, D., II, & Hybels, C. (2005). Origins of depression in later life. **Psychological Medicine**, 35(9), 1241.

Blazer, D. M. D. P. (2010). The Origins of Late-life Depression. **Psychiatric Annals**, 40(1), 13.

Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. **Aging and Mental Health**, 11(3), 291-300.

Bohlmeijer, E., Kramer, J., Smit, F., Onrust, S., & van Marwijk, H. (2009). The Effects of Integrative Reminiscence on Depressive Symptomatology and Mastery of Older Adults. **Community Mental Health Journal**, 45(6), 476

Buschmann, M. T., Dixon, M. A., & Tichy, A. M. (1995). Geriatric depression. **Home Healthcare Nurse**, 13(3), 47-59.

Burnside, I., & Haight, B. K. (1992). Reminiscence and life review: analysing each concept. **Journal of advanced nursing**, 17(7), 855-862.

Butler, R. N. (1963). **The life review: an interpretation of reminiscence in the aged.** *Psychiatry*, 26, 65-76.

Cappeliez, P., Rivard, V., & Guindon, S. (2007). **Functions of reminiscence in later life: proposition of a model and applications.** [doi: DOI: 10.1016/j.erap.2005.02.014]. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 57(3), 151-156.

- Cappeliez, P., Guindon, M., & Robitaille, A. (2008). Functions of reminiscence and emotional regulation among older adults. [doi: DOI: 10.1016/j.jaging.2007.06.003]. **Journal of Aging Studies**, 22(3), 266-272.
- Chao, S., Liu, H., Wu, C., Jin, S., Chu, T., Huang, T., et al. (2006). The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of early nursing home residents. **Journal of Nursing Research (Taiwan Nurses Association)**, 14(1), 36-44.
- Ebersole, P. (1976). Problems of group reminiscing with the institutionalized aged. **Journal of Gerontological Nursing**, 29(6) 23-27.,
- Gureje, O., Kola, L., & Afolabi, E. (2007). Epidemiology of major depressive disorder in elderly Nigerians in the Ibadan Study of Ageing: a community-based survey. [doi: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61446-9]. **The Lancet**, 370(9591), 957-964.
- Hamilton, D.B. (1992). Reminiscence therapy In G.M. Bolecerk, & J.C. Mecloskey (Eds). **Intervention essential nursing treatment** (2nd ed). Philadelphia: W.B. Saunder. (pp. 272-278)
- Field, D., & Minkler, M. (1988). Continuity and change in social support between young-old and old-old or very-old age. **Journal of Gerontology**, 43, 100-103.
- John A.Kunz. & Florence Gray Soltys. (2007). **Transformantional Reminiscence : reminiscence and older adults**. New York: springer publishing company.
- Jone, B.A. (1998). Reminiscence therapy. In C.A. Glod ed. **Contemporary psychiatric mental health Nursing the brain behavior connection**. 203-211.
- Jones, E. D. (2003). Reminiscence therapy for older women with depression. Effects of nursing intervention classification in assisted-living long-term care. **Journal of Gerontological Nursing**, 29(7), 26-33: quiz 56-57.
- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., & Pot, A. M. (2011). Reminiscence and adaptation to critical life events in older adults with mild to moderate depressive symptoms. **Aging and Mental Health**, 15(5), 638-646.
- Lin, Y., Dai, Y., & Hwang, S. (2003). The effect of reminiscence on the elderly population: a systematic review. **Public Health Nursing**, 20(4), 297-306.
- Miller, C. A. (1999). **Nursing care of older adults: theory and practice** (Vol. 3 ed). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Murphy, E. (1982). Social origins of depression in old age. **British Journal of Psychiatry** 141, 135-142.
- Murray, J.L., Lopez, A.D., 1996. The Global Burden of Disease. **Harvard School of Public Health**, Boston (MA).
- Ormel, J., Oldehinkel, A. & Brilman, E. (2001) The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal first and recurrent depressive episodes in later life. **American journal of Psychiatry** 158, 885-891
- Park, J.H., Lee, J.J., Lee, S.B., Huh, Y., Choi, E.A., Youn, J.C., Jhoo, J.H., Kim, J.S., Woo, J.I., Kim, K.W. (2010). Prevalence of major depressive disorder and minor depressive disorder in an elderly Korean population: Results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). **Journal of Affective Disorders**, 125, 234-240.
- Patton, D. (2004). An analysis of Roy's Adaptation Model of Nursing as used within acute psychiatric nursing. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 11(2), 221-228.
- Roy Callista. (1984). **Introduction to Nursing: An Adaptation Model**. 2nd edn.
- Shu-Yuan, C., Hsing-Yuan, L., Chiu-Yen, W., Suh-Fen, J., Tsung-Lan, C., Tzu-Shin, H., et al. (2006). The Effects of Group Reminiscence Therapy on Depression, Self Esteem, and Life Satisfaction of Elderly Nursing Home Residents. [Article]. **Journal of Nursing Research (Taiwan Nurses Association)**, 14(1), 36-45.
- Smith EG; Henry AD; Zhang J; Hooven F; Banks SM. (2009). Community Mental Health Journal (COMMUNITY MENT HEALTH J). **Journal article-research**, 45(5):333-40
- Stinson, C. K., & Kirk, E. (2006). Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. **Journal of Clinical Nursing**, 15(2), 208-218.
- Stuart, G., & Sundeen, S. **Principles and practice of psychiatric nursing**. St. Louis: Mosby, 1995.
- Snyder, M. (1998). Reminiscence. In M. Snyder (ED). **Complementary alternative therapies in nursing**. (3rd ed). New York: Springer Publishing. (pp. 211-219)
- Wang, J. (2005). The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 20(1)

William, J. M. G. (1989). **The psychological treatment of depression: A guide to the theory and practice of cognitive-behavior therapy.** New York: Free press.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. แพทย์หญิงวาสนา พัฒนกำจร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (จิตแพทย์) กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี
2. ดร.ภรภัทร เสงอุคมทรัพย์	อาจารย์ประจำสาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. อ.ศรีวิไล โมกขาว	อาจารย์ประจำสาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีชลบุรี จ.ชลบุรี
4. นางกมลรัตน์ ช้วนินี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระพุทธเลิศหล้า จ.สมุทรสงคราม
5. นางสาวรวงคณา จำปาเงิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสามชุก จ.สุพรรณบุรี

ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย
สูงอายุ

$$CVI = \frac{23}{24} = 0.95$$

ภาคผนวก ค
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการคำนวณหาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ

การคำนวณหาความสอดคล้องภายในของแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ คือ สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547)

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

- α หมายถึง ค่าความสอดคล้องภายใน
 n หมายถึง จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด
 $\sum S_i^2$ หมายถึง ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
 S^2 หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ค่าร้อยละ (Percentage) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547)

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ความถี่} \times 100}{\text{จำนวนรวมทั้งหมด}}$$

ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

- \bar{X} หมายถึง ค่าเฉลี่ยเลขคณิต
 $\sum X$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 N หมายถึง จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

(บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547)

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

- S.D. หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $\sum X$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum X^2$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลัง
 n หมายถึง จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง โดยใช้สถิติทดสอบ t แบบ Dependent Group มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547)

$$t = \frac{\bar{d}}{\frac{Sd}{\sqrt{n}}}$$

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{n}$$

$$Sd = \sqrt{\frac{n \sum d^2 - (\sum d)^2}{n(n-1)}}$$

$$df = n - 1$$

- \bar{d} หมายถึง ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
 Sd หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
 n หมายถึง จำนวนคู่ของกลุ่มตัวอย่าง
 df หมายถึง จำนวนค่าที่มีอิสระ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{Sp^2 \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

\bar{X}_1	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1
\bar{X}_2	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2
$n_1 + n_2$	หมายถึง	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
Sp^2	หมายถึง	ค่าความแปรปรวนร่วม (Pooled Variance)
df	หมายถึง	จำนวนค่าที่มีอิสระ

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง
2. คู่มือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย
3. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในข้อความ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 โสด คู่ หย่า
 แยกกันอยู่ หม้าย
4. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้เรียน อนุปริญญา
 ประถมศึกษา ปริญญาตรี
 มัธยมศึกษา อื่นๆ ระบุ.....
5. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
 1,000-2,000 บาท 2,001-3,000 บาท
 3,001-4,000 บาท 4,001-5,000 บาท
 มากกว่า 5,001 บาท
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว
 อยู่คนเดียว 2-3 คน 4-5 คน มากกว่า 5 คน
7. ประวัติโรคประจำตัว
 ไม่มี มีระบุ.....
8. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
 ไม่มี มีระบุ.....
9. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว
 ไม่มี มีระบุ.....
10. ท่านรู้สึกกับสุขภาพร่างกายของท่านในขณะนี้อย่างไร
 อ่อนแอ ค่อนข้างอ่อนแอ ค่อนข้างแข็งแรง แข็งแรงดี

แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale)

ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537)

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ให้ขีด (✓) ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ให้ขีด (✓) ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้		
2. คุณไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจ หรือเคยทำเป็นประจำ		
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ		
5. คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		
6. คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้		
7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี		
8. คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ		
9. ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข		
10. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11. คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ		
12. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน		
13. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวล เกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14. คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น		
15. การมีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่		
16. คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ		
17. คุณรู้สึกว่าชีวิตของคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า		
18. คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา		
19. คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องที่น่าสนุกอีกมาก		
20. คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ		
21. คุณรู้สึกกระตือรือร้น		
22. คุณรู้สึกสิ้นหวัง		
23. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ		

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002)

ในกรณีที่ผู้ทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 ปีนี้ พ.ศ. อะไร
- 1.2 วันนี้ วันอะไร
- 1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร
- 1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 2.1 สถานที่ตรงนี้ เรียกว่าอะไร และชื่อว่าอะไร
- 2.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร
- 2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร
- 2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.5 ที่นี้ภาคอะไร

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ดิฉัน จะบอกชื่อ 3 อย่าง คุณ(ตา,ยาย.....) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกครั้งเดียวไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อดิฉันพูดจบ ให้คุณ(ตา,ยาย.....) พูดทบทวน ตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดียวดิฉันถามซ้ำ

* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

- ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

- ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ(ตา,ยาย.....) คิดเลขในใจเป็นไหม ? ถ้าตอบว่า คิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ ข้อนี้ให้คิดในใจ เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา”

.....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2 และ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยทำเครื่องหมาย ลงใน (✓) ที่ตรงกับความเป็นจริง โดยคำถามมี 3 ตัวเลือก ดังนี้

มาก หมายถึง ท่าน มีความคิด/ความรู้สึก/การกระทำตามข้อนี้เป็นประจำ

ปานกลาง หมายถึง ท่าน มีความคิด/ความรู้สึก/การกระทำตามข้อนี้เป็นบางครั้ง

น้อย หมายถึง ท่าน มีความคิด/ความรู้สึก/การกระทำตามข้อนี้มานานๆ ครั้ง หรือไม่ได้ปฏิบัติเลย

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความคิด/รู้สึก/การ กระทำ			สำหรับ ผู้วิจัย
		มาก	ปาน กลาง	น้อย	
1	ด้านร่างกาย ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติเหมือน ทุกวัน				
2	ท่านนอนหลับดีตลอดทั้งคืน				
3	ท่านรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น ผักผลไม้ เนื้อปลา ไข่ไก่ นม เพื่อให้ร่างกายได้รับ สารอาหารอย่างเพียงพอ				
4	ท่านพยายามทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น รดน้ำต้นไม้ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ เพื่อให้ร่างกายได้ผ่อนคลาย				
5	ท่านไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับ ตนเองได้				
6	ท่านสามารถจำเหตุการณ์ในอดีตได้โดยเฉพาะเรื่อง สำคัญๆ				
13	ด้านอัตมโนทัศน์				
20	ด้านบทบาทหน้าที่				
24	ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ท่านยอมรับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดและเป็นที่ยึด เช่น สามี ภรรยา บุตรหลาน ญาติพี่น้อง ฯลฯ				

โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและ
การระลึกถึงความหลัง
ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ



โดย

นางสาววาสนา วรรณเกษม

ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุคาดว่าจะจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญทำให้เกิดความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุซึ่งเกี่ยวข้องกับความบกพร่องในการทำหน้าที่ในครอบครัว ในที่ทำงานและบทบาททางสังคม และมีคุณภาพชีวิตลดลง จากการผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงมากทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นปัจจัยนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ และนอกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแล้วยังมีอาการของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ลำบากยิ่งขึ้น ดังนั้นการช่วยให้ผู้สูงอายุนึกถึงอดีตที่มีคุณค่าต่อตนเอง จะช่วยเพิ่มพูนความภาคภูมิใจต่อตนเองซึ่งมีความจำเป็นต่อการปรับตัวในผู้สูงอายุ การประยุกต์แนวความคิดการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นคาดว่าเป็นการพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดอาการซึมเศร้าได้ โดยกิจกรรมในโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง จะเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน กิจกรรมในแต่ละครั้งมีดังนี้

1. การประเมินพฤติกรรมและประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว
2. ระบุปัญหาของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมิน
3. กำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกับผู้ป่วย
4. การระลึกถึงความหลังตามการปรับตัว

ครั้งที่ 1 การระลึกถึงความหลังต่อต้านสรีรวิทยา

ครั้งที่ 2 การระลึกถึงความหลังต่อการรับรู้ด้านอัตมโนทัศน์

ครั้งที่ 3 การระลึกถึงความหลังต่อบทบาทหน้าที่

ครั้งที่ 4 การระลึกถึงความหลังต่อการพึ่งพาระหว่างกัน

ครั้งที่ 5 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีต

(ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งเริ่มต้นจาก ข้อ 1-3)

ทั้งนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง ฉบับนี้ จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเองจัดการกับอาการของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้มีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และป้องกันการกำเริบของอาการที่นำไปสู่การทำร้ายตนเอง การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

นางสาววาสนา วรรณเกษม

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
หลักการและเหตุผล	1
โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง	1
วัตถุประสงค์	2
คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง	2
การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง	7
กิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง	8
ครั้งที่ 1 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและ การระลึกถึงความหลัง	
ด้านสรีรวิทยา	
ครั้งที่ 2 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและ การระลึกถึงความหลังต่อ	
การรับรู้ด้านอัตมโนทัศน์	
ครั้งที่ 3 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อ	
ด้านบทบาทหน้าที่	
ครั้งที่ 4 การประเมิน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและการระลึกถึงความหลังต่อ	
การพึ่งพาระหว่างกัน	
ครั้งที่ 5 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีต	
รายการอ้างอิง	87

คู่มือ
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ



จัดทำโดย

นางสาววาสนา วรรณเกษม

ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการพยาบาลร่วมกับการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย นางสาว วาสนา วรรณเกษม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชนุเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี

E-mail: wasana_pk@hotmail.com.

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอย่างไร รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

3.1 เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง

3.2 เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาแผนกจิตเวชงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ

4.1 บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

4.2 ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM – IV

4.3 ประเมินระดับความซึมเศร้าจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) ที่มีค่าคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 13-24 คะแนน (เป็นผู้มีความเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง)

4.4 ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) มีคะแนน 15 คะแนนขึ้นไป

4.5 ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบพบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 11 คน ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15

คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน เพื่อชดเชยกลุ่มตัวอย่างที่อาจขาดหายไปในช่วงการทดลอง

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ โดยใช้สถานที่บ้านของผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 60 นาที จำนวน 5 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 3) เครื่องมือกำกับกรทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการปรับตัวผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการ และจะไม่ทำ ความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ เป็นการพัฒนาคุณภาพและบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ และเป็นการนำองค์ความรู้ทางแนวคิด และรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลมาผสมผสานให้เป็นโปรแกรมที่ต้องใช้ทักษะการบำบัดทางจิตในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

7. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ได้ที่เบอร์โทร 089-1432517

8. ในการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรีก่อนที่จะทำการศึกษา

9. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

10. ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าใช้จ่ายตอบแทนเป็นค่าเดินทางพร้อมทั้งอาหารว่างให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-22188147

โทรสาร 0-22188147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่ โรงพยาบาลราชบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
ชื่อผู้วิจัยนางสาววาสนา วรรณเกษม ที่อยู่ติดต่อ ... 88/3 ม.5 ต.พงสวาย อ.เมือง จ.ราชบุรี 70000 โทรศัพท์089 -1432517

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบคำถาม ตามแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และแบบประเมินการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า รวมถึงเข้ารับการฝึกอบรมตามโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง ซึ่งดำเนินกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 5 ครั้งๆละ 60 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้ง (ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งและสัปดาห์ที่ 3 จำนวน 1 ครั้ง) ที่บ้านของผู้ป่วย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานั่งสื่อแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาววาสนา วรรณเกษม)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ

.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก ฉ
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



บันทึกข้อความ

135

ส่วนราชการ กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน รพ.ราชบุรี) โทร.๑๒๔๕

ที่รบ.๐๐๒๗.๑๐๒/๐๗๕

วันที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

เรื่อง อนุญาตการดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรี

เรียน น.สวาสนา วรรณเกษม

สืบเนื่องจากผลการประชุมคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชบุรี เป็นการประชุมประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๔ ครั้งที่ ๓ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๔ ณ ห้องประชุมศูนย์พัฒนาคุณภาพ ชั้น ๒ อาคารศูนย์พัฒนาคุณภาพ หัวข้อพิจารณาวาระที่ ๒ ชื่องานวิจัย “ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” ผู้วิจัยหลัก นส.วาสนา วรรณเกษม นักศึกษาชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการมีมติ อนุมัติ ให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรี ตามโครงร่างงานวิจัยที่เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายสุพจน์ จิระราชวโร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชบุรี

ภาคผนวก ข
ตารางเปรียบเทียบคุณลักษณะ
ตารางแสดงการดำเนินกิจกรรม
ตารางเปรียบเทียบคะแนนชิมเสร์รา
ตารางแสดงคะแนนทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น
ตารางเปรียบเทียบคะแนนการปรับตัว
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล
แสดงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Match paired) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	เพศ	อายุ	โรคประจำตัวอื่นๆ	กลุ่มยาต้านเศร้า	เพศ	อายุ	โรคประจำตัวอื่นๆ	กลุ่มยาต้านเศร้า
1	หญิง	68	เบาหวาน, ความดัน	SSRI	หญิง	65	เบาหวาน, ความดัน	SSRI
2	หญิง	74	เบาหวาน, ความดัน	SSRI	หญิง	72	เบาหวาน, ความดัน	SSRI
3	หญิง	77	ความดันโลหิตสูง	SSRI	หญิง	77	ความดันโลหิตสูง	SSRI
4	ชาย	68	ความดันโลหิตสูง	SSRI	ชาย	69	ความดันโลหิตสูง	SSRI
5	หญิง	75	ความดัน, ไทรอยด์	SSRI	หญิง	79	ความดัน, ไทรอยด์	SSRI
6	หญิง	62	หอบหืด	SSRI	หญิง	68	หอบหืด	SSRI
7	หญิง	73	ความดัน, หอบหืด	TCA	หญิง	72	ความดัน	TCA
8	หญิง	86	เบาหวาน, ความดัน	SSRI	หญิง	85	เบาหวาน, ความดัน	SSRI
9	ชาย	80	เบาหวาน	TCA	ชาย	77	เบาหวาน	TCA
10	ชาย	75	ความดันโลหิตสูง	SSRI	ชาย	76	ความดันโลหิตสูง	SSRI
11	ชาย	62	ความดันโลหิตสูง	SSRI	ชาย	66	ความดันโลหิตสูง	SSRI
12	ชาย	70	เบาหวาน, ความดัน	SSRI	ชาย	66	เบาหวาน, ความดัน	SSRI
13	หญิง	73	ความดัน, ไขมันในเลือดสูง	SSRI	หญิง	74	ความดัน, ไขมันในเลือดสูง	SSRI
14	หญิง	77	ความดันโลหิตสูง	SSRI	หญิง	82	ความดันโลหิตสูง	SSRI
15	หญิง	75	เบาหวาน, ความดัน	SSRI	หญิง	77	เบาหวาน, ความดัน	SSRI

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายกลุ่มละจำนวน 5 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 10 คน โดยมีอายุ วัยสูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60-74 ปี จำนวน 8 คน วัยสูงอายุตอนกลาง มีอายุระหว่าง 75-84 ปี จำนวน 6 คน และวัยสูงอายุตอนปลาย มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป จำนวน 1 คน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ชนิดของยาต้านเศร้าที่ได้รับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่ม SSRI

ตารางที่ 6 แสดงการดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและ
การระลึกรถึงความหลัง

คนที่	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5+ วัดการ ปรับตัว	วัด TGDS หลัง 2 สัปดาห์
1	28 มี.ค.54	30 มี.ค.54	4 เม.ย.54	6 เม.ย.54	9 เม.ย.54	23 เม.ย.54
2	29 มี.ค.54	31มี.ค.54	3 เม.ย.54	6 เม.ย.54	9 เม.ย.54	23 เม.ย.54
3	1 เม.ย.54	3 เม.ย.54	6 เม.ย.54	9 เม.ย.54	11 เม.ย.54	25 เม.ย.54
4	2 เม.ย.54	5 เม.ย.54	8 เม.ย.54	10 เม.ย.54	12 เม.ย.54	26 เม.ย.54
5	16 เม.ย.54	18 เม.ย.54	21 เม.ย.54	24 เม.ย.54	27 เม.ย.54	11 พ.ค.54
6	30 เม.ย.54	3 พ.ค.54	5 พ.ค.54	8 พ.ค.54	12 พ.ค.54	26 พ.ค.54
7	30 เม.ย.54	4 พ.ค.54	7 พ.ค.54	10 พ.ค.54	12 พ.ค.54	26 พ.ค.54
8	1 พ.ค.54	5 พ.ค.54	8 พ.ค.54	13 พ.ค.54	15 พ.ค.54	29 พ.ค.54
9	1 พ.ค.54	5 พ.ค.54	8 พ.ค.54	13 พ.ค.54	15 พ.ค.54	29 พ.ค.54
10	1 พ.ค.54	7 พ.ค.54	13 พ.ค.54	17 พ.ค.54	20 พ.ค.54	2 มี.ย.54
11	14 พ.ค.54	11 พ.ค.54	18 พ.ค.54	22 พ.ค.54	24 พ.ค.54	7 มี.ย.54
12	7 พ.ค.54	9 พ.ค.54	14 พ.ค.54	17 พ.ค.54	19 พ.ค.54	2 มี.ย.54
13	21 พ.ค.54	23 พ.ค.54	27 พ.ค.54	30 พ.ค.54	1 มี.ย. 54	15 มี.ย.54
14	21 พ.ค.54	23 พ.ค.54	25 พ.ค.54	28 พ.ค.54	30 พ.ค.54	13 มี.ย.54
15	18 พ.ค.54	20 พ.ค.54	22 พ.ค.54	28 พ.ค.54	31 พ.ค.54	14 มี.ย.54

ตารางที่ 7 คะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และ หลังการทดลอง (Post-test)

แบบประเมินอาการซึมเศร้า TGDS				
คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	24	ปานกลาง	19	ปานกลาง
2	16	เล็กน้อย	11	ปกติ
3	19	ปานกลาง	11	ปกติ
4	18	เล็กน้อย	12	ปกติ
5	18	เล็กน้อย	13	เล็กน้อย
6	24	ปานกลาง	10	ปกติ
7	19	ปานกลาง	14	เล็กน้อย
8	22	ปานกลาง	14	เล็กน้อย
9	19	ปานกลาง	18	เล็กน้อย
10	23	ปานกลาง	19	ปานกลาง
11	14	เล็กน้อย	11	ปกติ
12	13	เล็กน้อย	10	ปกติ
13	20	ปานกลาง	15	เล็กน้อย
14	15	เล็กน้อย	12	ปกติ
15	19	ปานกลาง	17	เล็กน้อย

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (13-18 คะแนน) จำนวน 6 คน และมีคะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (19-24 คะแนน) จำนวน 9 คน

แต่ภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ (0-12 คะแนน) จำนวน 7 คน คะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (13-18 คะแนน) จำนวน 6 คน และคะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (19-24 คะแนน) จำนวน 2 คน

ตารางที่ 8 คะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และ หลังการทดลอง (Post-test)

แบบประเมินอาการซึมเศร้า TGDS				
คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	22	ปานกลาง	25	รุนแรง
2	19	ปานกลาง	23	ปานกลาง
3	17	เล็กน้อย	18	เล็กน้อย
4	18	เล็กน้อย	19	ปานกลาง
5	15	เล็กน้อย	13	เล็กน้อย
6	19	ปานกลาง	21	ปานกลาง
7	20	ปานกลาง	24	ปานกลาง
8	21	ปานกลาง	24	ปานกลาง
9	16	เล็กน้อย	18	เล็กน้อย
10	22	ปานกลาง	19	ปานกลาง
11	13	เล็กน้อย	9	ปกติ
12	15	เล็กน้อย	12	ปกติ
13	20	ปานกลาง	15	เล็กน้อย
14	15	เล็กน้อย	15	เล็กน้อย
15	22	ปานกลาง	17	เล็กน้อย

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (13-18 คะแนน) จำนวน 7 คน และคะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (19-24 คะแนน) จำนวน 8 คน

ภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ (0-12 คะแนน) จำนวน 2 คน คะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (13-18 คะแนน) จำนวน 6 คน คะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (19-24 คะแนน) จำนวน 6 คน และคะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง (25-30 คะแนน) จำนวน 1 คน (ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีคะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรงผู้วิจัย ได้ส่งต่อข้อมูลเพื่อพบแพทย์ต่อไป)

ตารางที่ 9 คะแนนทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของกลุ่มทดลอง (n=15) และกลุ่มควบคุม (n=15) ก่อนการทดลอง

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย				
คนที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	26	ปกติ	20	ปกติ
2	25	ปกติ	17	ปกติ
3	26	ปกติ	25	ปกติ
4	20	ปกติ	25	ปกติ
5	19	ปกติ	26	ปกติ
6	27	ปกติ	23	ปกติ
7	24	ปกติ	24	ปกติ
8	25	ปกติ	27	ปกติ
9	23	ปกติ	25	ปกติ
10	19	ปกติ	26	ปกติ
11	28	ปกติ	16	ปกติ
12	21	ปกติ	25	ปกติ
13	24	ปกติ	18	ปกติ
14	26	ปกติ	24	ปกติ
15	25	ปกติ	25	ปกติ

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14-23 คะแนน) จำนวน 2 คน ผู้สูงอายุเรียนในระดับประถมศึกษา (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17-30 คะแนน) จำนวน 11 คน และผู้สูงอายุเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22-30 คะแนน) จำนวน 2 คน

คะแนนทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14-23 คะแนน) จำนวน 3 คน ผู้สูงอายุเรียนในระดับประถมศึกษา (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17-30 คะแนน) จำนวน 12 คน

ตารางที่ 10 คะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของกลุ่มทดลอง (n=15) และกลุ่มควบคุม (n=15) หลังการทดลอง (Post-test)

แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ						
คนที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	คะแนน	ค่าเฉลี่ย	แปลผล	คะแนน	ค่าเฉลี่ย	แปลผล
1	61	2.54	การปรับตัวดี	46	1.91	การปรับตัวปานกลาง
2	59	2.45	การปรับตัวดี	50	2.08	การปรับตัวปานกลาง
3	64	2.66	การปรับตัวดี	51	2.12	การปรับตัวปานกลาง
4	69	2.87	การปรับตัวดี	53	2.23	การปรับตัวปานกลาง
5	53	2.23	การปรับตัวปานกลาง	59	2.33	การปรับตัวปานกลาง
6	63	2.62	การปรับตัวดี	60	2.50	การปรับตัวดี
7	61	2.54	การปรับตัวดี	45	1.87	การปรับตัวปานกลาง
8	64	2.66	การปรับตัวดี	53	2.23	การปรับตัวปานกลาง
9	55	2.91	การปรับตัวดี	48	2.00	การปรับตัวปานกลาง
10	51	2.12	การปรับตัวปานกลาง	52	2.16	การปรับตัวปานกลาง
11	66	2.75	การปรับตัวดี	50	2.08	การปรับตัวปานกลาง
12	47	1.95	การปรับตัวปานกลาง	55	2.29	การปรับตัวดี
13	59	2.45	การปรับตัวดี	61	2.54	การปรับตัวดี
14	63	2.62	การปรับตัวดี	52	2.37	การปรับตัวปานกลาง
15	59	2.45	การปรับตัวดี	48	2.00	การปรับตัวปานกลาง

จากตารางที่ 10 พบว่าคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง มีคะแนนการปรับตัวสูงสุดเท่ากับ 66 คะแนน คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 51 คะแนน คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 ซึ่งจัดว่าหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปรับตัวอยู่ในระดับดีร้อยละ 80.00 และมีคะแนนการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20

คะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนการปรับตัวสูงสุดเท่ากับ 55 คะแนน คิดเป็นค่าเฉลี่ยการปรับตัวเท่ากับ 2.29 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 45 คะแนน คิดเป็นค่าเฉลี่ยการปรับตัวเท่ากับ 1.87 โดยมีคะแนนการปรับตัวอยู่ในระดับดีร้อยละ 20 และคะแนนการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80

ตารางที่ 11 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนชิมเซร่าของผู้ป่วยโรคชิมเซร่าวัยสูงอายุของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Pre-test	Pos-test
N		15	15
Normal Parameters(a,b)	Mean	18.53	13.73
	Std. Deviation	3.563	3.474
Most Extreme	Absolute	.107	.158
Differences	Positive	.106	.158
	Negative	-.107	-.141
Kolmogorov-Smirnov Z		.415	.611
Asymp. Sig. (2-tailed)		.995	.849

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

จากตารางที่ 11 พออนุมานได้ว่าชิมเซร่าของผู้ป่วยโรคชิมเซร่าวัยสูงอายุของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

ตารางที่ 12 การทดสอบการแจกแจงคะแนนชิมเซร่าของผู้ป่วยโรคชิมเซร่าวัยสูงอายุของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Pre-test	Pos-test
N		15	15
Normal Parameters(a,b)	Mean	18.33	18.40
	Std. Deviation	2.944	4.626
Most Extreme	Absolute	.138	.132
Differences	Positive	.138	.115
	Negative	-.123	-.132
Kolmogorov-Smirnov Z		.534	.512
Asymp. Sig. (2-tailed)		.938	.956

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

จากตารางที่ 12 พออนุมานได้ว่าคะแนนชิมเซร่าของผู้ป่วยโรคชิมเซร่าวัยสูงอายุ ของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

แสดงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม

Two-Sample T-Tests Power Analysis

Page 1

Time/Date 08:12:26 09-11-2011

Numeric Results for Two-Sample T-Test

Null Hypothesis: Mean1=Mean2 Alternative Hypothesis: Mean1<>Mean2

The sigma were assumed to be known and equal. The N's were forced to be equal.

Power	N1	N2	Alpha	Beta	Mean1	Mean2	Sigma1	Sigma2
0.91298	15	15	0.01000	0.08702	13.83	18.50	3.25	3.25
0.92072	11	11	0.05000	0.07928	13.83	18.50	3.25	3.25

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววาสนา วรรณเกษม เกิดวันที่ 17 กันยายน พ.ศ.2517 จังหวัดราชบุรี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี เมื่อ พ.ศ. 2540 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2552 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี