

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้าวัยสูงอายุ



นางสาวปวีณา นพโสตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

THE EFFECT OF HOPE ENHANCEMENT PROGRAM WITH FAMILY PARTICIPATION ON
DEPRESSION OF OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS

Miss Pavena Noppasod



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โดย

นางสาวปวีณา นพโสธร

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ปวีณา นพโสทร : ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. (THE EFFECT OF HOPE ENHANCEMENT PROGRAM WITH FAMILY PARTICIPATION ON DEPRESSION OF OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 148 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ก่อน - หลัง และระยะติดตามผลภายในและระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และสมาชิกครอบครัว จำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 4) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 5) แบบสอบถามความหวังสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เครื่องมือทั้ง 5 ชุด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือโดยชุดที่ 3,4 ใช้สูตรของ คูเดอร์ - ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89, 0.90 ตามลำดับและชุดที่ 5 หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย สถิติการทดสอบที่สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และการทดสอบรายคู่ด้วยวิธีของนิวแมน-คูลส์

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง(= 18.75, SD = 4.35) ระยะสิ้นสุดการทดลอง(= 15.50, SD = 2.98) และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์(= 14.35, SD = 2.52) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะสิ้นสุดการทดลอง(= 15.50, SD = 2.98) และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ (= 14.35, SD = 2.52) ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

สรุปผลการวิจัย คือ โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชสามารถประยุกต์โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมนี้ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ได้

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิติต
ปีการศึกษา 2556 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5477175736 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: DEPRESSION / HOPE ENHANCEMENT PROGRAM / FAMILY PARTICIPATION

PAVENA NOPPASOD: THE EFFECT OF HOPE ENHANCEMENT PROGRAM WITH FAMILY PARTICIPATION ON DEPRESSION OF OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS. ADVISOR: ASST. PROF. RUNGSIMAN SUNTORNCHAIYA, Ph.D., 148 pp.

The purpose of this quasi-experimental study was to compare depression of older persons after receiving the hope enhancement program with family participation at the pre-posttest and Follow up. Within and between the experimental and the control group. The sample include forty older persons, age 60 years and older, whose diagnosed as depressive disorder and their families, were recruited at the outpatient department of the community and the general hospital. The potential families, were randomly assigned to the experimental and the control group, 20 families in each group.

The experimental group received 5 sessions, 60 – 90 minutes each hope enhancement program with family participation for three weeks, while the control group received nursing care as usual. The concepts of hope therapy protocol by Snyder (1994) were derived into the program and validate for content validity by five professional experts. The instrument employed in data collection included 1) Mini Mental State Examination – Thai 2002 (MMSE-Thai 2002), 2) Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) and 3) The Hope Questionnaire. The Kuder – Richardson Reliability of MMSE-Thai 2002 and TGDS were 0.89 and 0.90. The Chronbach's Alpha coefficient reliability of the Hope questionnaire was 0.87. Data were analyze by descriptive statistics, independent t-test, repeated ANOVA, and Newman-Keuls method.

The results from this study revealed that the mean scores of depression in the experimental and control groups after the experiment and two week follow-up were significantly different ($p < .05$). In the experiment group, the mean scores of depression before the experiment ($M = 18.75$, $SD = 4.35$), after the experiment ($M = 15.50$, $SD = 2.98$), and two week follow-up ($M = 14.35$, $SD = 2.52$) were significantly different ($p < .05$). However, the mean scores of depression in the experiment group after the experiment and two weeks follow-up were not significantly different ($p > .05$).

In conclusion, The hope enhancement program with family participation was effectively used to reduce depression of older persons with major depressive disorder. Thus, health care providers, particularly psychiatric nurses, could apply this program to reduce depression in other psychiatric patients.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric
Nursing

Student's Signature

Advisor's Signature

Academic Year: 2013

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้ความรู้พร้อมให้คำแนะนำในการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ ให้คำชี้แนะ พร้อมทั้งเป็นกำลังใจ ให้ผู้วิจัยมีความตั้งใจ ความมุ่งมั่นในการดำเนินการให้ตรงต่อเวลาที่วางแผนงานไว้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ประทับใจในความกรุณาของท่าน และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ความเมตตา ให้คำชี้แนะในการทำวิจัยและเป็นกำลังใจเสมอมา และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี อาจารย์ ดร. นุจนาด บรรทมพร คุณกัญญาพิชญ์ จันทรนิยม และคุณบุษบา คล้ายมุข ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้

ขอบพระคุณ คุณวิลาสินี ดุษฎีเสนีย์ คุณสุนีย์ ฉิมพิบูล และคุณศันสนีย์ พูนผล พยาบาลวิชาชีพผู้ประสานงานการวิจัยเพื่อการทำวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือผู้วิจัยในการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งดูแลผู้วิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย รวมทั้งขอบพระคุณเจ้าหน้าที่งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลอัมพวา โรงพยาบาลนภลัย และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์กับผู้วิจัยมา ณ โอกาสนี้

ขอบพระคุณผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและครอบครัวทุกครอบครัว ที่เข้าร่วมในการดำเนินงาน ให้ความร่วมมือในการวิจัยทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นนิสิตปริญญาโททุกคนที่ให้คำแนะนำในการดำเนินงานตามลำดับขั้นตอนการวิจัยที่ถูกต้อง ให้กำลังใจ ห่วงใยและให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเสมอมาจนประสบผลสำเร็จตามที่ตั้งใจไว้

ขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต ในการทำวิจัยครั้งนี้จนประสบความสำเร็จ

ขอบพระคุณสมาชิกครอบครัวนพโสตรทุกคนที่สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้ประสบความสำเร็จในการศึกษา ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตลอดจนสำเร็จในการดำเนินงานวิจัยด้วยดี อีกทั้งยังให้กำลังใจ ห่วงใย และเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ในตัวผู้วิจัยเสมอมา ครอบครัวจึงถือเป็นตัวแปรที่สำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยมีพลังในตนเอง เชื่อมมั่นในตนเอง เชื่อมมั่นในความคิดที่ดี จนกระทั่งประสบความสำเร็จที่มุ่งหวังไว้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ตัวแปรที่ศึกษา.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	12
2. แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง และการเสริมสร้างความหวัง.....	25
3. ความรู้เกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว.....	35
4. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	39
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	47
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	57
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	87
สมมติฐานการวิจัย.....	87
สรุปผลการวิจัย	91
อภิปรายผลการวิจัย	92
ข้อเสนอแนะ	98
รายการอ้างอิง	101
ภาคผนวก.....	111
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	112
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	114
ภาคผนวก ค ตารางวิเคราะห์ข้อมูล.....	134
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	148

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	49
ตารางที่ 2	ตารางการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม...	59
ตารางที่ 3	แสดงระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมรายครอบครัว ตั้งแต่วันที่ 29 ก.ค.-18 ส.ค. 2556...	64
ตารางที่ 4	คะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นรายบุคคล ในกลุ่มทดลอง หลังให้โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม	74
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละ ของปัจจัยส่วนบุคคล ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ	79
ตารางที่ 6	การเปรียบเทียบสัดส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคล ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติ Chi-square แบบ 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน	80
ตารางที่ 7	คะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	81
ตารางที่ 8	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	83
ตารางที่ 9	ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	84
ตารางที่ 10	ผลการทดสอบย่อยของระยะเวลาการทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	85
ตารางที่ 11	เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ด้วยวิธีการทดสอบแบบ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)	86
ตารางที่ 12	เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ด้วยวิธีการทดสอบ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method).....	137

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์	82
ภาพที่ 2 แสดงคะแนนภาวะซึมเศร้ารายบุคคลในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์.....	136
ภาพที่ 3 แสดงคะแนนภาวะซึมเศร้ารายบุคคลในกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์.....	137



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาในการดูแลรักษาเป็นอันดับที่ 5-6 ของโลกและจากการศึกษาวิจัยระหว่างองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับธนาคารโลก (World Bank) และมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard School of Public Health) ใน Global Burden of Disease and Injury Series คาดการณ์ว่าภายในปี 2020 โรคซึมเศร้า (Major depression) จะเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญอันดับสอง รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) จากการสำรวจร่วมกันของ The National Institutes of Mental Epidemiologic Catchment Area (ECA) และ The National Comorbidity Surveys (NCS) พบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรค ซึมเศร้าร้อยละ 8 – 20 (Licinio & Wong, 2005) และจากการศึกษาของ The Dutch Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) พบว่า ประชากรที่มีอายุระหว่าง 55 – 85 ปี เป็นช่วงอายุที่เกิดโรคซึมเศร้ามากที่สุด โดยมีอัตราการเกิดของผู้หญิงเป็น 2:1 เท่าของผู้ชาย (Keyes & Good, 2006) ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพบได้ทั่วไปและเป็นความผิดปกติทางจิตที่สำคัญของผู้สูงอายุ (Okawumabua, Baker, Wong & Pilgram cite in Berroa and Phillips, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (ECA) ที่พบว่าความผิดปกติทางจิตในผู้สูงอายุที่พบบากที่สุดคือ โรคซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543) ซึ่งบ่อยครั้งที่โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุถูกละเลย วินิจฉัยผิดพลาด และได้รับการรักษาไม่เพียงพอเป็นผลให้เกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น

สำหรับในประเทศไทยพบว่า โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญเช่นเดียวกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย ซึ่งทำการสำรวจระดับชาติปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา พบว่าผู้สูงอายุ ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 4 (บุญชัย นวมงคลวัฒนา, 2551) และมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่าการสำรวจเมื่อปี 2546 และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ระหว่างปี 2554 ถึงปี 2556 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งรายเก่าและรายใหม่ จำนวน 979 ราย 981 ราย และ 1,041 รายตามลำดับ (ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2556) โรคซึมเศร่ายังจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุดอย่างหนึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุไทยอีกด้วย โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีค่าความชุกของโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วงร้อยละ 17.5 – 82.3 โดยในเขตเมืองพบว่าอยู่ในช่วงร้อยละ 19.9 – 80.3 ส่วนในเขตชนบทพบค่าความชุกในช่วงร้อยละ 17.0 – 84.8 (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, 2554) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มักจะได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้าและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอาจเกิดร่วมกับการเจ็บป่วยโรคทางกาย และทำให้โรคทางกายที่เป็นอยู่กำเริบหนักขึ้น (มานิช หล่อตระกูล, 2545) ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายเกือบครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2541: อ่างใน อนงค์ อรุณรุ่ง, 2551)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้าซึ่งลักษณะสำคัญที่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า คือ มีอาการแสดงของอาการเจ็บป่วยทางกายเพิ่มขึ้น อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่พบได้บ่อยและอาการซึมเศร้าที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุ คือ อาการหลงลืมและการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ที่คล้ายกับโรคสมองเสื่อม (Frisch, 2002) รวมไปถึงอาการกังวลใจ การคิดถึงความตาย สมาธิลดลง อยู่ไม่นิ่งหรือซาลง (Tillis and Fillit, 2003) มีภาวะซึมเศร้าต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ขึ้นไปและการคิดถึงความตายและความรู้สึกสิ้นหวังในอนาคต (อรพิน คำโต, 2554) ความรู้สึกสิ้นหวัง(hopelessness) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย (Philip, Magaletta & Oliver, 1999) และสัมพันธ์กับระดับของภาวะซึมเศร้า (Beck, 1993) จะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้ามีผลกระทบต่อทั้งชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย การเสื่อมลงของสุขภาพ การเสื่อมลงของความคิดความจำและความสามารถทางสังคมและนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตในที่สุด (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, 2554) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีอารมณ์เศร้า หงุดหงิดง่ายและทำให้บกพร่องด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นและสมาชิกในครอบครัว (Karp, Skidmore, Lotz, Lenze, Dew & Reynolds, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ทำให้อาการรุนแรงขึ้น และนำมาซึ่งการฆ่าตัวตาย(นิษา สมานทรัพย์, 2554) ในผู้สูงอายุนั้นความสิ้นหวังเป็นแบบแผนความคิดที่คาดหวังเชิงลบเกี่ยวกับอนาคต (Becke, .T., Weissmana., Lesterd., & Trexlelr., 1974) ความสิ้นหวังมีความสำคัญในการทำนายภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ความสิ้นหวังเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ทำให้อาการรุนแรงขึ้นและนำมาซึ่งการฆ่าตัวตาย ความสิ้นหวังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เฉื่อยชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง แยกตัวออกจากสังคม คิดว่าตนเองไร้ค่า และคิดทำร้ายตนเอง (Uncapher et al., 1998) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีหลายปัจจัยได้แก่ อายุ เพศ ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ประสบการณ์ความเครียดในชีวิต ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม (นิษา สมานทรัพย์, 2554) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะมีความรู้สึกสิ้นหวังได้มากกว่าในช่วงวัยอื่นๆ จากทฤษฎีความสิ้นหวัง (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) พบว่า ผู้ที่หลีกเลี่ยงความคิดเชิงลบเมื่อประสบกับสถานการณ์ความเครียดในชีวิต แต่หลีกเลี่ยงความคิดเชิงลบไม่เป็นโรคซึมเศร้า แต่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะเป็นคนที่รู้สึกหมดหวัง คาดหวังถึงสิ่งเลวร้าย มองตนเองในแง่ลบ ดังนั้นการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงมีความสำคัญ เพื่อลดความรู้สึกสิ้นหวัง อันเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ความหวังเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีของมนุษย์ (Herth, 1990; Miller, 1992; Stoner, 1997) บุคคลที่มีความหวังจะเป็นผู้ที่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Nowotny, 1989; Rustoen, 1995) คนที่มีความหวังจะเชื่อว่าตนเองจะได้รับในสิ่งที่ปรารถนาซึ่งจะทำให้ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (Snyder, 1994) การศึกษาในผู้ดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช (Bland, 1997; Terkelsen, 1987; Wasow, 1995) พบว่า การระบุนความหวังในผู้ดูแลเป็นสิ่งที่สำคัญมากในกระบวนการเผชิญปัญหาในระยะยาวกับการเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัว Hatfield and Lefley (1993) และ

Darlington and Bland (1999) อธิบายว่าแรงผลักดันที่สำคัญของครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพ เป็นเสมือน “ผู้ส่งความหวัง” (hope carriers) ให้แก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง Bland and Darlington (2002) ศึกษาเรื่องธรรมชาติและแหล่งของความหวังในผู้ดูแลครอบครัวของผู้ป่วยทางจิตเวชที่รุนแรง พบว่า แหล่งที่ก่อให้เกิดความหวัง ได้แก่ ครอบครัวและเพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพ ทักษะคิดทางบวก ความเชื่อทางศาสนาและการรับรู้ความก้าวหน้าในการรักษาของผู้ป่วย จากการศึกษานี้ พบว่า ความหวังมีความสำคัญต่อการหายของผู้ป่วย ครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความหวัง ดังนั้นพยาบาลควรใส่ใจและให้กำลังใจสนับสนุนสมาชิกครอบครัวในระยะของการเจ็บป่วยและการรักษาในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพร้อมทั้งส่งเสริมความสามารถในการส่งเสริมให้เกิดความหวังภายในครอบครัว การสร้างความหวังระหว่างสมาชิกครอบครัวนำมาสู่ความผูกพันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ส่งเสริมการดูแลซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกครอบครัว เสมือนเป็นแรงสนับสนุนซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยรู้สึกชีวิตมีคุณค่าและมีความหมายต่อสมาชิกครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้

ดังนั้นการสร้างหรือคงไว้ซึ่งความหวังจึงเป็นบทบาทของพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งสำคัญในการสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเผชิญกับโรคและการรักษาได้ เนื่องจากผู้ป่วยวัยสูงอายุเป็นภาระต่อครอบครัวที่ต้องดูแล ต้องการการดูแลเอาใจใส่ในด้านต่างๆ จากครอบครัวผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล บุคคลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความสุขกับการอยู่ร่วมกับครอบครัว จึงควรส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว ซึ่งจะสามารถสร้างความเข้าใจและความใกล้ชิดกันยิ่งขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัว (วันสนันท์ แสคำ, 2553) รวมทั้งควรส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมที่ร่วมสร้างความหวังในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดขึ้นในครอบครัว

ในการศึกษาเกี่ยวกับการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีการจัดโปรแกรมการพยาบาลหลากหลายวิธี ได้แก่ การใช้กลุ่มบำบัดประคับประคอง (เชาวนีย์ ล่องชุมพล, 2547) พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง หลังการทำกลุ่มบำบัดประคับประคองลดลงต่ำกว่าก่อนทำกลุ่มบำบัดประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง (วาสนา วรณเกษม, 2554) พบว่า อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการระลึกถึงความหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการทำจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง, 2554) พบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ำกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นต้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าการเสริมสร้างความหวังให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเป็นแหล่งพลังงานภายในที่ทำให้เกิดแรงจูงใจนำไปสู่เป้าหมายและอารมณ์เชิงบวกของบุคคลได้ (Darlington & Bland, 1999)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยนำทฤษฎีความหวังของ Snyder (1994) ซึ่งเป็นกระบวนการคิดที่มีเป้าหมาย และแนวทางนำไปสู่เป้าหมายโดยใช้แรงจูงใจ ความเชื่อในการ

ตัดสินใจและการวางแผนในการกระทำสู่เป้าหมายมาเป็นแนวในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยคาดว่าจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้

คำถามการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การศึกษาครั้งนี้นำแนวคิดความหวังของ Snyder (1994) ซึ่งได้ให้ความหมายของความหวังว่าเป็นกระบวนการคิดส่วนบุคคลเป็นแรงจูงใจทางบวกอันมีพื้นฐานมาจากความรู้สึกของความสำเร็จ การมีพลังที่จะไปสู่เป้าหมาย และมีการวางแผนที่จะบรรลุเป้าหมายนั้น Snyder (1994) อธิบายว่าความหวังมี 3 องค์ประกอบได้แก่ (1) การตั้งเป้าหมาย (goals) เป็นปลายทางของพฤติกรรมที่วางแผน ซึ่งก็คือความปรารถนาของบุคคลที่จะกระทำ, ต้องการเป็น,ต้องการที่จะได้มา ต้องการประสบการณ์ หรือต้องการสร้างขึ้นมา นอกจากนี้ เป้าหมายตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความหวังถือว่าเป็นแหล่งสำคัญที่ทำให้เกิดอารมณ์ โดยบุคคลที่มีอารมณ์ทางบวกเป็นผลจากการบรรลุตามเป้าหมาย และบุคคลที่ล้มเหลวหรือออกห่างจากเป้าหมายจะมีอารมณ์ทางลบ (Snyder, 2002) (2) การคิดหาหนทาง พัฒนาวิธีการเฉพาะเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้นๆ (pathway thinking) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยบุคคลรับรู้ความสามารถของตนในการพัฒนาและระบุวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมาย (Snyder, 1994) อย่างไรก็ตามความหวังไม่ได้เกิดจากวางแผนการ แต่เกิดจากการรับรู้ว่าจะสามารถสร้างขั้นได้หากต้องการ (Snyder et al., 1991) และ (3) การสร้างและคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ (agency thinking) เปรียบได้กับความคิดของบุคคลที่พิจารณาความสามารถของตนเอง ในการเริ่มต้นที่จะกระทำและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามหนทางที่เลือกเพื่อไปสู่เป้าหมาย (Snyder et al., 1999)

การบำบัดด้วยความหวังตามแนวคิดทฤษฎีความหวังของ Snyder (1994) มีแนวทางปฏิบัติให้บุคคลมีการเรียนรู้โดยก่อให้เกิดความหวังโดย (1) ตั้งเป้าหมายที่สามารถวัดได้ บรรลุได้ และมีความหมาย (set goals) (2) การพัฒนาเพื่อหาหนทางที่หลากหลายไปสู่เป้าหมายนั้น (develop multiple pathways to work to toward goals) (3) การระบุแหล่งจูงใจและผลจากการแสดงออก

ของแรงจูงใจ (identify sources of motivation and counteract any drain on motivation) 4) การติดตามความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมาย (monitor progress toward goals) 5) การปรับเปลี่ยนเป้าหมายและหนทางที่จำเป็น(modify goals and pathways as needs) ซึ่งการเสริมสร้างความหวังนี้ จะทำให้บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับอนาคตในทางบวกและมีความแข็งแกร่งทางจิตใจเพิ่มมากขึ้น การศึกษาของ Cheavens และคณะ (2006) ได้นำแนวคิดความหวัง Snyder (1994) มาใช้เป็นพื้นฐานในการออกแบบโปรแกรมการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชพบว่า สามารถลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยได้

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนั้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีอารมณ์เศร้าหงุดหงิดง่ายและทำให้บกพร่องด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นและสมาชิกในครอบครัว (Karp, Skidmore, Lotz, Lenze, Dew and Reynolds, 2009) ครอบครัวจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและได้รับผลกระทบจากภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยตรง การช่วยลดภาวะซึมเศร้าจึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างความหวังของผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวเพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วย และมีความสามารถในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในระยะยาว การนำแนวคิดความหวังมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมีความจำเป็นและเหมาะสม เพราะจะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความเป็นองค์รวมช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขและมีกำลังใจในการเผชิญกับโรคได้ (ธนพัฒน์ ไชยป้อ, 2550)

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งในโปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม เป็นการดำเนินกิจกรรมรายครอบครัว จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60 - 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง ใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความหวัง 2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า 3) การฝึกตั้งเป้าหมาย แก้ไขปัญหา(set goals)โดยใช้สมุดบันทึกปัญหาและเป้าหมายที่ร่วมกันตั้งไว้ ของผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถระบุปัญหาของตนเองได้รวมทั้งมีความรู้และความหวังว่าจะจัดการกับภาวะซึมเศร้านั้นอย่างไร รับรู้ว่าคุณมีความสามารถควบคุมสถานการณ์ ความเครียดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับของภาวะซึมเศร่าลดลง (Cuiji, 1998) เมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการค้นหาปัญหาที่แท้จริงของตนเองได้ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และค้นหาวิธีการจัดการแก้ไขปัญหานั้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับของภาวะซึมเศร่าลดลงได้ (Aryl, 2008) ช่วยผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นเป้าหมายในการรักษา มีเป้าหมายในการจัดการปัญหาเกิดความหวังตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความหวังถือว่าเป้าหมายมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเกิดอารมณ์ โดยบุคคลที่มีอารมณ์ทางบวกเป็นผลจากการบรรลุตามเป้าหมาย และบุคคลที่ล้มเหลวหรือออกห่างจากเป้าหมายจะมีอารมณ์ทางลบ (Snyder, 2002) บุคคลที่มีอารมณ์ทางบวกจะมีความหวังในระดับสูง (Snyder et al, 1996) การฝึกให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายก่อให้เกิดความหวังซึ่งมีความสัมพันธ์ด้านลบกับความสิ้นหวัง ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าจะมีความคิดด้านลบสูง รู้สึกสิ้นหวัง (Abramson, Metalsky and Alloy, 1989) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของ นิษา สมานทรัพย์ (2554) พบว่า ความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

ภาวะซึมเศร้า ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีความหวังสูงขึ้น หรือความสิ้นหวังลดลง ระดับของภาวะซึมเศร้าจึงลดลง

ครั้งที่ 2 ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ 1) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการวางแผนในการดำเนินชีวิตร่วมกันไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางแผนในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ 2) ร่วมเล่นเกมบันไดงู ขึ้นบันไดสู่ความสำเร็จ โดยผู้วิจัยเป็นกรรมการอ่านคำชี้แจง ให้ผู้ป่วยและญาติเป็นผู้เล่นเกมบันไดงู ซึ่งจะสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุและการจัดการดูแล รวมทั้งข้อความที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความหวังกำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการดูแล และสร้างความสนุกสนานเพลินเพลิน ผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมในครั้งนี้พัฒนาวิธีการเฉพาะเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้นๆ (pathway thinking) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยบุคคลรับรู้ความสามารถของตนในการพัฒนาและระบุวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมาย (Snyder, 1994) ก่อให้เกิดความหวังจากการรับรู้ว่าหนทางดังกล่าวสามารถสร้างขึ้นได้หากต้องการ (Snyder et al., 1991)

ครั้งที่ 3 สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ 1) ค้นหาแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยการยอมรับ การชมเชย และการกระตุ้นพฤติกรรม (Domjan M., 1996) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกคิดในแง่บวกเมื่อเจอปัญหา กระบวนการของแรงจูงใจจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลก้าวไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการอย่างมีทิศทางมีจุดมุ่งหมาย โดยที่บุคคลจะพยายามก้าวไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการแม้ว่าจะมีอุปสรรคเข้ามาขัดขวางแต่บุคคลก็จะพยายามไปสู่เป้าหมายและเมื่อบรรลุเป้าหมายหนึ่งบุคคลก็จะไปสู่เป้าหมายใหม่จนกว่าจะบรรลุความต้องการที่แท้จริงของตน (Maslow, Abraham Harold, 1970) 2) ผู้วิจัยแนะนำวิธีการฝึกคิดเชิงบวก 12 วิธี และยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวแสดงความคิดเห็นเสนอแนะมุมมองต่อปัญหา อุปสรรคต่างๆ ในทางบวก ฝึกวิเคราะห์ปัญหา เป้าหมาย การวางแผนการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยส่งเสริมความคิดในเชิงบวก ตามแนวทางการเสริมสร้างความหวังตามทฤษฎีของ Snyder (1994) ซึ่ง Haringsma และคณะ (2006) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายถึงความสามารถในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถจัดการกับความคิดอัตโนมัติด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคต และโรคได้โดยการฝึกความคิดในเชิงบวกจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ และยิ่งช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำได้ในระยะเวลาถึง 2 ปี และให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว กลับไปประเมินปัญหาของตนเองที่พบเพิ่ม และการให้กำลังใจตนเองเมื่อพบปัญหานั้น แล้วบันทึกไว้ในสมุดบันทึก ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

ครั้งที่ 4 ทบทวนเป้าหมาย ไม่หมดหวัง ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ 1) ทบทวนปัญหา เป้าหมายในการจัดการปัญหา และแนวทางในการปฏิบัติแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคที่พบ 2) นำปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนดังกล่าว มาวิเคราะห์ร่วมกัน กิจกรรมนี้สร้างขึ้นเพื่อการติดตามความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมาย (monitor progress toward goals)

ครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนเป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจหนทาง ใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ 1) การทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ จากการร่วมกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้งที่ผ่านมา เกี่ยวกับความรู้สึกต่อกันภายในครอบครัว ความรู้สึกเกี่ยวกับความหวังกำลังใจในการดำเนินชีวิต ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ความรู้สึกต่อเป้าหมายที่ตั้งไว้และแผนการปฏิบัติที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย 2) ผู้ป่วยพูดคุยให้กำลังใจและย้ำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวว่า เราสามารถปรับเปลี่ยนเป้าหมายและหาหนทางเพื่อไปสู่เป้าหมายใหม่ได้เรื่อยๆ ตามบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวถ้าหากยังมีความหวัง อย่าหมดหวังเพราะทุกปัญหามีทางออก เมื่อเจอปัญหาให้มองในแง่บวกไว้ก่อน เป็นต้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ให้กำลังใจกันและกัน และ 3) พูดคุยเกี่ยวกับสมุดบันทึกที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันบันทึกไว้ ประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามข้อสงสัย และพูดคุยระบายความรู้สึกต่อกัน สร้างกิจกรรมตามแนวทางการบำบัดด้วยความหวังของ Snyder (1994) การปรับเปลี่ยนเป้าหมายและหนทางที่จำเป็น(modify goals and pathways as needs) (Snyder, 1997) การฝึกการวางแผนชีวิตให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย การสร้างความหวัง กำลังใจจะช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และมีความสามารถในการจัดการปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยมีความหวังและแรงจูงใจในการต่อสู้ ส่งผลต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าลงได้ (Caryl, 2008)

จากการจัดกิจกรรมดังกล่าวผู้วิจัยคาดว่าจะก่อให้เกิดความหวังในผู้ป่วยและส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลงได้

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนภาวะซึมเศร่าในระยะสิ้นสุดการทดลองไม่แตกต่างจากระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Design: Two Groups) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่มีต่อภาวะซึมเศร่าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร่าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (DSM IV หรือ ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

อัมพาต โรงพยาบาลนภลัย และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า และสมาชิกครอบครัวที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสาร งานวิจัยตามแนวคิดความหวังของ Snyder (1994) โปรแกรมประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรม 5 ครั้งเป็นรายครอบครัว (ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัว) โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัวได้ทำกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในการพบกันครั้งที่ 1 ใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมได้แก่ 1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว (ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัว) ประเมินปัญหาในชีวิตประจำวัน และความหวังของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการปัญหาดังกล่าว เป็นเวลา 30 นาที 2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง วิธีการรักษา การดูแลเบื้องต้น ระยะเวลานี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และ 3) ฝึกตั้งเป้าหมาย แก้ไขปัญหา โดยทบทวนปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินได้ แนะนำการใช้สมุดบันทึก การบ้าน ให้ระบุปัญหาและเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว และให้นำมาส่งในการพบกันครั้งต่อไป ระยะเวลาใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ครั้งที่ 2 ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในการพบกันครั้งที่ 2 ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมได้แก่ 1) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการวางแผนในการดำเนินชีวิตร่วมกันไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางแผนในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นเวลา 30 นาที 2) ร่วมเล่นเกมบันไดงู ขึ้นบันไดสู่ความสำเร็จโดยผู้วิจัยเป็นกรรมการอ่านคำชี้แจง ให้ผู้ป่วยและญาติเป็นผู้เล่นเกมบันไดงู ซึ่งจะสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุ เป็นเวลาประมาณ 30 นาที

ครั้งที่ 3 สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมได้แก่ 1) ค้นหาแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยการยอมรับ การชมเชย และการกระตุ้นพฤติกรรม (Michael Domjan, 1996) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกคิดในแง่บวกเมื่อเจอปัญหา กระบวนการของแรงจูงใจจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลก้าวไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการอย่างมีทิศทางมีจุดมุ่งหมาย โดยที่บุคคลจะพยายามก้าวไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการแม้ว่าจะมีอุปสรรคเข้ามาขัดขวาง แต่บุคคลก็จะพยายามไปสู่เป้าหมายและเมื่อบรรลุเป้าหมายหนึ่งบุคคลก็จะไปสู่เป้าหมายใหม่จนกว่าจะบรรลุความต้องการที่แท้จริงของตน (Maslow, Abraham Harold, 1970) ระยะเวลาใช้เวลาประมาณ 30 นาที 2) ผู้วิจัยแนะนำวิธีการฝึกคิดเชิงบวก 12 วิธี และยกตัวอย่างสถานการณ์ที่

ใกล้เคียงกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวแสดงความคิดเห็น เสนอแนะมุมมองต่อปัญหา อุปสรรคต่างๆ ในทางบวก ผิกวิเคราะห์ปัญหา เป้าหมาย การวางแผนการ ปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยส่งเสริมความคิดในเชิงบวก ตามแนวทางการเสริมสร้างความหวังตาม ทฤษฎีของ Snyder (1994) ซึ่ง Haringsma และคณะ(2006) ได้ศึกษาหาปัจจัยทำนายถึง ความสามารถในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถจัดการกับ ความคิดอัตโนมัติด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคต และโลกได้โดยการฝึกความคิดในเชิงบวกจะช่วยลด ภาวะซึมเศร้าลงได้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำได้ในระยะเวลาถึง 2 ปี และให้ผู้ป่วยและ สมาชิกครอบครัว กลับไปประเมินปัญหาของตนเองที่พบเพิ่ม และการให้กำลังใจตนเองเมื่อพบปัญหา นั้น แล้วบันทึกไว้ในสมุดบันทึก ระยะเวลาที่ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ครั้งที่ 4 ทบทวนเป้าหมาย ไม่หมดหวัง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ในการพบกันครั้งที่ 4 ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ 1) ทบทวนปัญหา เป้าหมายในการจัดการปัญหา และ แนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ของผู้ป่วยและ ครอบครัว ตามที่บันทึกไว้ในสมุดบันทึก พยาบาลร่วมพูดคุยสอบถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคที่พบ และบันทึกไว้เป็นข้อ ๆ ระยะเวลาใช้เวลาประมาณ 30 นาที 2) นำปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนดังกล่าว มาวิเคราะห์ พยาบาลนำเสนอแนะมุมมองต่อปัญหา และอุปสรรคต่างๆ ในทางบวก และยกตัวอย่างบุคคลที่ประสบความสำเร็จ จากการมองปัญหาใน ทางบวก และสามารถจัดการกับปัญหาได้สำเร็จ ระยะเวลาใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนเป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจหนทาง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม ของพยาบาลในการพบกันครั้งที่ 5 ใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ 1) การทบทวน สิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ จากการร่วมกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้งที่ผ่านมา เกี่ยวกับความรู้สึกต่อกัน ภายในครอบครัว ความรู้สึกเกี่ยวกับความหวังกำลังใจในการดำเนินชีวิต ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไป อย่างไร ความรู้สึกต่อเป้าหมายที่ตั้งไว้และแผนการปฏิบัติที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย ระยะเวลาใช้เวลา 30 นาที 2) พยาบาลพูดคุยให้กำลังใจและย้ำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวว่า เราสามารถปรับเปลี่ยนเป้าหมาย และหาหนทางเพื่อไปสู่เป้าหมายใหม่ได้เรื่อยๆ ถ้าหากยังมีความหวัง อย่าหมดหวังเพราะทุกปัญหา มี ทางออก เมื่อเจอปัญหาให้มองในแง่บวกไว้ก่อน เป็นต้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ ให้กำลังใจกันและกัน ระยะเวลาใช้เวลา 30 นาที และ 3) พูดคุยเกี่ยวกับสมุดบันทึกที่ให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวร่วมกันบันทึกไว้ ประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามข้อ สงสัย และพูดคุยระบายความรู้สึกต่อกัน ระยะเวลาใช้เวลา 30 นาที

ผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อยู่ร่วมกันในบ้านเดียวกันที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย หรือทางสายโลหิต มีการพึ่งพาอาศัยกันทางสังคมและเศรษฐกิจ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือกฎหมาย ทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และช่วยเหลือผู้ป่วยใน การดำรงชีวิตประจำวันสม่ำเสมอและต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือนโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน ในการดูแล ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี สมารถใจ ยินยอมให้ความร่วมมือและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มที่ 2 มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือกฎหมาย ได้แก่ มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หรือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 เดือน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี สมัครงใจ ยินยอมให้ความร่วมมือและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรม

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ระดับของอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม ที่แปรปรวน ซึ่งเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือโลกและอนาคต ซึ่งเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้ หรือความคิดอัตโนมัติในทางลบ แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งมีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งประเมินโดยใช้ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale -TGDS) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยขึ้นไป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้เกณฑ์ DSM-IV-TR หรือ ICD -10 ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป ประเมินโดยเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) เป็นแบบวัดความเศร้าของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537) ที่มีค่าตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป ที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลอัมพวา โรงพยาบาลนภากาศ และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลทำให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และการให้บริการก่อนพบแพทย์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
2. เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในการนำไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งเป็นแนวทางนำไปประยุกต์ใช้กับโรคทางจิตเวชอื่นต่อไป
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.1 โรคซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.2 วิทยาการระบาดของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
 - 1.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
 - 1.4 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
 - 1.5 การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
 - 1.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 1.7 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง และการเสริมสร้างความหวัง
 - 2.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความหวัง
 - 2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความหวัง
 - 2.3 การประเมินความหวัง
 - 2.4 ความสิ้นหวังและความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
3. ความรู้เกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว
 - 3.1 ผู้ดูแลในครอบครัว (ผู้ดูแลหลัก, สมาชิกครอบครัว)
 - 3.2 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
4. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.1 โรคซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ ที่มนุษย์ต้องประสบและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กระบวนการสูงอายุป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่มีการพัฒนา และมีความสัมพันธ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามวัยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินไปตลอดชีวิต (นิตยา บุญมาเลิศ, 2542) ในพื้นที่ภาคเอเชียจะถือเอาอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ เป็นที่ตกลงกันระหว่างประเทศให้ยึดอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2538) โดยมีการให้ความหมายผู้สูงอายุ 2 ลักษณะ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งแบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ ดังนี้ วัยสูงอายุเริ่มต้น (young old age) อายุ 65-74 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (middle old age) อายุ 75-84 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (old old age) อายุมากกว่า 85 ปี ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาใช้เกณฑ์ของผู้สูงอายุ โดยเริ่มที่อายุ 60 ปี และแบ่งอายุเป็น 3 ช่วง คือ วัยสูงอายุตอนต้น (elderly) คือบุคคลที่มีอายุ 60-74 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (old) คือผู้ที่มีอายุ 75-90 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (very old) คือบุคคลที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (World Health Organization[WHO],1988) สำหรับประเทศไทยให้เกณฑ์ของ WHO (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุ และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัว ปรับใจต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ได้ จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลวัยอื่น โดยมีรายงานว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเคยมีประสบการณ์ของการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ยิ่งอย่างไรก็ตาม บุคคลทั่วไปมักเข้าใจว่าภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดาของผู้สูงอายุ จึงมักละเลย ไม่สนใจ ทำให้ผู้สูงอายุยิ่งมีความทุกข์ทรมานมากขึ้น แต่ในความเป็นจริง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันมิให้เกิดได้ หากผู้สูงอายุได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือทราบแนวทางที่สำคัญในการหลีกเลี่ยงหรือป้องกัน รวมทั้งทราบแนวทางการดูแลตนเองเมื่อตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางตรงกันข้าม หากละเลยหรือปล่อยทิ้งไว้ อาจกลายเป็นโรคซึมเศร้า จนต้องเข้ารับการรักษาจากจิตแพทย์ มิเช่นนั้นอาจเกิดผลเสียที่ยรุนแรงทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและบุคคลรอบข้าง (เรณูการ์ทองคำรอด, 2545)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจึงเป็นสภาวะความแปรปรวนทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางใจแสดงออกทางร่างกาย ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ผิดปกติ โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของร่างกาย การทำหน้าที่เสื่อมลง การรับรู้ลดลง สิ่งที่เคยมีอยู่แต่เดิมอ่อนแอ ความบีบคั้นในชีวิต ภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักลด ภาวะกดดันทางจิตใจ การสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง การเป็นโรคเรื้อรัง และการเป็นภาระของผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคซึมเศร้าได้ (Evers & Martin, 2002)

สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือการคิดถึงความตายและความรู้สึกสิ้นหวังในอนาคต

โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการทางพยาธิสภาพไม่ได้เป็นการตอบสนองที่เป็นไปตามภาวะปกติของกระบวนการสูงอายุ ถึงแม้การแสดงออกของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุมักแสดงออกโดยมีความเสื่อมทางกายเพิ่มขึ้น เช่น การทำหน้าที่ต่างๆ และการดูแลตนเองลดลงทำให้มีความซับซ้อนในการวินิจฉัยโรคและการรักษา (Cooke & Tucker, 2001 อ้างใน พูลสิน เฉลิมวัฒน์, 2552) โดยสรุป โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ที่เด่นชัดเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจ และมีอาการร่วมกับอาการสำคัญอื่น ๆ เช่น มีปัญหาการนอนหลับ ความอยากอาหารเพิ่ม หรือลดลง ความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลง ไม่มีสมาธิ การเคลื่อนไหวช้า หรือกระสับกระส่าย มีความรู้สึกว่าตนไร้ค่า รู้สึกเหงา หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เฉยชากับสิ่งแวดล้อม และถ้าอาการรุนแรงมากอาจมีความรู้สึกอยากทำร้ายตัวเอง (พูลสิน เฉลิมวัฒน์, 2552)

1.2 วิจัยการระบาดของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

จากการศึกษาของ Alexopoulous (2005) พบว่าทั้งความชุกและอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าจะมากขึ้นถึง 2 เท่าในผู้สูงอายุ อายุ 70-85 ปี การศึกษาของ Jones (2003) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย 2-3 เท่า อุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 2-3 ต่อปี จากการศึกษาดังกล่าวที่ผ่านมามีความชุกของโรคซึมเศร้าในระดับชุมชนของกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จะอยู่ในช่วงร้อยละ 1- 5 ส่วนความชุกของอาการซึมเศร้าที่มีผลอย่างสำคัญทางคลินิกจะอยู่ในช่วงร้อยละ 8 - 16

สำหรับประเทศไทยนั้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา พบว่าค่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอยู่ในช่วงร้อยละ 17.5 - 82.3 ขึ้นอยู่กับประชาชนที่ศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วใช้เครื่องมือที่วัดอาการซึมเศร้าที่มีผลอย่างสำคัญต่อทางคลินิก โดยในเขตเมืองพบว่ามีค่าความชุกในช่วงร้อยละ 19.9 - 80.3 ส่วนในเขตชนบทพบค่าความชุกในช่วงร้อยละ 17.0 - 84.8 นอกจากนี้ โรคซึมเศร่ายังจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุดอย่างหนึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุไทยอีกด้วย

1.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ (American Psychiatric Association, 1994)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ข้อบ่งชี้หรือหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยต้องมีอาการเหล่านี้อย่างน้อย 5 อาการเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และอาการเหล่านี้ต้องมีอารมณ์ซึมเศร้าและ/หรือขาดความสนใจยินดีกับสิ่งต่าง ๆ ที่เคยสนใจ ร่วมเป็นหนึ่งในอาการเหล่านี้ ได้แก่ 1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ เกือบทั้งวันหรือเกือบทุกวัน โดยได้รับการบอกเล่า ของผู้ป่วย(เช่นรู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้) หมายเหตุ : ในเด็กและวัยรุ่นอาจพบเป็นลักษณะอารมณ์หงุดหงิด 2) ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงอย่างมากเป็นทั้งวันหรือเกือบทุกวัน (โดยได้รับการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น) 3) น้ำหนักลดลง โดยไม่ได้เกิดจากการควบคุมอาหารหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (เช่น น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารจนน้ำหนักเปลี่ยนไปมาก หมายเหตุ : ในเด็ก

น้ำหนักจะไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ที่ควรจะเป็น 4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป 5) มี Psychomotor agitation หรือ retardation (จากการสังเกตของผู้อื่นไม่ใช่เพียงความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง) 6) รู้สึกอ่อนเพลีย ล้า หรือไม่มีแรง 7) รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุสมผล(อาจถึงขั้นหลงผิด) 8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจไม่ได้ (โดยได้รับการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่นก็ได้) และ 9) คิดถึงเรื่องความตาย บ่อยครั้ง คิดอยากตาย โดยไม่ได้วางแผนแน่นอนหรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแบบแผนการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงถือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยทั่วไป แต่ในผู้สูงอายุ Blazer (1991) ได้กล่าวไว้ว่า

อาการหลัก

1. มีอาการซึมเศร้า มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลาทั้งวันติดต่อกันเป็นเวลา 2 อาทิตย์ขึ้นไป
2. ไม่มีความสุขไม่สนใจ ในสิ่งต่าง ๆ ที่ปกติเคยสนใจ
3. อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย

อาการอื่น ๆ

1. ไม่มีความมั่นใจ คุณค่าในตัวเองลดน้อยลง
2. รู้สึกผิดหรือบาปอย่างไม่สมเหตุผล
3. คิดถึงเรื่องความตาย มีความคิดหรือพฤติกรรมอยากฆ่าตัวตาย
4. ไม่มีสมาธิหรือคิดอะไรไม่ออก ตัดสินใจไม่ได้
5. การเคลื่อนไหวผิดปกติไปจากเดิม ซึมเศร้า เชื่องช้า กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง
6. การนอนผิดปกติ
7. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง จนทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง

Brodsky และคณะ (1997) ได้กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุแสดงอาการเศร้าออกอาการทางร่างกาย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด กระวนกระวาย นิ่งไม่ติด วิตกกังวลมีพฤติกรรมที่พยายามฆ่าตัวตายและมีอาการทางจิต ความคิดอยากตายในผู้สูงอายุจะไม่ค่อยแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไปเท่าไร

Diagnostic difficulties

ความยากลำบากในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อยู่ที่ความชราภาพของผู้สูงอายุ ความแตกต่างระหว่างวัย สุขภาพกาย สุขภาพจิต และอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างอาการทางร่างกายและอาการของโรคซึมเศร้า

อุปสรรคที่ยากต่อการวินิจฉัย

1. อาการทางร่างกายที่แยกยากกว่ามีพยาธิสภาพจริง ๆ หรือเป็นอาการทางจิตเวช
2. ไม่ค่อยแสดงอารมณ์ซึมเศร้าชัดเจน
3. อาการโรคซึมเศร้านั้นมักจะพบปน ๆ กันกับอาการทางร่างกาย เช่น อ่อนเพลียไม่มีแรงในคนไข้โรคเบาหวาน
4. มีอาการทางด้านโรคประสาทวิตกกังวล
5. ละเลยการดูแลตนเอง เช่นไม่ทำตามแพทย์สั่ง

6. แสดงอาการออกทางด้าน Pseudo dementia ผู้ป่วยที่สนใจอาการไม่สบายทางด้านร่างกาย เช่น ผู้ป่วยจะพูดและบ่นถึงอาการท้องอืด จุกเสียด ปวดหลังมากทำให้ญาติและแพทย์นำไปตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ มากมายโดยไม่ได้คิดถึงโรคซึมเศร้า อาการโรควิตกกังวลที่ตรวจพบ เช่น ย้ำคิดย้ำทำมากกว่าปกติจนรบกวนชีวิตประจำวัน หรือบ่นถึงอาการทางด้านร่างกายที่ไม่มีสาเหตุแน่ชัด ให้ตรวจละเอียดว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ (Baldwin 1988)

7. แสดงออกทางด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพที่ไม่ดีที่เคยมีอยู่ แต่มากขึ้น

การชักประวัติอย่างละเอียด ตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วย อาการที่เริ่มเปลี่ยนแปลงชัดเจน เช่น นอนไม่หลับที่มีอยู่เดิมจากการเจ็บป่วย แต่มีอาการตื่นเช้ากว่าเดิม อาการเหนื่อยมากกว่าเดิมจากการเดินหรือทำกิจกรรม จะมีมากขึ้นแม้ว่านั่งอยู่เฉย ๆ การชักประวัติควรจะได้ประวัติจากคนใกล้ชิดที่บ่งบอกถึงความสนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่เคยสนใจแล้วลดน้อยถอยไป ผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักจะโกรธ เมื่อถ้ามถึงอารมณ์ความรู้สึกต่าง ๆ และมักปฏิเสธอารมณ์ที่ผิดปกติไป อาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่หาสาเหตุทางร่างกายไม่พบ หูอื้อมากผิดปกติ อาการปวดต่าง ๆ ที่ไม่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพทางร่างกาย

1.4 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ มาโนช หล่อตระกูล (2545) ได้กล่าวถึงปัจจัยดังต่อไปนี้

1.4.1 ปัจจัยเสี่ยง หมายถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มการเกิดโรคสูงกว่าคนปกติทั่วไป ได้แก่

1) ปัจจัยทางพันธุกรรม ข้อมูลทางวิชาการพบว่าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันคนใดคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้า โอกาสที่แฝดอีกคนจะเกิดโรคนี้นับถึง ร้อยละ 70-80

2) สารชีวเคมีในสมองระดับของ Serotonin and Nor epinephrine บริเวณ synaptic cleft ต่ำกว่าปกติ เหมือนโรคซึมเศร้าทั่วไป และผู้สูงอายุปกติทั่วไปนอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงขนาดของ Cortical limbic hypothalamic หรือ pituitary ทำให้เกิด hyperactivity และ dysregulation ของ hypothalamic-pituitary adrenal (HPA) axis ผลผู้สูงอายุมี cortisol สูงผู้สูงอายุเองยังมีระบบการนอนที่ผิดปกติ คือ Night time wakefulness decrease slow-wave sleep total repideye movement (REM) sleep และ REM latency ลดลงอยู่แล้ว และอาการซึมเศร้ายิ่งทำให้การนอนแย่งลงไปอีก

3) การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสมองมีลักษณะกว้างขึ้นของสมองบริเวณ Periventricular hyperintense areas subcortical white matter lesion และ subcortical grey matter lesion โดยเฉพาะใน basal ganglia ในผู้สูงอายุที่ซึมเศร้ามักพบว่ามีอาการ นอกจากนี้ยังมีการเสื่อมของไฮโปทาลามัสบริเวณ hippocampus และ locus ceruleus อีกด้วย

4) บุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามักพบว่ามีอาการวิตกกังวลสูง ซึ่งเป็นวัยที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงมากกว่าวัยอื่น (Bergummann, 1978)

1.4.2 ปัจจัยกระตุ้น หมายถึง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการของโรค ได้แก่

1) พบในคนที่สูญเสียความรุนแรง ที่เห็นชัดเจน Murphy (1982) พบว่าส่วนหนึ่งในผู้ป่วยซึมเศร้ามักมีประวัติของปัญหาชีวิตอย่างหนึ่ง เช่น สูญเสียคนรัก ปัญหาการเงิน

2) พบในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายรุนแรงและเป็นเรื้อรัง

1.4.3 ปัจจัยส่งเสริม หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้อาการของโรคคงอยู่ จากการศึกษา งานวิจัยและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เป็นสาเหตุ ส่งเสริมให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นั้น สามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน (บุญพา ณ นคร, 2545) ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เกิดขึ้นในทุกระบบของร่างกายซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุได้แก่ ระบบผิวหนังขาดความตึงตัว ผิวหนังเหี่ยวและหยาบ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีการสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกในผู้สูงอายุกล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลงเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย ลิ้นหัวใจแข็งหนา และมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ระบบทางเดินหายใจจะมีความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลงความแข็งแรงและการหดขยายของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลง ทำให้ได้รับออกซิเจนต่ำมักเหนื่อยและหอบง่าย ระบบทางเดินอาหาร ความรู้สึกหิวอาหารน้อยลงเนื่องจากการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง นอกจากนี้ระบบประสาทและประสาทสัมผัสมีการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติทำงานมีประสิทธิภาพลดลง ความเร็วในการรับและส่งสัญญาณประสาทลดลง ทำให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลงเช่นกัน (นิตยา บุญมาเลิศ, 2542)

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ การรู้คิด และอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคมเนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เช่นการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ เมื่ออายุมากขึ้นเกิดภาวะความจำเสื่อมทำให้การรับรู้ต่อสังคมลดลง มีความยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของสังคมการพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก ทำให้บางครั้งผู้สูงอายุรู้สึกหงุดหงิด โกรธง่าย ว้าวุ่นและเหงา (พัชรี ตันสิริ, 2533) บางครั้งรู้สึกโดดเดี่ยวและสิ้นหวังอาจเกิดจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ท้อแท้และเบื่อหน่ายในชีวิต (วิจิตร บุญยะโหตระ, 2533) จากสภาวะจิตใจต่างๆ อาจเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมาเช่น ภาวะเครียด วิตกกังวล และโรคซึมเศร้า (อาภา ใจงาม, 2533) บางครั้งเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นเกิดความรู้สึกหมดหวังสิ้นหวังเนื่องจากความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) จากการศึกษาความชุกของภาวะวิกฤตจิตทางจิตใจในต่างประเทศพบว่าผู้สูงอายุมีอาการเฉยชา (apathy) ก้าวร้าว (aggressive) วิตกกังวล (anxiety) ประสาทหลอน (hallucination) คิดเป็นร้อยละ 72,60,48 และ 22 ตามลำดับ (บุญพา ณ นคร, 2545)

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุที่เกิดขึ้น มีผลต่อการใช้กระบวนการทางความคิด สติปัญญาและแรงจูงใจของผู้สูงอายุที่ลดลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การให้ความหมาย การแปลความ การใช้ความคิดและสติปัญญาในการตัดสินใจ และความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ลดลง จึงมีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากเดิม ที่พบบ่อยได้แก่อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โศกเศร้า ร้องไห้ กังวล กลัว รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง หมดหวัง ไม่มีความสุข แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเองและไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (Bushmann, Dixon, & Tichy, 1995) อาการทางร่างกายที่พบบ่อยที่สุดคือ เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด และนอนไม่หลับ ทั้งนี้เนื่องจากโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมักมีอาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะเจาะจงและมีความแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น กล่าวคือ ในการดำเนิน

ชีวิตประจำวันที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรคและการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงตามกระบวนการของวัยสูงอายุ อาจทำให้รู้สึกเศร้า ผิดหวัง สิ้นหวัง หรือหมดความสุขได้เป็นครั้งคราวเมื่อมีความคับข้องใจหรือสูญเสีย ทั้งนี้เนื่องจากโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมักมีอาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะเจาะจงและมีความแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น กล่าวคือ ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรคและการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงตามกระบวนการของวัยสูงอายุ อาจทำให้รู้สึกเศร้า ผิดหวัง สิ้นหวัง หรือหมดความสุขได้เป็นครั้งคราวเมื่อมีความคับข้องใจหรือสูญเสีย และสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ การคิดถึงความตายและความรู้สึกสิ้นหวังในอนาคต ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าควรมีการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งคาดว่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความลำบากในการปรับตัวแยกตัวจากสังคม ความคล่องตัวในการคิดและการติดต่อสื่อสารจะลดลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) จาก การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เนื่องจากบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลและหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลับกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัยเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคม มีความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ความคับข้องใจทางสังคมจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหลังเกษียณอายุ การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียเพื่อนร่วมงาน มีรายได้ลดลงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไร้คุณค่า (บรรลุ ศิริพานิชย์, 2542) การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไป หน้าที่รับผิดชอบการยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้าปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มไม่กล้าแสดงออก ทำให้ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง และทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาททางสังคมเกิดความเครียดสูง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) นอกจากนี้การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบุคคลอันเป็นที่รักและการสูญเสียนั้นเป็นไปอย่างกะทันหัน จะทำให้มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอย่างรุนแรง จากการศึกษาสภาพสมรสที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุ (พิชญาภรณ์ มูลศิลป์, 2537) พบว่าการมีชีวิตคู่และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากชีวิตคู่ชีวิตทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่ดี มีกำลังใจในการเผชิญชีวิต

4) การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ เป็นผลต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากผู้สูงอายุพบกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทการทำงาน บทบาทในครอบครัว ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เกิดความขัดแย้งในใจ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเกิดความเครียด เศร้าหมอง จนเกิดเป็นโรคซึมเศร้าซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่ ขาดการกระตือรือร้นและขาดแรงจูงใจ ต่อการดำเนินชีวิต รู้สึกหมดหวังในชีวิต อาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุกระทำอัตวิบาตกรรมได้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุพบได้บ่อยซึ่งมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันทั้งในระดับที่มีอาการเล็กน้อย ไม่ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต จนถึงระดับที่มีอาการเศร้ารุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายร่างกายตนเอง ประมาณร้อยละ 20-40 ในช่วงชีวิตของผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น 1-2 ครั้ง ในจำนวนนี้พบว่ามีเพียงร้อยละ 5-10 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและ

บ่าบัต (Valent, 1994) นอกจากนี้ยังพบว่าอุบัติการณ์เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีสูงถึงร้อยละ 13 ต่อปี และอุบัติการณ์สูงขึ้นในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรังพบสูงถึง 1 ใน 3 (Dreyfus, 1989 ; Gomez and Domez, 1993)

สรุปได้ว่าสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นมีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ 1) ปัจจัยทางพันธุกรรม 2) สารชีวเคมีในสมอง 3) การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสมอง 4) บุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ปัจจัยกระตุ้นได้แก่ 1) มีการสูญเสียอย่างรุนแรง 2) พบในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายรุนแรงและเป็นเรื้อรัง และปัจจัยส่งเสริมได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ 3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม 4) การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

1.5 การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

แนวทางการรักษาตามปัจจัยเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า คือ การรักษาด้านชีววิทยา การรักษาทางยา และรักษาทางจิตใจ เช่น จิตบำบัดแบบวิเคราะห้ กลไกทางจิต การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรมบำบัดทางปัญญา เป็นต้น (ดวงใจ กษานติกุล, 2542 ; มาโนช หล่อตระกูล, 2544) มีรายละเอียดดังนี้

1.5.1 การรักษาตามแนวคิดชีววิทยา

การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาโดยให้ยาต้านเศร้า (Antidepressant) กลุ่มต่าง ๆ เช่น ยาด้านเศร่ากลุ่มไตรไซคลิก (tricyclic) ยาด้านเศร่ากลุ่มโมโนเอไมน์ (monoamine oxidase inhibitors) เป็นต้น ยาด้านเศร่าส่วนใหญ่มีฤทธิ์ไปขัดขวางการดูดกลับ (reuptake) เข้าเซลล์ประสาทของสารสื่อประสาทที่สำคัญ 3 ชนิดคือ นอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) โดปามีน (dopamine) และซีโรโทนิน (serotonin) ที่จุดต่อของปลายประสาทที่ทำให้สารเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้น โรคซึมเศร่าจึงหมดไปหรือดีขึ้น ยาแต่ละชนิดมีฤทธิ์ขัดขวางสารสื่อประสาทต่าง ๆ กัน เช่น ยาอิมิพรามิน (imipramine) มีฤทธิ์ขัดขวางการดูดซึมกลับเข้าเซลล์ของซีโรโทนิน เป็นต้น การรักษาด้วยยาด้านเศร่าจะต้องใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ ในการออกฤทธิ์ให้ผู้ป่วยมีอาการเป็นปกติ ลดความรู้สึกท้อแท้หรือความรู้สึกผิด และยาจะทำให้ผู้ป่วยหลับได้ดีขึ้นเป็นเวลานานกว่า 1 เดือน สามารถลดยาได้แต่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาติดต่อกันไปเป็นเวลา 6 เดือนถึงหนึ่งปี เพื่อป้องกันอาการกำเริบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยซึมเศร่ารุนแรงมีอาการกำเริบได้อีก และร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต

1.5.2 การรักษาทางจิตใจ เป็นการรักษาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร่าและช่วยทำให้ผู้รับบำบัดร่วมมือในการรักษา มีแนวทางการรักษาตามกรอบแนวคิดของแต่ละทฤษฎีที่อธิบายถึงปัจจัยเหตุของการเกิดโรคซึมเศร่าดังต่อไปนี้

1) จิตบำบัดแบบวิเคราะห้กลไกทางจิต (Psychodynamic psychotherapy) มีรากฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห้ที่เชื่อว่า ความขัดแย้งในจิตใต้สำนึกเป็นต้นเหตุของปัญหาที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร่า การบำบัดจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการซึมเศร่า และปรับปรุงบุคลิกภาพของผู้รับ การบำบัด โดยพยายามวิเคราะห้ปมขัดแย้ง (dynamic focus) ที่สำคัญ ๆ เพียงเรื่องเดียว เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นต้น แล้ววิเคราะห้ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้รับการบำบัด เพื่อค้นหาความขัดแย้งในอดีตหรือในจิตใต้สำนึกให้ปรากฏขึ้น แต่การทำจิตบำบัด

แบบวิเคราะห์กลไกทางจิตมีข้อจำกัดในการใช้ระยะเวลาในการบำบัดที่ยาวนานไม่สามารถกำหนดระยะเวลาในการรักษา มุ่งให้ผู้รับการบำบัดระบายความขัดแย้งในจิตใจได้สำนึก โดยไม่คำนึงถึงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ทำให้ความซึมเศร้ายังคงอยู่

2) การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) วัตถุประสงค์ของการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ โดยเน้นที่ปัญหาความคับข้องใจในชีวิตปัจจุบัน ไม่ได้มุ่งเปลี่ยนบุคลิกภาพหรือแก้ไขความขัดแย้งในจิตใจได้สำนึก ด้วยกระบวนการให้ความรู้อธิบายให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงธรรมชาติอาการ วิธีการรักษา และการดำเนินของโรค ผู้บำบัดพูดประคับประคองให้ความหวังและกำลังใจกับผู้รับการบำบัด เน้นให้ทราบว่าภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อย ๆ ในบุคคลทั่วไป ให้ผู้รับบริการบำบัดปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ เพื่อช่วยให้ปรับตัวได้กับความเครียดในชีวิต

3) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) เฟอร์สเตอร์ (Kazdin, 2001) เป็นผู้ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้าโดยอธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (reinforcement) ในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การพรากจากการเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้นนอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และการขาดทักษะทางสังคมทำให้ขาดโอกาสที่จะได้แรงเสริมจากสังคมยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้ายิ่งมากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่าเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เป็นการเสริมแรงทางบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบกับเหตุการณ์ที่ดีจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลง

4) การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) พัฒนาขึ้นโดย Beck และคณะ (1979) รูปแบบการบำบัดทางปัญญามีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีนิยามว่าอารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด การประเมินสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม โลกและอนาคต การบำบัดทางปัญญาจึงมีวัตถุประสงค์ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริงแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจถึงความคิดที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดโรคซึมเศร้าเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ต่อมาได้มีการพัฒนาเป็น พฤติกรรมบำบัดทางปัญญา (cognitive behavior therapy: CBT) มุ่งเน้นให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความเชื่อที่ผิด การแปลผลข้อมูลที่บิดเบือน รวมถึงการทดสอบความเชื่อให้ถูกต้องเหมาะสม(Beck et al, 1979)

5) กลุ่มบำบัดประคับประคองตามแนวคิดของยาลอม(Yalom, 1995) เป็นการบำบัดรักษาแบบกลุ่ม ซึ่งถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยทั่วไปหลายประเภท ซึ่งพบว่าได้ผลดีในการรักษา เนื่องจากกลุ่มบำบัดประคับประคองมีเป้าหมายในการแก้ปัญหาความทุกข์ใจ อันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยทางจิต โดยสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์มาร่วมแสดงความรู้สึก อภิปรายในปัญหานั้น ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในกลุ่ม และมีการดำเนินไปตามพัฒนาการของกลุ่ม มีเป้าหมายและส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด

ความรู้สึกและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมทำให้สมาชิกเข้าใจในปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดปัจจัยบำบัดซึ่งเป็นผลดีต่อการรักษา

1.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าจากอาการและอาการแสดงมีการประเมินได้ 2 ประเภท คือ

1.6.1 การประเมินโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และการสังเกต (Interviewer and observer rated scale)

1.6.2 การประเมินตนเอง (self- report) ซึ่งมีผู้ที่พัฒนาการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยการสร้างแบบประเมินเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้รับการประเมินตามที่ Matson (1993) Yonkers และ Samson (2000) ได้รวบรวมแบบประเมินภาวะซึมเศร้าทั้ง 2 ประเภทดังนี้

1) การประเมินโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และการสังเกต (Interviewer and observer rated scale)

1.1) การประเมินภาวะซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression) สร้างโดยแฮมิลตัน (Hamilton, 1960) แบบประเมินสร้างเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะแรก แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ เน้นการประเมินด้านอารมณ์ อาการทางกาย มีข้อจำกัดคือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้รับการประเมิน และต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินได้เหมาะสม

1.2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมอนท์โกเมอรีและแอสเบอร์ก (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) สร้างขึ้นโดยมอนท์โกเมอรีและแอสเบอร์ก (Montgomery-Asberg, 1979) แบบประเมินสร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่รุนแรงของโรคซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงผลการรักษา เป็นเครื่องมือเฉพาะทางสำหรับแพทย์หรือผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ คือ ต้องใช้การสัมภาษณ์ ประกอบการสังเกตสภาพจิตใจจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์

2.) การประเมินตนเอง (self- report) การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเองซึ่งนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้ แบ่งเป็น

2.1) Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1965 โดยซุง แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งอาการของการเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมา ประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึก นึกคิด พฤติกรรมและอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และครอบคลุมกับอาการที่กำหนดอาการของภาวะซึมเศร้าไว้ใน DSM-IV มากที่สุด แต่ไม่มีข้อความที่ครอบคลุมอาการทางร่างกายได้อย่างชัดเจน ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้วิธี Split-half ในผู้ป่วยจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สำหรับการศึกษานี้ในการสำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชนโดยใช้วิธี คำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา - ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ

0.79 เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันมากในการประเมินความรุนแรงของอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้ใช้ข้อความง่ายๆ เหมือนแบบของเบคแต่ไม่ครอบคลุม

2.2) Center for Epidemiologic Studies Scale (CES-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดย Radloff (1977) สร้างขึ้นมาเพื่อวัดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน แบบประเมินนี้มี 20 ข้อ ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินของซุง และแบบประเมินของเบค เป็นต้น แบบประเมินนี้ใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ผู้สร้างใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มประชากรทั่วไป หรือกลุ่มประชากรในชุมชน จะได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 การหาค่าความเชื่อมั่นแบบ Split-half ก็จะได้ค่าความเชื่อมั่นสูงเช่นกัน คือมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.77 – 0.92 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเอง จุดประสงค์ของการใช้แบบประเมินนี้ ก็เพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชากรในชุมชน หรือเพื่อศึกษาการดูแลเบื้องต้น

2.3) Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 โดย Beck (1961) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่น และในผู้ใหญ่ ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับหรือเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ข้อความในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างทำจิตวิเคราะห์บำบัด ข้อคำถามด้านเจตคติและอาการแสดงได้จากกลุ่มผู้ป่วยนี้ โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็นข้อความและจัดลำดับของแต่ละข้อความประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อจะมี 4 หรือ 5 ข้อความที่อธิบายถึงอาการที่แสดงจากระดับต่ำถึงระดับสูง มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ในแต่ละข้อ คือ ตั้งแต่ 0 คะแนนถึง 3 คะแนน Beck ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman-Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นสูงอย่างสม่ำเสมอ แบบทดสอบนี้ใช้ในการวิจัยมา 25 ปี Beck และคณะพบว่า เมื่อใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73 ถึง 0.90 แบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูง สม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือกลุ่มคนปกติ

2.4) Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย พัฒนาขึ้นในปี 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย ได้พัฒนาแบบความเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยมีรากฐานมาจาก Geriatric Depression Scale ของเยซาเวจ และคณะ (Yesavae, et.al) ซึ่งมีคะแนนรวม 0 – 30 คะแนน ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนรวม ระหว่าง 0 – 12 คะแนน เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย คะแนนระหว่าง 13 – 18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 19 – 24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนนระหว่าง 25 – 30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยเครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับประชากรตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศ พบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบ คือ 10.09 นาที หาค่าความคงที่ภายในด้วยวิธี KR20 เท่ากับ 0.93 (นุสรานามเดช, 2539)

โดยในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) ที่ย่อว่า TGDS พัฒนาขึ้นในปี 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย ได้พัฒนาแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยมีรากฐานมาจาก GDS (Geriatric Depression Scale) ของ Yesavage และคณะ (Yesavage et.al, 1963) ซึ่งมีความไวในการวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.7 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่ เมื่อมีอาการสิ้นหวังจะนำไปสู่อาการซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้านอกจากลดอาการเศร้าแล้ว การลดความสิ้นหวังเป็นการช่วยลดปัจจัยที่นำไปสู่อาการซึมเศร้า การพยาบาลจิตเวชจึงเน้นที่การพยาบาลแบบองค์รวมที่เน้นการใช้กระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยากระบวนการทางประสาทชีววิทยาและการปฏิบัติการพยาบาลทางจิตสังคมเช่นการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้เน้นกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้ (อรพรรณลีอนุญธวัชชัย, 2545)

1.7.1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าผู้ป่วยที่มีอารมณ์แปรปรวน ระยะเวลาซึมเศร้าเพื่อกำหนดแผนการพยาบาลนั้นจะมุ่งที่ระดับอารมณ์เศร้าว่าอยู่ที่ระดับใด โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ (affective) พบอารมณ์หงุดหงิดผิดหวังเศร้าใจ 2) ด้านพฤติกรรม (behavior) แสดงพฤติกรรมเศร้าเสียใจร้องไห้ 3) ด้านความคิด (cognitive) มักมีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งความคิดในการทำร้ายตนเอง 4) ด้านสรีรวิทยา (physiological) พบความเหน็ดเหนื่อยอ่อนล้าการรับประทานอาหารการนอนและการดูแลสุขอนามัยโดยพิจารณาว่าระดับอารมณ์เศร้าอยู่ในระดับเศร้าตามสถานการณ์เศร้ายกระดับต่ำ เศร้ายกระดับปานกลางหรือเศร้ายกระดับรุนแรง

1.7.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาลจากข้อมูลที่ประเมินได้ทำให้พยาบาลสามารถที่จะกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อวางแผนการพยาบาลโดยพิจารณาความเสี่ยงด้านต่างๆโดยเฉพาะ 1) เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น 2) มีกระบวนการคิดและมองตนเองไปในทางลบ 3) มีความพร้อมในการปฏิสัมพันธ์กับสังคม 4) มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมและมองอนาคตไปในทางลบ การช่วยตนเองไม่ได้จากการรู้สึกไม่มีแรงในการทำกิจกรรม

1.7.3 การวางแผนการพยาบาล โดยในการวางแผนการพยาบาลนั้นมีทั้ง 1) แผนระยะสั้นจะมุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อโดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตามสภาพผู้ป่วยแต่ละรายเน้นการสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัวโดยช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสมมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีและพัฒนาคุณค่าในตนเองซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดีมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและเพิ่มคุณค่าในตนเอง และ 2) แผนระยะยาวที่มุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องและเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคตโดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตของตนเองโดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณค่าใน

ตนเองสนับสนุนความสามารถในการทำงานการเผชิญปัญหาและการปรับตัวในครอบครัวและสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่จะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายและความพึงพอใจของตนโดยเน้นการส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน

1.7.4 การปฏิบัติการพยาบาลเน้นหลักการที่สำคัญดังนี้

1) การป้องกันอันตรายผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวพยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิดจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดภัยจากสิ่งของผู้ป่วย จะใช้เป็นอาวุธ

2) การใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

3) การสอนผู้ป่วยใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆเช่นการสอนการปรับตัวต่อปัญหาการปรับตัวในสังคมการพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออกการฝึกการคลายเครียดรวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4) การให้คำปรึกษาเน้นการให้คำปรึกษาการปรับตัวการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่างๆทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัวรวมถึงการดำเนินชีวิตในสังคม

5) การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมการฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสมการฝึกและฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคมการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

6) การแนะนำในเรื่องการป้องกันอันตรายเพราะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง แนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก็คือ ได้รับการดูแลเรื่องสุขอนามัยให้ได้รับความสุขสบาย การดูแลเรื่องการได้รับยาตามแผนการรักษามีความปลอดภัย ไม่ทุกข์ทรมานลดภาวะแทรกซ้อนจากการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ในการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวทุกขั้นตอนพยาบาลต้องใช้เทคนิคหลักการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจมีการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมโดยมุ่งเน้นการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้อย่างไรก็ตามต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญแม้จะกำหนดแผนการพยาบาลไว้อย่างดีแล้ว พยาบาลต้องสังเกตทบทวนและประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

1.7.5 การประเมินผลการพยาบาล เป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ดำเนินการไปแล้วว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใดเมื่อพิจารณาการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อส่งเสริม สุขภาพจิต และพัฒนาคุณภาพชีวิตพบว่าทุกวิธีการในการบำบัดโรคซึมเศร้าพยาบาลมีอิสระที่จะปฏิบัติบทบาทในการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Intervention) ตั้งแต่การบำบัดด้วยยา แม้พยาบาลจะไม่มีสิทธิตามกฎหมายในการสั่งการรักษาด้วยยาด้านเศร้าแต่บทบาทอิสระ ที่พยาบาลให้การบำบัดทางการพยาบาลได้ คือ การให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาและมีความรู้สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาได้ เมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลผลที่ตามมา คือ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

1.7.6 ผลลัพธ์ที่คาดหวังการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงนั้น จำเป็นต้องมีผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจสังคม ดังต่อไปนี้

1) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

2) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับการการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัว และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

3) ผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ การรักษาที่ต่อเนื่องและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตอื่นๆ จะสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการดูแลที่ต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยไม่มีภาวะกลับเป็นซ้ำก็จะส่งผลตัวผู้ป่วยเองที่ไม่ต้องกลับมาอนในโรงพยาบาล ส่งผลต่อผู้ป่วยและญาติทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจต่อการให้บริการ

ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและขั้นตอนในลักษณะให้คำแนะนำสอน ให้การปรึกษาประคับประคองรวมถึงการ ฝึกทักษะ สามารถค้นหาปัญหาความต้องการวางแผนดูแล กิจกรรมการดูแลตนเองตลอดจนทราบและรู้จักใช้ทรัพยากรภายใน และภายนอกของคนที่มียุให้เกิด ประโยชน์สูงสุดเพื่อการพัฒนาทางพฤติกรรมความคิดในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างถูกต้องเหมาะสม การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้ องค์ความรู้ และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – based Nursing Practice) และการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากองค์ความรู้ผลการวิจัย ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชได้เกิดการพัฒนามาบทบาทต่างๆ ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ (Advanced Practice Nurse: APN) ดังต่อไปนี้

1. สมรรถนะในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การประเมินผลการวินิจฉัย วิเคราะห์ ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประเมิน สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนำข้อมูลด้านระบาดวิทยาสถิติของผู้ป่วยที่มา รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล และ วิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคซึมเศร้า ที่เกี่ยวข้องกับการปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อ การเกิดความสิ้นหวังและนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนในการปฏิบัติการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการและปัญหาใน ผู้ป่วยแต่ละราย

2. สมรรถนะในการให้ความรู้การสอนการชี้แนะแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องที่เกี่ยวกับโรค ซึมเศร้าทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าและการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

3. สมรรถนะเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วย และพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับการพัฒนา ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทั้งให้ในระหว่างการ

ดำเนินการ และเมื่อผู้ป่วยพบปัญหาที่ต้องการการช่วยเหลือหลังจากทำการศึกษาในระหว่างที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

4. สมรรถนะในการประสานงานกับโรงพยาบาลต่างๆคือ ผู้อำนวยการหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลคณะกรรมการด้านการวิจัยโดยชี้แจงความเป็นมา ความสำคัญของปัญหาวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินงานเพื่อประสานขอความร่วมมืออำนาจความสะดวกในการศึกษาวิจัย

5. สมรรถนะการเป็นผู้นำโดยศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้ได้ประสิทธิภาพคุ้มค่าใช้จ่าย ตลอดจนการลดและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในบุคคลที่มีแนวโน้มการป่วยหรือป่วยซ้ำด้วยโรคซึมเศร้า พัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง เฝ้าระวังปัญหา และการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งการปฏิบัติพยาบาลดังกล่าว ถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวชเนื่องจากที่ผ่านมา แม้ว่าบุคลากรทีมสุขภาพจิตรับรู้ถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

6. สมรรถนะการนำผลงานวิจัยมาใช้จากการศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรม จากเอกสารวิชาการและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องช่วยสนับสนุนปัญหาความคิดด้านลบหลัก 3 ประการ โครสร้างความคิดผิดปกติ และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคซึมเศร้า แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสาเหตุของโรคข้างต้น ทำให้เกิดการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม และเกิดการป่วยซ้ำ การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องรับหาแนวทางการแก้ไขเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สรุปได้ว่าบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคือสมรรถนะผู้ให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ตามสมรรถนะหลัก และบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อพัฒนาการรักษา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของการพยาบาล คือการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ายาลดลง ป้องกันการป่วยซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง และการเสริมสร้างความหวัง

2.1 ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

ความหวังเป็นกระบวนการของความคิด การรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออกและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการคาดหวังต่อเหตุการณ์ที่ต่อเนื่อง และความเชื่อมั่นในโน้ตางบวก ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจว่าการกระทำของตนจะนำไปสู่ความเป็นไปได้ที่จะประสบผลสำเร็จในสิ่งที่มุ่งหวังในอนาคต (Hert, 1990; Miller, 1992; Stephenson, 1991) ความหวังยังเป็นแรงขับของชีวิตที่มีความเป็นพลวัต สามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ตลอดเวลา (Dufault & Martocchio, 1985; Johnson, Dahlen & Robert, 1997) ประกอบไปด้วยหลายมิติ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรู้สึกเชื่อมั่นที่จะบรรลุถึงผลสำเร็จ แม้ว่าจะมีความไม่มั่นใจหรือตกอยู่ในสภาพที่มีความไม่แน่นอนก็ตาม (Dufault & Martocchio, 1985)

ความหวัง เป็นองค์ประกอบสำคัญของชีวิตไม่ว่าบุคคลจะอยู่ในวัยใดก็ตาม (Novotny, 1989) เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำใดๆ ที่ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ยุ่ยาก ความเครียด รวมทั้งการปรับตัวต่อความเศร้าโศก การพลัดพราก ความเบื่อหน่าย ความล้มเหลว ความรู้สึกโดดเดี่ยว และความทุกข์ทรมานต่างๆ ได้ (Lange, 1978) นอกจากนี้แล้ว ความหวัง ยังมีส่วนสำคัญในกระบวนการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของชีวิตและภัยคุกคามที่มีผลต่อเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยความหวังจะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตและภัยคุกคามต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lang, 1978; Morse & Doberneck, 1995) ทั้งนี้จากการศึกษากับผู้ป่วยและผู้ดูแลรักษาพบว่า ความหวังสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นจึงมีการนำความหวังมาใช้รักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะมีความหวังกับชีวิต และจากการค้นคว้าของนักจิตวิทยา ได้ผลมาว่า หากบุคคลรู้ว่าตนเองคาดหวังอะไรในชีวิตและพยายามที่จะทำให้เป็นจริงขึ้นมา ก็แสดงว่าเขามีความหวัง

ความหวังเป็นพลังภายในที่สำคัญของบุคคลในการที่จะตอบสนองหรือปรับสภาพต่างๆ ของร่างกายและจิตใจ เพื่อมุ่งไปสู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขในการดำเนินชีวิต บุคคลที่มีความหวังจะเป็นผู้ที่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Nowotny, 1989; Rustoen, 1995) ความหวังมีความสัมพันธ์กับการมีความหมายและคุณค่าในชีวิต (Miller, 1985; Forbes, 1994) “ความหวังเป็นส่วนประกอบสำคัญในการเจริญเติบโตและพัฒนาการ” (Stephenson, 1991) ความหวังมีอิทธิพลต่อกระบวนการหายกลับสู่ปกติ (healing process) ช่วยป้องกันความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ และช่วยส่งเสริมการปรับตัว (Miller, 1992) และเปรียบเสมือนอำนาจที่แฝงอยู่ในตัวบุคคล ช่วยให้บุคคลมีความเข้มแข็งทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (McGee, 1984; Herth, 1989) คนทุกคนจะมีความหวังอยู่ในระดับหนึ่งเสมอ แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่ยุ่ยากเพียงใด ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยก็ตาม (Herth, 1989) ความหวังเป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์ของแต่ละบุคคลที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของเวลา เป็นคำ ที่อธิบายให้เห็นชัดเจนได้ยาก (Hinds, 1984)

ความหมายของความหวังได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

McGee (1984) กล่าวว่า ความหวังเป็นแรงจูงใจหรือพลังภายในตัวบุคคล ก่อให้เกิดการกระทำในแนวทางที่สนับสนุนเป้าหมายของความหวัง

Beck และคณะ (1984) กล่าวว่า ความหวังเป็นสภาวะทางจิตใจที่แสดงออกในลักษณะของความปรารถนาที่จะได้มา หรือประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย เป็นความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่าถ้าหากสิ่งที่เขาปรารถนานั้นบรรลุความมุ่งหมาย ชีวิตของเขาก็จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหรือสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ บุคคลที่ขาดความหวังจะมองไม่เห็นหนทางว่าชีวิตข้างหน้าจะเปลี่ยนแปลงไปได้หรือดีขึ้นอย่างไร ไม่มีหนทางแก้ไขปัญหา หรือแม้แต่จะหาทางออกจากความลำบากที่กำลังเผชิญอยู่

Dufault and Martocchio (1985) กล่าวว่า ความหวังเป็นแรงขับที่เป็นพลวัตของการมีชีวิตอยู่ซึ่งมีหลายมิติ และมีลักษณะของความเชื่อมั่นในความคาดหวังต่อผลสำเร็จที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

Herth (1989) กล่าวว่า ความหวังเป็นภาวะทางด้านจิตใจ ที่ถูกกระตุ้นให้เกิดพลังงาน โดยแสดงออกในลักษณะของการกระทำ และคาดหวังในทางบวกว่าจะสามารถไปถึงจุดหมายในอนาคต หรือความต้องการของตนเองได้

Miller (1992) กล่าวว่า ความหวังเป็นความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่าจะได้ในสิ่งที่ตั้งตาม ที่ตนคาดหวังหรือปรารถนาให้เกิดขึ้นในอนาคตหรือหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานต่างๆ ซึ่งความคาดหวังนี้เปรียบเสมือนความพร้อมภายในบุคคล ที่จะก่อให้เกิดการแสดงออกในเรื่องต่างๆ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ความรู้สึกถึงศักยภาพของตนเอง ความสามารถในการเผชิญปัญหา ความเข้มแข็งมุ่งมั่นของจิตใจ การมีเป้าหมายในชีวิต รวมถึงความรู้สึกที่เป็นไปได้

Snyder (1994) ให้ความหมายของความหวังไว้ว่าเป็นการตอบสนองพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับชีวิตมนุษย์ เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องของกลุ่มความคิด (Cognitive set) อันประกอบไปด้วยพลังแห่งความตั้งใจ และพลังแห่งแนวทางของบุคคลในการไปถึงเป้าหมาย

สรุปได้ว่า ความหวัง หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงความเชื่อมั่นว่าจะได้ในสิ่งที่ตั้งตาม ที่ตนคาดหวังหรือปรารถนาให้เกิดขึ้นในอนาคต หรือหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานต่างๆ ซึ่งความหวังเปรียบเสมือนความพร้อมภายในบุคคล เป็นแรงขับที่เป็นพลวัตของการมีชีวิตอยู่ และก่อให้เกิดการแสดงออกในเรื่องต่างๆ เป็นพลังทางบวกทำให้บุคคลมีจิตใจที่เข้มแข็งมุ่งมั่นและมีพลังในการกระทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดความหวังของ Snyder (1994) ซึ่งได้ให้ความหมายของความหวังไว้ว่า เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องของกลุ่มความคิดที่มุ่งเป้าหมาย (goal – directed thing) ซึ่ง Snyder กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมาย (goal-directed behavior) ออกมาได้ นั้นจะต้องผ่านกระบวนการของความคิดที่มุ่งเป้าหมายหรือความหวังก่อน โดยมี 2 องค์ประกอบ คือ

1. พลังแห่งความตั้งใจ (willpower) เป็นการคิดที่เต็มไปด้วยความตั้งใจที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย เช่น การคิดว่า ฉันสามารถ ฉันจะพยายาม ฉันพร้อมที่จะทำมัน ฉันจะได้ในสิ่งที่ฉันทำ เป็นต้น ซึ่งความคิดเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าเขาสามารถที่จะริเริ่มและคงไว้ซึ่งการกระทำที่นำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ พลังแห่งความตั้งใจไม่เพียงแต่จะช่วยผลักดันให้บุคคลไปสู่เป้าหมายเท่านั้น แต่ยังช่วยให้บุคคลเอาชนะอุปสรรคที่ขวางกั้นไปสู่เป้าหมายอีกด้วย

2. พลังแห่งแนวทาง (waypower) เป็นการคิดเพื่อวางแผนหาแนวทางหรือวิธีการที่จะนำบุคคลไปถึงเป้าหมาย รวมถึงการมีความคิดที่ยืดหยุ่นในการหาแนวทาง กล่าวคือ เมื่อประสบปัญหาหรือพบอุปสรรคในแนวทางเดิม ก็สามารถหาแนวทางใหม่ที่จะไปสู่เป้าหมายได้ บุคคลที่มีพลังแห่งแนวทางสูงจะสามารถหาแนวทางได้หลายแนวทางในการบรรลุเป้าหมาย โดยสามารถเปลี่ยนแนวทางเหล่านี้ให้เหมาะสมกับเป้าหมายและอุปสรรคที่เขาเผชิญอยู่

องค์ประกอบทั้งสองต่างเป็นสิ่งจำเป็นในการนิยามความหวัง ถ้ามีเพียงองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ก็ไม่เพียงพอที่จะนิยามความหวังได้ โดยกระบวนการของความหวังไม่จำเป็นว่า จะต้องพลังแห่งความตั้งใจเกิดก่อนพลังแห่งแนวทางเสมอไป แต่สามารถเกิดสลับกันเป็นกระบวนการต่อเนื่องกันไปตลอดระยะเวลาของการแสดงพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมาย

Snyder (1994) ได้อธิบายกระบวนการคิดที่ทำให้เกิดความหวังของบุคคล ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (set goals) 2) การพัฒนาวิธีการเฉพาะเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้นๆ (pathway thinking) และ 3) การสร้างและคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการปฏิบัติ (agency thinking) โดยอธิบายว่า

1. เป้าหมาย (Goals) เป็นจุดสิ้นสุดของพฤติกรรมที่วางแผน (Snyder, 1994; Snyder et al., 1999) และเป็นอะไรก็ตามที่บุคคลปรารถนาที่จะได้มา ที่จะทำให้เกิดขึ้น ต้องการเป็น หรือมีประสบการณ์ในสิ่งนั้น (Snyder, 2002) ในทฤษฎีความหวัง กรอบแนวคิดของเป้าหมายเป็นแหล่งพลังงานหลักของอารมณ์ ผลของอารมณ์ด้านบวกจะทำให้เกิดการรับรู้ถึงการบรรลุเป้าหมาย แต่ผลของอารมณ์ด้านลบทำให้เกิดการรับรู้ถึงความล้มเหลวที่จะไปสู่เป้าหมาย การเชื่อมโยงระหว่างการบรรลุเป้าหมายและอารมณ์ทางบวกทำให้หาหนทางที่จะไปสู่เป้าหมายได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้การวางเป้าหมายที่เหมาะสมจะต้องไม่ยุ่งเกินไปหรือเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นแน่นอน ควรเป็นสิ่งที่มีความยากในระดับปานกลางเพื่อให้เกิดการวางแผนและการปฏิบัติที่จะไปสู่เป้าหมายนั้นๆ

2. การคิดวางแผนสู่เป้าหมาย (Pathways Thinking) เป็นการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการระบุ และพัฒนาหนทางไปสู่เป้าหมาย (Snyder, 1994) บุคคลจะเกิดการคิดวางแผนสู่เป้าหมายเมื่อค้นหาเป้าหมายของตนเองเจอ และวางแผนที่จะประสบความสำเร็จ บุคคลที่มีความหวังสูง สร้างหนทางมากมายที่จะบรรลุเป้าหมาย โดยมีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาแผนการเพื่อเอาชนะอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น

3. การสร้างและคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการปฏิบัติ (agency thinking) เป็นการคิดพิจารณาความสามารถของตนเองในการเริ่มต้นที่จะปฏิบัติ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามหนทางที่วางแผนไว้เพื่อไปสู่เป้าหมาย (Snyder et al., 1999) เป็นความคิดที่สะท้อนกลับตนเองในทางบวก เช่นการพูดกับตัวเองในทางบวกว่า “ฉันสามารถทำสิ่งนี้ได้” “ฉันจะไม่หยุดทำ” ซึ่งจะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับตนเองในการเริ่ม และปฏิบัติตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในที่สุด

Snyder (1994) นำเสนอแนวทางการบำบัดด้วยความหวัง (The Hope Therapy Protocol) ตามทฤษฎีความหวังโดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัด เรียนรู้วิธีการที่จะทำอย่างไรให้เกิดความหวังโดย

1. สามารถตั้งเป้าหมายที่มีความหมาย วัดผลได้และสามารถบรรลุได้
2. การคิดพัฒนาหาหนทางที่หลากหลายในการที่จะบรรลุเป้าหมายนั้น
3. การระบุแหล่งของแรงจูงใจผลจากการระบายออกของแรงจูงใจ
4. การติดตามความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมาย
5. การปรับเปลี่ยนเป้าหมายและหนทางหากมีความจำเป็น

โดยการศึกษาของ Jennifer และคณะ (2006) ได้นำแนวคิดความหวังของ Snyder (1994) มาใช้เป็นพื้นฐานในการออกแบบโปรแกรมการรักษาพยาบาลกลุ่มตามแนวทางการบำบัดด้วยความหวัง (The Hope Therapy Protocol) ในผู้ป่วยจิตเวชพบว่า สามารถลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวทางการบำบัดด้วยความหวังตามกรอบแนวคิดความหวังของ Snyder (1994) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาลเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยคาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีความคิดเกี่ยวกับอนาคตในทางบวกและมีความแข็งแกร่งทางจิตใจ

เพิ่มมากขึ้น โดยมีความคิดเกี่ยวกับความหวังที่เพิ่มขึ้น การให้ความหมายในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลงได้

สิ่งที่เกิดก่อนความหวัง ได้แก่ ความเชื่อในศาสนา เหตุการณ์หรือประสบการณ์ทางบวกในอดีต ความไว้วางใจ ความรู้สึกมั่นใจ คุณสมบัติทางบวกของบุคคล ได้แก่ ความกล้าหาญ ทักษะที่ดี การมองโลกในแง่ดี สิ่งที่มีความสำคัญต่อบุคคล หรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด (Miller, 1992; Forbes, 1994) **สิ่งที่เกิดพร้อมกับความหวัง** ได้แก่ ความเชื่อ ความศรัทธา ความรัก ความไว้วางใจ ความกล้าหาญอดทนความไม่แน่ใจ ความรู้สึกสงบ ความสนุกสนาน การมีส่วนร่วม และการมีภาวะสุขภาพที่ดี (Dufault, 1981 cited in Miller, 1992) และ**สิ่งที่เกิดภายหลังการมีความหวัง** Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ความหวังเป็นลักษณะหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการประเมินตัดสินและส่งผลต่อการเผชิญความเครียดกับการเลือกกลวิธีในการเผชิญความเครียดไม่ว่าจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ก็ตาม ดังนั้น การเผชิญความเครียดจึงเป็นสิ่งที่เกิดตามมาจากการมีความหวัง

ระดับของความหวัง

Miller (1992 ; อ้างใน พรนิภา หาญละคร, 2552) ได้แบ่งระดับของความหวังไว้ 3 ระดับด้วยกัน คือ

ความหวังระดับที่ 1 ความหวังในระดับนี้พบได้บ่อย เป็นความปรารถนาทั่วๆ ไปในลักษณะผิวเผินไม่จริงจังเท่าใดนัก เป็นระดับการมองโลกในแง่ดี เสมือนกับความปรารถนาที่จะได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวัน ถ้าความหวังในระดับนี้ไม่เป็นความจริง ความสิ้นหวังจะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย บุคคลจะรู้สึกไม่พอใจในระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ไม่จำเป็นต้องใช้พลังทางจิตในการปรับตัว

ความหวังระดับที่ 2 เป็นความหวังที่เกิดจากความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มุ่งหวังที่จะพัฒนาตนเองไปในทางที่ดีและเหมาะสม และมีความหวังที่จะให้ตนเองประสบความสำเร็จ ถ้าหากความหวังในระดับนี้ถูกขัดขวางจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งแสดงออกเป็นความรู้สึกวิตกกังวล เมื่อผิดหวังบุคคลจะต้องใช้พลังทางจิตในการปรับตัวมากกว่าความหวังระดับแรก ความวิตกกังวลจะลดลงหรือหมดไปก็ต่อเมื่อบุคคลตั้งความหวังใหม่ขึ้นมาแทน

ความหวังระดับที่ 3 เป็นความหวังระดับสูงสุดของบุคคลความหวังระดับนี้เกิดจากความทุกข์ทรมาน ความยุ่งยากใจ ซึ่งบุคคลหวังที่จะหลุดพ้นจากความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ความยากลำบากนั้นความหวังระดับนี้เป็นแหล่งพลังงานสำคัญของมนุษย์ในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง และความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต หากบุคคลไม่สมหวังในระดับนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยหน่าย เลิกล้มที่จะแก้ไขปัญหา และรู้สึกสิ้นหวัง บุคคลจะใช้พลังทางจิตทั้งภายในตนเองและจากบุคคลอื่นมากเพื่อช่วยในการปรับตัว

จากระดับของความหวังที่กล่าวมาทั้ง 3 ระดับนี้ จะเห็นว่าความหวังในระดับที่ 1 และ 2 สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไป แต่ความหวังระดับที่ 3 เป็นความหวังที่มีพลังแรงกล้า สำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า จึงต้องมีความหวังเพื่อใช้เป็นแหล่งพลังงานในการปรับตัว ซึ่งจะทำให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีหลายๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับของความหวังของบุคคล เช่น ความสามารถทางปัญญา (Snyder, 1994) แรงสนับสนุนทางสังคม (เรณุการ์ ทองคำรอด, 2541; Foote, Piazza, Holcomb, Paul, & Daffin, 1990; Gaskins & Forte, 1995, Snyder, 1994)

ภาวะสุขภาพกายและความเจ็บป่วย (Gaskins & Forte; 1995, Raleigh, 1992; Snyder, 1994) ประสบการณ์ความสำเร็จที่ผ่านมาทั้งของตนเองและบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย (Snyder, 1994) ความเชื่อความศรัทธาและอำนาจเหนือตน เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ พระผู้เป็นเจ้า หรืออำนาจต่างๆ ที่อยู่เหนือการทำนาย จะสามารถช่วยทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งจะทำให้เกิดความหวังตามมา (Dufault & Martocchio, 1985) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความหวัง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลบางประการ เช่น เพศหญิงจะมีความหวังสูงกว่าเพศชาย (Stoner, 1997) และรายได้สถานภาพสมรส การรับรู้ถึงความสิ้นหวังเป็นต้น Kirkpatrick, Landeen, Woodside, and Byrne (2001) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความหวังเป็นสิ่งสำคัญต่อการหายของโรค เป็นความรู้สึกในการติดต่อบุคคลอื่นๆ ทั้งกับครอบครัวหรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จะสนับสนุนความรู้สึกมีความหวัง คล้ายกับการศึกษาของ Czuchta and Johnson (1998) ที่ให้เหตุผลว่า ความหวังเป็นศูนย์กลางของกระบวนการหายตามความรู้สึกของตัวผู้ป่วยเองกับการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง การศึกษาในผู้ดูแลครอบครัว (Bernheim, Lewine, & Beale, 1984; Bland, 1997; Terkelsen, 1987; Wasow, 1995) พบว่า การระบุมความหวังในผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญมากในกระบวนการเผชิญปัญหาในระยะยาวกับการเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัว Hatifield and Lefley (1993) และ Darlington and Bland (1999) อธิบายว่าแรงผลักดันที่สำคัญของครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพ เป็นเสมือน “ผู้ส่งความหวัง” (hope carriers) ให้แก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง ดังนั้น การจะส่งเสริมให้เกิดความหวังในผู้ป่วยจึงควรดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความหวังในผู้ป่วย

2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความหวัง

Snyder (1994) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อระดับความหวังของบุคคลไว้หลายประการ สรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถทางปัญญา คือความสามารถในการประเมินสถานการณ์ที่คุกคาม และการรับรู้ความสามารถ หรือศักยภาพศักยภาพของตนในการรับมือกับสถานการณ์นั้น เมื่อเกิดสถานการณ์เลวร้ายหรือคุกคามต่อบุคคล บุคคลที่มองว่าสถานการณ์นั้นมีทางออก มีทางแก้ไข หรือบุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีแนวทางสามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ จะเป็นบุคคลที่มีความหวังในระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิดความหวังของ Nowotny (1989) ที่กล่าวว่า ความหวังเกี่ยวข้องกับการรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถที่จะควบคุมและมีทางเลือกในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ตน

2. แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่บุคคลได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว เพื่อน ทำให้บุคคลได้รับการยอมรับความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ รวมถึงการยอมรับจากสังคม การได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ เหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bland and Darlington (2002) ที่พบว่า ครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ทำให้เกิดความหวังของผู้ป่วยทางจิตและความหวังมีผลต่อการหายของโรค ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพจึงควรตระหนักถึงบทบาทในการที่จะส่งเสริมความหวังให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

3. ภาวะสุขภาพกาย หมายถึง สภาวะของร่างกายที่มีความสมบูรณ์ แข็งแรง เจริญเติบโต อย่างปกติ ระบบต่างๆของร่างกายสามารถทำงานได้เป็นปกติและมีประสิทธิภาพ ร่างกายมีความ ต้านทานโรคได้ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและความทุพพลภาพ Snyder มองว่า สุขภาพกายเป็น เป้าหมายพื้นฐานในการนำไปสู่เป้าหมายอื่นๆ เนื่องจากร่างกายกับจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่าง ไกล่ชิด บุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ย่อมมีพลังใจที่จะคิดหาแนวทางไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ รวมถึงมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้นั้นด้วย

4. ประสบการณ์ของความสำเร็จในอดีตของตนหรือของบุคคลอื่น หรือความสามารถเอาชนะ อุปสรรคในการไปสู่เป้าหมายได้ โดยเฉพาะประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการกระตุ้นและเสริมสร้างให้บุคคลเกิดความหวัง

จะเห็นได้ว่า การที่บุคคลจะมีความหวังหรือรู้สึกหมัดหวังนั้น มีปัจจัยหลายประการเข้ามา เกี่ยวข้องซึ่งปัจจัยต่างๆดังกล่าว ก็มีประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความหวังให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัวที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้สามารถ เผชิญกับภาวะของโรคได้อย่างเหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความหวังต่อไป

2.3 การประเมินความหวัง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินระดับความหวังของ Snyder (1994) โดยเครื่องมือวัดความหวัง(Hope Scale) ตามแนวคิดของ Snyder นำไปทดลองใช้ครั้งแรกกับ นักศึกษามหาวิทยาลัย Kansas จำนวน 384 คน โดย Harris (1998) cited in Snyder et al. (1991) และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางจิตในโรงพยาบาล 2 แห่งจากนั้นนำ เครื่องมือมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74 -.84 และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบซ้ำ(test - retest reliability) ได้ค่าความสัมพันธ์ของการวัดสองครั้งเท่ากับ .80 และจากกาตรวจสอบความ เทียงตรงด้านโครงสร้าง (Construct validity) ของแบบวัดพบว่าสามารถทำนายพฤติกรรมที่มุ่ง เป้าหมาย (Gold - directed behavior) ได้ โดย อังคณา หมอนทอง (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังกับพฤติกรรมการ ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้สร้างแบบวัดความหวังขึ้นเป็นแบบวัดชนิดมาตรา ส่วนประมาณค่า 4 อันดับ จำนวน 10 ข้อ โดยศึกษาค้นคว้าตามกรอบแนวคิดความหวังของ Snyder แบบวัดความหวังมีคำถามครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 2 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) พลังแห่ง แนวทาง 2) พลังแห่งความตั้งใจ ซึ่งความหวังตามแนวคิดของ Snyder เป็นกระบวนการคิดที่มุ่งไปสู่ เป้าหมายอันจะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่มีเป้าหมายของบุคคลตามมา อีกทั้งความหวังเป็นปัจจัยที่ ส่งเสริมและพัฒนาได้ (Snyder, 1994; 1995) ความหวังจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่ควรตระหนักถึง เพื่อ ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกนำแบบวัดความหวังของ อังคณา หมอนทอง(2549) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากมีความสอดคล้องกับทฤษฎีที่ศึกษาโดยปรับข้อ คำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งคาดว่าจะสามารถใช้ ประเมินความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพตามกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

2.4 ความสิ้นหวังและความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ความสิ้นหวังเป็นคำที่มีผู้นำไปใช้ได้หลากหลายทั้งในด้านจิตวิทยาและทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ในด้านจิตวิทยา ความสิ้นหวังอาจเป็นได้ทั้งคุณลักษณะเฉพาะและสภาวะทางอารมณ์ มีแนวโน้มที่เกี่ยวกับความสิ้นหวังบุคคลที่มีคุณลักษณะเฉพาะจะมีอารมณ์ความรู้สึกสิ้นหวังเกิดขึ้นได้ หรือเป็นสถานการณ์เชิงลบที่ขาดความหวัง เช่น การเจ็บป่วยระยะสุดท้ายทำให้บุคคลมีความคาดหวังในอนาคตเชิงลบ ความคาดหวังในลักษณะนี้เกิดขึ้นได้โดยมีเหตุการณ์ภายนอกและภายในมากระตุ้นและนำไปสู่ความคิดเชิงลบการคาดหวังผลลัพธ์ทางลบในอนาคต เช่น ขาดความหวัง ขาดความกระตือรือร้น ขาดที่ปรึกษา ขาดแรงจูงใจ รวมทั้งความคาดหวังเชิงลบของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงเกี่ยวกับอนาคต ในทางการแพทย์ ความสิ้นหวังเป็นภาวะตอบสนองทางจิตวิทยาที่มีต่อการเจ็บป่วยทางกาย มองตนเองว่ามีข้อจำกัดและไม่สามารถใช้หรือสามารถเปลี่ยนแปลงข้อจำกัดนั้นได้ (Dunn , 2005)

2.4.1 ความหมายของความสิ้นหวัง

เยาวลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์ และลัดดา แสนสีหา(2539) ได้ให้ความหมายของ ความสิ้นหวัง (Hopelessness) ว่า เป็นภาวะทางอารมณ์ที่แสดงถึงความรู้สึกไร้หนทางต่อการดำเนินชีวิตจนทำให้ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ระยะต่างๆได้และรู้สึกว่าไม่สามารถเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมได้อย่างฉับพลัน โดยมีการแสดงออกทั้งทางความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม

Beck (1987) อธิบายการเกิดความสิ้นหวังว่า ความรู้สึกสิ้นหวังเกิดจากการที่บุคคลมองตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือประสบการณ์และอนาคตไปในทางลบ

Abramson, Metalsky and Alloy (1989) ความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแบบแผนการคิดในการมองตนเอง มองโลก มองอนาคต ในเชิงลบที่แสดงออกทั้งทางด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมต่าง ๆ ไปในทางลบ

Metalsky and Joiner (1992) ที่อธิบายความสิ้นหวังไว้ว่า ความสิ้นหวังมาจากปัจจัยเกี่ยวกับกระบวนการคิดของบุคคล เมื่อประสบเหตุการณ์ที่สะเทือนใจในชีวิต

Farran, Herth and Popovich (1995) อธิบายความสิ้นหวังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าโดยมีเหตุการณ์ที่ไม่ดีเป็นตัวกระตุ้น เช่น ความสูญเสีย ความผิดหวังจากสิ่งที่ตนเองตั้งเป้าหมายไว้

Hankin , Abramson and Siler (2001) อธิบายว่า ความสิ้นหวังเป็นลักษณะทางความคิดของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารูปแบบหนึ่งที่มองตนเองมีความไม่มั่นคง ไม่เชื่อมั่นในตนเองเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่คุกคามชีวิต ทำให้รู้สึกท้อแท้ หดหวัง

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน(American Psychiatric Association, 2000) ได้ให้ความหมาย ความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามหลักทางด้านจิตวิทยา หมายถึง ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบและความไร้ประโยชน์ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้

โดยสรุป ความสิ้นหวัง หมายถึง คุณลักษณะหรือภาวะทางอารมณ์เชิงลบของบุคคลเป็นแบบแผนความคิดที่คาดหวังเชิงลบเกี่ยวกับอนาคตก่อให้เกิดความเครียด ที่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ มีความรู้สึกท้อแท้ ไม่มีคุณค่า ไร้ประโยชน์ ความรู้สึกไร้หนทางต่อการดำเนินชีวิต มองตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตไปในทางที่ไม่ดี รวมถึงการคาดการณ์เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในทางที่ไม่ดีด้วยและมีเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิต มองว่าตนเองไม่สามารถที่จะคาดหวังหรือเปลี่ยนแปลงตนเองในสิ่งต่างๆเหล่านั้นในทางที่ดีได้ โดยจะมีการแสดงออกทางความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม

2.4.2 ปัจจัยการเกิดความสิ้นหวัง

การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแบบแผนการคิดในการมองตนเอง มองโลก มองอนาคต ในเชิงลบที่แสดงออกทั้งทางด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมต่างๆ ไปในทางลบปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความสิ้นหวัง (Abramson, Metalsky and Alloy, 1989) ประกอบด้วย

2.4.2.1. ปัจจัยทางตรง (Proximal Factor) หมายถึง ลักษณะทั่วไปของบุคคลทำให้เกิดความสิ้นหวังเป็นความคิดความคาดหวังในตัวบุคคลเองต่อเหตุการณ์ เรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและในอนาคต ให้เป็นไปในทางลบ ได้แก่ 1) การคาดว่าผลที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางลบ คือ การที่มีบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นๆได้และนำมาสู่ผลเชิงลบต่อเหตุการณ์ในชีวิตอื่น ๆ มีการมองเหตุการณ์ต่างๆบิดเบือนไปทั้งตนเอง และสิ่งแวดล้อมในอนาคตไปในทางลบ 2) การคาดว่าสิ่งที่จะเกิดขึ้นไม่มีประโยชน์หรือหมดยกหนทางคือ การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่เป็นความคิดที่เกิดขึ้นต่อตนเอง สังคม สิ่งแวดล้อมโลกและอนาคตร่วมกับการขาดทักษะในการมองปัญหา มองเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นทั้ง ต่อตนเองสิ่งแวดล้อม อนาคตว่าไร้ค่า ไม่มีประโยชน์

2.4.2.2. ปัจจัยทางอ้อม (Distal Factor) หมายถึง สภาพแวดล้อมหรือสังคมนรอบตัวที่กระตุ้นให้เกิดความสิ้นหวัง เป็นเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความเครียดส่งผลต่อการตอบสนองต่อความเครียดในทางลบเกิดเป็นความสิ้นหวัง ได้แก่ 1) เหตุการณ์ที่เป็นตัวชี้วัดเชิงลบ เช่น การเสียชีวิตบุคคลในครอบครัว การทะเลาะกันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว เป็นต้น 2) ประสบการณ์ที่เผชิญกับสถานการณ์ ในทางลบที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกันทางบุคลิกภาพหรือการที่บุคคลที่มีต่อการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นหรือเหตุการณ์เชิงลบอย่างแตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับ ความเปราะบาง ความอดทนต่างๆ ลักษณะเฉพาะภายในตัวบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ที่เข้ามาในชีวิต

ปัจจัยทั้ง 2 เป็นสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดความเครียดและเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นเมื่อเกิดร่วมกันทำให้เกิดความสิ้นหวังเมื่อไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในที่สุด

2.4.3 ลักษณะของความสิ้นหวัง

ความสิ้นหวัง (Hopelessness) เป็นภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่เป็นลบ ที่มองตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตไปในทางลบ มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดจากกระบวนการทางความคิดในด้านลบ เมื่อประสบเหตุการณ์ที่สะเทือนใจในชีวิต 3 ด้าน คือ 1) การให้เหตุผลว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งไม่ดี และพยายามหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญกับสิ่งนั้น 2) มีการคาดการณ์เกี่ยวกับตนเองในทางลบจากสิ่งที่เกิดขึ้น และ 3) คาดว่าจะพบกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายนั้นอีกในอนาคต เมื่อความคิดเหล่านี้เกิดขึ้นร่วมกันจะเพิ่มความรุนแรงจนทำให้เกิดความสิ้นหวังนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Abramson, Metalsky and Alloy,1989) ลักษณะของความสิ้นหวังจึงสามารถแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ ได้แก่

2.4.3.1. มิติด้านความคิด คือ ความคาดหวังเชิงลบต่ออนาคต เช่นความคิดที่มีเดมม ไร้หนทางไร้ค่า อนาคตไม่แน่นอนมองโลกในแง่ร้ายแยกตัวจากสังคมพึ่งพาอาศัยคนอื่น จากกระบวนการคิดไปในเชิงลบ

2.4.3.2. มิติด้านอารมณ์ คือ ความรู้สึกเกี่ยวกับอนาคต ขาดความหวังขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ขาดศรัทธา อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย

2.4.3.3. มิติด้านแรงจูงใจ คือ ความรู้สึกและความคิดเชิงลบของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการเปลี่ยนแปลงอนาคต เช่น มองโลกในแง่ร้าย แยกตัวจากสังคม พึ่งพาอาศัยคนอื่น ไม่สนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (Farran, Herthand Popovich,1995)

2.4.4 ความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีความผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจ โดยแสดงออกทางกาย คือปัญหาเรื่อง การรับประทานอาหาร การนอนหลับความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ทางด้านจิตใจ คือ รู้สึกเหงา หดหู่ สิ้นหวัง เฉื่อยชา กับสิ่งแวดล้อมและอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย ความสิ้นหวัง เป็น สภาวะทางอารมณ์ของบุคคล ที่ทำให้มองตนเอง สิ่งแวดล้อม และ อนาคต ไปในทางที่ไม่ดี เมื่อมีเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิต ทำให้มองว่า ตนเองไม่สามารถที่คาดหวังหรือเปลี่ยนแปลงตนเองใน สิ่งเหล่านั้นในทางที่ดีได้สำหรับในผู้สูงอายุนั้นความสิ้นหวังเป็นแบบแผนความคิดที่คาดหวังเชิงลบเกี่ยวกับอนาคต (Beck, Weissman, Lester & Trexler ,1974) ความสิ้นหวังมีความสำคัญในการทำนายภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ความสิ้นหวังเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ทำให้อาการรุนแรงขึ้นและนำมาซึ่งการฆ่าตัวตาย ความสิ้นหวังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เฉื่อยชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง แยกตัวออกจากสังคม คิดว่าตนเองไร้ค่า และคิดทำร้ายตนเอง (Uncapheret al.1998)

2.4.5 ความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ความหวังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำรงชีวิตของบุคคล (Beckerman & Northrop, 1996) ช่วยให้บุคคลมีความเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในการเผชิญปัญหา ความทุกข์ทรมานต่างๆ และรับรู้ว่ามีสิ่งที่ดีกว่าที่ไม่ใช่สิ่งที่รุนแรงเกินกว่าจะแก้ไขได้ (Stephenson, 1991) เกิดการยอมรับข้อจำกัดของความเจ็บป่วย การสูงอายุ และความตาย (Dufault & Martocchio, 1985; Forbes, 1994) แต่สำหรับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนั้น จะพบว่า มักมีความรู้สึกท้อแท้

สิ้นหวังและคิดว่าตนเองไร้ค่า จนนำไปสู่การคิดทำร้ายตนเอง ความหวังเป็นความต่อเนื่องที่อยู่คนละขั้วกับความสิ้นหวัง สิ่งที่คุกคามความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ทำให้ต้องทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย และจิตใจ เกิดความรู้สึกท้อแท้ โดดเดี่ยว มีความคิดเชิงลบคิดว่าตนเองไร้ค่า และมองไม่เห็นความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป จึงควรมีการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เนื่องจากความหวังเป็นสิ่งจำเป็น ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง และมองเห็นแนวทางในการดำเนินชีวิตที่เป็นปกติสุขภายใต้ความเจ็บป่วยได้

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับความทุกข์ทรมานทางใจ ทางความคิด อารมณ์ ก่อให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า อย่างไรก็ตามการสร้างความหวังเป็นเป็นการกระตุ้นกระบวนการคิด พลังแห่งความตั้งใจ สร้างแรงจูงใจนำไปสู่เป้าหมายในการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า การนำแนวคิดความหวังมาพัฒนาเป็นโปรแกรมทางการพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีความหวัง พลังใจและนำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

3. ความรู้เกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว

3.1 ผู้ดูแลในครอบครัว

คำว่า “ผู้ดูแล” หรือ “ญาติผู้ดูแลที่บ้าน” หรือ “ผู้ดูแลในครอบครัว” หรือศัพท์ภาษาอังกฤษที่เขียนในบทความ หรือรายงานวิจัยต่างๆ คือ “Family caregiver” นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา หรือ “Carers” นิยมใช้ใน สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่น

ผู้ดูแล คือ “ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ” (Ross & Mackenzie, 1996)

ผู้ดูแล คือ “ใครบางคนที่ให้การดูแลญาติหรือเพื่อนที่เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือจากการสูงอายุ โดยไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจะไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล” (Carers UK, 2005)

ผู้ดูแล คือ “ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์กันแบบญาติ ให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน การดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งที่อยู่อาศัย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

สรุป “ผู้ดูแล” คือ สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเจ็บป่วย พิกการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

สำหรับในการศึกษานี้จะกล่าวถึงการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงรวบรวมและสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้ดูแลหลัก และสมาชิกครอบครัวไว้ดังนี้

ผู้ดูแลหลัก

การแบ่งประเภทของ family caregiving จะพิจารณาผู้ดูแลโดยแบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ (Alzheimer Research, 2003; Bell & Gibbons, 1989; Parker, 1992. อ้างใน ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2549 1) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver/carers) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานพยาบาล หรือองค์กรต่างๆ ที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล 2) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver/carers) หมายถึง ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนาน 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์แบบ 1 ต่อ 1 (Ungerson, 1990) ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล การดูแลเกิดจากความรักรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจของการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัว ลูก หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

ในกลุ่มของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการอาจมีผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกันหลายคน Parker (1992) ได้ อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ มีดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (main carers/major/primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น บุคคลที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด หรือผู้ที่อาจยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแล (self-identified) ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลเรื่องการกินยา การทำแผล เป็นต้น โดยให้เวลาของการดูแลสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น (ศิริพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่เผชิญกับความเครียดสูงสุด และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีระดับโรคหรือปัญหาสุขภาพต่างกันจะมีระดับของความเครียดต่างกัน (ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2549)

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver/carers) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทน เป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ พาผู้ป่วยไปปฏิบัติธรรม (ศิริพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลเท่านั้น

สมาชิกครอบครัว

เมื่อต้องการทราบความหมายของคำว่า สมาชิกครอบครัว เราจำเป็นต้องศึกษาความหมายของคำว่าครอบครัวก่อน ซึ่งมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวไว้มากมาย แต่ในที่นี้ผู้วิจัยขออ้างถึงความหมายของครอบครัวจากรายงานสถานการณ์ทางสังคม สถานการณ์ครอบครัว ปี 2547 (2547 : 3) นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547-2556 ได้กำหนดความหมายของครอบครัวไว้กว้าง ๆ ว่า “ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันและใช้ชีวิตร่วมกัน ทำหน้าที่เป็น

สถาบันหลักเป็นแกนกลางของสังคมที่เป็นรากฐานสำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิต ครอบครัวมีหลากหลายรูปแบบและหลายลักษณะนอกเหนือจากครอบครัวที่ครบถ้วนทั้งบิดา มารดาและบุตร”

สมาชิกครอบครัว หมายถึง พ่อ แม่ ลูก และญาติของฝ่ายพ่อและแม่ ที่อาศัยอยู่ในหลังคาเรือนเดียวกันหรือแยกกันอยู่ชั่วคราวตามความจำเป็นในด้านการศึกษาหรือการงานอาชีพ โดยสมาชิกในครอบครัวจะต้องเป็นผู้ที่มีการพึ่งพาอาศัยกัน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ รวมถึงความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวในฐานะเครือญาติ (เช่น ลุงป้า น้าอา พี่น้อง หลาน) ทั้งนี้ไม่รวมคนอาศัย (เช่น เพื่อนคนรับใช้ ผู้ช่วยแม่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ญาติ คนงาน คนขับรถ คนสวน) (ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัวไทย สาขาวิชามานุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2553)

สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้คำจำกัดความของ “สมาชิกครอบครัว” ว่า สมาชิกครอบครัว หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติ รู้จักคุ้นเคยกับบริบทของผู้ป่วย

3.2 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว คือ แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relationship) ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญของครอบครัว เนื่องจากสายสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ที่มีความรัก ความผูกพัน ความอบอุ่น หล่อหลอมเป็นระบบความสัมพันธ์ในครอบครัว เมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งครอบครัวมีเรื่องทุกข์ใจและเดือดร้อน สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวก็ดูเหมือนจะร่วมทุกข์ ร่วมเดือดร้อนตามไปด้วย เช่น การที่ครอบครัวมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย ย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคลที่เจ็บป่วยเองและต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เป็นต้น ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา หรือการดูแลรักษาพยาบาล สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวต้องหยุดภาระส่วนตน เพื่อคอยเฝ้าดูแลช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วย ดังนั้นหากครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน การเอื้ออาทรระหว่างกันในยามที่มีสมาชิกคนใดคนหนึ่งมีปัญหา สมาชิกคนอื่นๆ ก็จะรับรู้และเรียนรู้ร่วมกันในการแก้ปัญหาให้แก่สมาชิกนั้นๆ (วนสนันท์ คำแสด, 2553)

Connie R. (2008) กล่าวว่า “การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น มองเห็นได้ถึงความแตกต่างและรู้จักที่จะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม สมาชิกในครอบครัวไม่ว่าจะอยู่ในวัยใด ย่อมมีส่วนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุสามารถมอบประสบการณ์ที่ดีในชีวิตให้กับลูกหลาน ทำให้สามารถรับมือกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ ในทางกลับกัน สมาชิกในช่วงวัยอื่นๆ ของครอบครัวก็มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตชีวา รู้จักการทำกิจกรรมแปลกใหม่ ได้รับความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัยจากสมาชิกในครอบครัว และอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข”

จากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) ได้สังเคราะห์ผลงานวิจัยเรื่องครอบครัวและผู้สูงอายุ การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550 ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา มีผลงานวิจัยที่สามารถนำมาใช้ในการสังเคราะห์ที่เป็นตัวแทนและการนำมาอ้างอิงผลได้จำนวน 35 เรื่อง จากจำนวน 74 เรื่อง มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวดังนี้

1. บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 4 บทบาท คือ 1) บทบาทในการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน จัดหาและดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้อยู่อย่างเหมาะสม การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง และการช่วยเหลือด้านแรงงาน 2) บทบาทในการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดวิกฤติทางจิตใจอารมณ์หลายประการ มีอาการซึมเศร้าอารมณ์อ่อนไหวง่าย บทบาทส่วนใหญ่เป็นเรื่องของค่านิยมในการเคารพผู้อาวุโส 3) บทบาทในการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในบ้าน ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ การจัดหาอาชีพที่เหมาะสม ตลอดจนช่วยเหลือควบคุมดูแลธุรกิจ ทรัพย์สิน และผลประโยชน์ต่าง ๆ และ 4) บทบาทในการตอบสนองความต้องการด้านสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว เพื่อรับรู้ข่าวสารและความเป็นไปของสังคม ส่วนการเกื้อหนุนเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมทางศาสนามากกว่าด้านอื่น ๆ

2. การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีสมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล และมีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด ส่วนใหญ่เป็นบุตรเพศหญิงและอยู่ในวัยกลางคน เริ่มจากเมื่อบิดา มารดาสูงอายุ มีปัญหาความบกพร่องด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ความนึกคิด มีสภาวะทางร่างกายที่เสื่อมโทรม จนไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ในภาวะที่ปกติ สมาชิกในครอบครัวจะเริ่มเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือดูแล เป็นในลักษณะค่อยเป็นค่อยที่กำหนดเป็นเพศหญิงสืบเนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม การปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรม และเพศชายมักจะทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่ายและเรื่องอื่น ๆ และบทบาทเพื่อการทดแทนบุญคุณ และค่านิยมเรื่องกตัญญูกตเวที การเป็นสมาชิกในครอบครัวคนสุดท้ายที่ยังอาศัยอยู่ในบ้านของบิดา มารดา และผู้ดูแลต้องอยู่ในบทบาทเชิงซ้อน (Sandwich roles) คือมีบทบาทหลาย ๆ ด้านทั้งการเป็นภรรยา แม่บ้าน สตรีวัยทำงานเพื่อหารายได้ และเป็นผู้ดูแลบุตรและผู้สูงอายุผู้เป็นบุพการีพร้อมกัน มีภาระหน้าที่ในการดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป จัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ ดูแลอนามัยส่วนบุคคล ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย หรือการอำนวยความสะดวกเรื่องการเดินทาง และหน้าที่ในการสร้างความรู้สึกรับรองใจและความมั่นคงปลอดภัยให้แก่ผู้สูงอายุ

3. ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีต่อผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ประกอบไปด้วย 1) การปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจ ผู้ดูแลควรมีวิจารณญาณที่ดีในการรู้ความต้องการของผู้สูงอายุ รู้ขั้นตอนในการดูแลต่างๆ และเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ 2) ผู้สูงอายุต้องการให้ผู้ดูแลยอมรับ อารมณ์แปรปรวนในผู้สูงอายุที่มีสาเหตุมาขาดความเจ็บป่วย และไม่ควรถือสาตอบโต้ 3) ดูแลด้วยความเต็มใจ จะส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ พอใจ 4) ต้องการให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารที่ดีและให้เกียรติผู้สูงอายุ 5) ต้องการให้ปฏิบัติด้วยความเคารพและผูกพัน ที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นบุคคลสำคัญเป็นที่เคารพรักของคนในครอบครัว และ 6) ต้องการให้ลูกหลานมาเยี่ยมอยู่ใกล้ ๆ ในยามเจ็บป่วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุนั้นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและสังคมโดยเฉพาะในด้านของบทบาทหน้าที่ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล

จากสมาชิกครอบครัวในวัยอื่นๆ เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ลดลง และครอบครัวมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการเข้าไปจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยจึงจำเป็นต้องนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังโดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื่องจากการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว และครอบครัวสามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

4. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

จากแนวคิดความหวังของ Snyder (1994) ซึ่งได้กล่าวถึงกระบวนการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความหวังส่วนบุคคล ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การพัฒนาวิธีการเฉพาะเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้นๆ และ 3) การสร้างและประคับประคองแรงจูงใจในการปฏิบัติตามวิธีการนั้นๆ สามสิ่งนี้เป็นองค์ประกอบของรูปแบบความหวัง (hope model) ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงเป้าหมาย (goals) การคิดหาหนทางไปสู่เป้าหมาย (pathways thinking) และหน่วยความคิดที่จะไปถึงเป้าหมาย (agency thinking)

Snyder (1994) ได้นำเสนอแนวทางการบำบัดด้วยความหวัง (The Hope Therapy Protocol) ประยุกต์ตามหลักแนวคิดเกี่ยวกับความหวังโดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัด เรียนรู้วิธีการที่จะทำอย่างไรให้เกิดความหวังโดย 1) สามารถตั้งเป้าหมายที่มีความหมาย วัดผลได้และสามารถบรรลุได้ 2) การคิดพัฒนาหาหนทางที่หลากหลายในการที่จะบรรลุเป้าหมายนั้น 3) การระบุแหล่งของแรงจูงใจผลจากการระบายออกของแรงจูงใจ 4) การติดตามความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมาย และ 5) การปรับเปลี่ยนเป้าหมายและหนทางหากมีความจำเป็น ซึ่งทำให้บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับอนาคตในทางบวกและมีความแข็งแกร่งทางจิตใจเพิ่มมากขึ้น โดยมีความคิดเกี่ยวกับความหวังที่เพิ่มขึ้น การให้ความหมายในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้า และวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้ (Jennifer S. et al., 2006)

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งมักมีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ และความรู้สึกสิ้นหวังยังมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอีกด้วย (นิชา สมานทรัพย์, 2554) จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความหวังสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และเนื่องจากผู้ป่วยวัยสูงอายุเป็นวัยที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการรับภาระหน้าที่ในการจัดการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพต่อเนื่องในระยะยาว ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างเป็นปกติสุข ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมโดยออกแบบกิจกรรมตามแนวทางการเสริมสร้างความหวัง (The Hope Therapy Protocol) ของ Snyder (1994) เพื่อช่วยลด

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งในโปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม เป็นการดำเนินกิจกรรมรายครอบครัว จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60 - 90 นาที ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง ใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมได้แก่

1) การประเมินปัญหาและความหวัง โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว (ผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกครอบครัว) ประเมินปัญหาในชีวิตประจำวันทั่วไป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน และความหวังของผู้ป่วยและครอบครัวในการ จัดการปัญหาดังกล่าว ระยะเวลาที่ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคและมองเห็นความหวังในการรักษา ในการดำเนินการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง วิธีการรักษา การดูแลเบื้องต้นซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและยอมรับกับปัญหาของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเอง เกี่ยวกับการจัดการภาวะซึมเศร้า และทราบว่า จะจัดการกับภาวะซึมเศร้านั้นอย่างไร ระบุว่าตนมี ความสามารถควบคุมสถานการณ์ ความเครียดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับของภาวะซึมเศร้าลดลง (Cuiji, 1998) และสมาชิกครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในสภาวะของโรคของผู้ป่วย เกิดสัมพันธ์ภาพ ที่ดีต่อกันภายในครอบครัว ระยะเวลาที่ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

3) การฝึกตั้งเป้าหมาย แก้ไขปัญหา(set goals) โดยทบทวนปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินได้ รวมถึงความหวังของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะจัดการกับปัญหาดังกล่าวซึ่งอาจพบว่ามี หลายปัญหา โดยจัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวพุดคุยเปิดเผยความรู้สึกต่อการรักษา ความเจ็บป่วย ความ ทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการดูแลในครอบครัว และสนทนาเกี่ยวกับความหวังของ ครอบครัว ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า ต่อมาให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันพิจารณาเลือกปัญหาที่ สำคัญที่สุด 1 ปัญหา ก่อน โดยเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวและสามารถวางแผน จัดการได้ พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว และบันทึกไว้ในสมุดบันทึก ระยะเวลาที่ใช้เวลา 30 นาที

สำหรับกิจกรรมครั้งที่ 1 ถือเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายที่ สามารถวัดได้ บรรลุได้ และมีความหมาย (set goals) เป็นการเริ่มต้นของกระบวนการคิดที่ก่อให้เกิด ความหวัง

กิจกรรมที่ 2 ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วย กิจกรรม ได้แก่

1) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการวางแผน การดำเนินชีวิตร่วมกันไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางแผนในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ให้สามารถ บรรลุเป้าหมายที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ตามที่ได้บันทึกไว้ในสมุดบันทึก ระยะเวลา ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2) ร่วมเล่นเกมบันไดงู ขึ้นบันไดสู่ความสำเร็จ โดยผู้วิจัยเป็นกรรมการอ่านคำสั่ง ให้ผู้ป่วย และญาติเป็นผู้เล่นเกมบันไดงู ซึ่งจะสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุและการ

จัดการดูแล และข้อความที่ก่อให้เกิดความหวัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรค ซึมเศร้าและการดูแล เกิดความหวังกำลังใจ สร้างความสนุกสนานเพลิดเพลิน ผ่อนคลายความเครียด ระยะเวลาใช้เวลาประมาณ 30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 2 นี้ถือเป็นการพัฒนาวิธีการเฉพาะ เพื่อบรรลุเป้าหมายนั้นๆ (pathways thinking) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยบุคคลรับรู้ความสามารถของตนในการพัฒนาและระบุวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมาย (Snyder, 1994) ก่อให้เกิดความหวังจากการรับรู้ว่าหนทางดังกล่าวสามารถสร้างขึ้นได้หากต้องการ (Snyder et al., 1991) และส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว

กิจกรรมที่ 3 สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมายใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่

1) ค้นหาแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยการยอมรับ การชมเชย และการกระตุ้นพฤติกรรม(Michael Domjan, 1996) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกคิดในแง่บวกเมื่อเจอปัญหา กระบวนการของแรงจูงใจจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลก้าวไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการอย่างมีทิศทางมีจุดมุ่งหมาย โดยที่บุคคลจะพยายามก้าวไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการแม้ว่าจะมีอุปสรรคเข้ามาขัดขวาง แต่บุคคลก็จะพยายามไปสู่เป้าหมายและเมื่อบรรลุเป้าหมายหนึ่งบุคคลก็จะไปสู่เป้าหมายใหม่จนกว่าจะบรรลุความต้องการที่แท้จริงของตน (Maslow, Abraham Harold, 1970)ระยะเวลาที่ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2) ผู้วิจัยแนะนำวิธีการฝึกคิดเชิงบวก 12 วิธี และยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวแสดงความคิดเห็นเสนอแนะมุมมองต่อปัญหา อุปสรรคต่างๆ ในทางบวก ฝึกวิเคราะห์ปัญหา เป้าหมาย การวางแผนการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยส่งเสริมความคิดในเชิงบวก ตามแนวทางการเสริมสร้างความหวังตามทฤษฎีของ Snyder (1994) ซึ่ง Haringsma และคณะ(2006) ได้ศึกษาหาปัจจัยทำนายถึงความสามารถในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถจัดการกับความคิดอัตโนมัติด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคต และโลกได้โดยการฝึกความคิดในเชิงบวกจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำได้ในระยะเวลาถึง 2 ปี และให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว กลับไปประเมินปัญหาของตนเองที่พบเพิ่ม และการให้กำลังใจตนเองเมื่อพบปัญหานั้น แล้วบันทึกไว้ในสมุดบันทึก ระยะเวลาใช้เวลาประมาณ 30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 3 นี้เป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการระบุแหล่งจูงใจและผลจากการแสดงออกของแรงจูงใจ (identify sources of motivation and counteract any drain on motivation) เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติไปสู่เป้าหมายโดยการสร้างแรงจูงใจและการฝึกคิดเชิงบวกต่อปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการที่จะปฏิบัติไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

กิจกรรมที่ 4 ทบทวนเป้าหมาย ไม่หมดหวัง ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ 1) ทบทวนปัญหา เป้าหมายในการจัดการปัญหา และ แนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ของผู้ป่วยและครอบครัว ตามที่บันทึกไว้ในสมุดบันทึก พยาบาลร่วมพูดคุยสอบถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคที่พบ และบันทึกไว้เป็นข้อ ๆ ระยะเวลาใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2) นำปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนดังกล่าว มาวิเคราะห์ ผู้วิจัยนำเสนอมุมมองต่อปัญหา และอุปสรรคต่างๆ ในทางบวก และทบทวนการบ้านระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 4 นี้เป็นการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติไปสู่เป้าหมาย (monitor progress toward goals) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นและคิดหาวิธีการที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคดังกล่าวอย่างมีเป้าหมาย ก่อให้เกิดความหวังที่จะกระทำได้สำเร็จ

กิจกรรมที่ 5 **ปรับเปลี่ยนเป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจหนทาง** ใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่

1) การทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ จากการร่วมกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้งที่ผ่านมา เกี่ยวกับความรู้สึกต่อกันภายในครอบครัว ความรู้สึกเกี่ยวกับความหวังกำลังใจในการดำเนินชีวิต ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ความรู้สึกต่อเป้าหมายที่ตั้งไว้และแผนการปฏิบัติที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย ระยะนี้ใช้เวลา 30 นาที

2) พยาบาลพูดคุยให้กำลังใจและย้ำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวว่า เราสามารถปรับเปลี่ยนเป้าหมายและหาหนทางเพื่อไปสู่เป้าหมายใหม่ได้เรื่อยๆ ถ้าหากยังมีความหวัง อย่าหมดหวังเพราะทุกปัญหามีทางออก เมื่อเจอปัญหาให้มองในแง่บวกไว้ก่อน เป็นต้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ให้กำลังใจกันและกัน ระยะนี้ใช้เวลา 30 นาที

3) พูดคุยเกี่ยวกับ **“สมุดบันทึกความหวัง หนทางสู่เป้าหมาย”** ที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันบันทึกไว้ ประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามข้อสงสัย และพูดคุยระบายความรู้สึกต่อกัน ระยะนี้ใช้เวลา 30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 5 นี้เป็นการปรับเปลี่ยนเป้าหมายและหนทางที่จำเป็น(modify goals and pathways as needs) เมื่อทบทวนปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการที่วางไว้ได้ และไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ก่อนหน้าได้ เพื่อให้เกิดความหวังและกำลังใจในการปฏิบัติต่อไป กิจกรรมนี้จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมกันมองปัญหาในทางบวก ช่วยกันปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติที่สามารถทำได้ หรือปรับเปลี่ยนเป้าหมายที่สามารถทำได้สำเร็จ ก่อนที่จะไปสู่เป้าหมายที่ใหญ่ขึ้น

กิจกรรมการเสริมสร้างความหวังทั้ง 5 กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ดำเนินตามแนวทางเสริมสร้างความหวังของ Snyder (1994) โดยเริ่มจากการประเมินปัญหาและฝึกตั้งเป้าหมายเพื่อในการจัดการปัญหานั้นๆ การวางแผนหลายๆแนวทางเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ การหาแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติและการปรับเปลี่ยนเป้าหมายและหนทางหากมีความที่จำเป็นเพื่อให้มีความหวังในการปฏิบัติไม่เกิดความรู้สึกท้อแท้หมดหวังเมื่อไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในครั้งแรกได้โดยฝึกมองปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในทางบวกโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลให้ผู้ป่วยมีความหลังและกำลังใจในการปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมนี้น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง (2554) ได้ศึกษาผลของจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ำกว่าก่อนได้รับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของกลุ่มทดลองที่ได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .05

นิชา สมานทรัพย์ (2554) ได้ศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผลการวิจัยสรุปได้ว่าความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 15.87$, $\pm SD = 5.40$) ประสพการณ์ความเครียดในชีวิตความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกว่าความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ($r = -.200, p < .05$, $r = -.581, r = -.481, p < .01$ ตามลำดับ) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ($r = .670, p < .01$)

มณีนีธน์ โพธิ์นิล (2546) ได้ศึกษาการสนับสนุนส่งเสริมความหวังที่พยาบาลวิชาชีพใช้กับผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท โดยศึกษาการสนับสนุนส่งเสริมความหวังที่พยาบาลวิชาชีพใช้กับผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแผนกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขจำนวน 169 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามซึ่ง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากวิธีการสนับสนุนส่งเสริมความหวังของ เคิร์กแพทริก และคณะ (Kirkpatrick et al., 1995) ผลการวิจัย พบว่า วิธีการสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติมากที่สุด คือ การจัดการกับการเจ็บป่วย รองลงมา คือ การสร้างสัมพันธภาพโดยพยาบาล วิชาชีพได้ปฏิบัติในทุกกิจกรรมการพยาบาลมากกว่าร้อยละ 75 ยกเว้น 5 กิจกรรมการพยาบาลที่ พยาบาลวิชาชีพกระทำไม่ถึงร้อยละ 75

Rajandram et al. (2011) ได้ศึกษาปฏิภริยาของความหวังและการมองโลกในแง่ดี กับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง : การศึกษาขั้นต้น ผลการศึกษา พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.55, p < .001$) และความวิตกกังวล ($p = -.38, p < .05$) คล้ายกับรูปแบบที่พบระหว่างการมองโลกในแง่ดี และผลลัพธ์การตัดสินใจ การวิเคราะห์ความถดถอยระบุว่า ทั้งความหวังและการมองโลกในแง่ดี มีนัยสำคัญทางสถิติที่จะทำนาย ภาวะซึมเศร้า ความหวังและการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์เท่าๆ กันกับภาวะซึมเศร้า ความหวัง และการมองโลกในแง่ดีมีนัยสำคัญทางสถิติที่จะทำนายความวิตกกังวล แต่ความหวังและการมองโลก ในแง่ดีเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งไม่สามารถทำนายภาวะวิตกกังวลได้

Cruz et al. (2009) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าและความสิ้นหวัง ในผู้สูงอายุ 130 คนที่มารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร่าคลินิกโรคซึมเศร้า พบว่า เพศชาย อายุ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าและความสิ้นหวังพบว่า ร้อยละ 69 เป็นเพศชายซึ่งมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง ($r = .79, p < .01$) ร้อยละ 29 มีความสิ้นหวังอยู่ในระดับ รุนแรง อายุเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างที่พบ 71.9 ปี มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง ($r = .97, p < .01$) ร้อยละ 92 มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางศาสนาและมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง ($r = -.58, p < .01$)

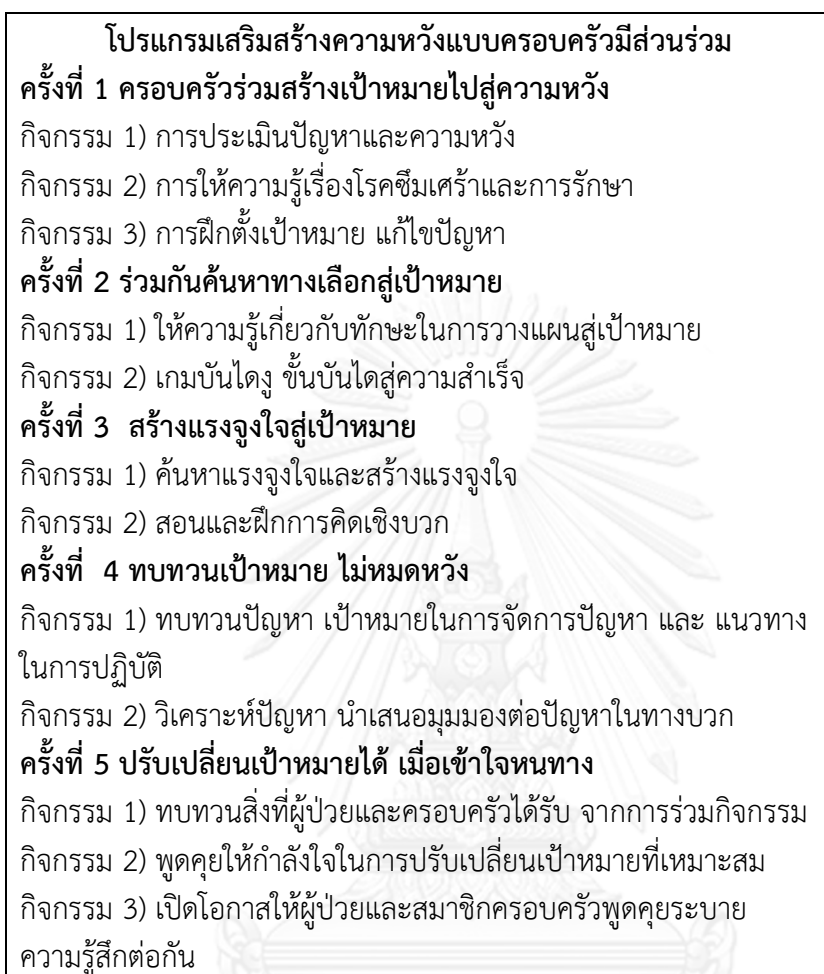
Cheavens, Feldman, Gum, Michael and Snyder (2006) ได้ศึกษาการบำบัดด้วยความหวัง (hope Therapy) กลุ่มตัวอย่างในชุมชนโดยการสำรวจนำร่องในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คนซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีการกำเริบซ้ำของโรค ได้แก่ โรคซึมเศร้าหลัก โรควิตกกังวล โรคกลัว โดยทำเป็นกลุ่มบำบัดความหวังตามแนวคิดความหวังของ Snyder (1994) หลังจากทำกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับปรุงทัศนคติเกี่ยวกับความหวัง ความหมายของชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลง จากผลการศึกษานี้ได้แนะนำว่า การปรับกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความหวังจะสามารถเพิ่มความแข็งแกร่งทางจิตใจ และลดอาการของโรคทางจิตเวชได้

Murphy et al. (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 271 คนพบว่า อายุ และความเชื่อ ศาสนามีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังโดยที่เพศชายมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิงและส่งผลถึงระดับความสิ้นหวังสูงสุดด้วย คิดเป็นร้อยละ 56 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเชื่อทางศาสนาและมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง ($r = -.45, p < .001$) จึงส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าและความสิ้นหวังลดลง

Robert bland and Yvonne Darlington (2002) ศึกษาเรื่องธรรมชาติและแหล่งของความหวัง ในมุมมองของผู้ดูแลครอบครัวของผู้ป่วยทางจิตเวชที่รุนแรง ได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 16 สมาชิกครอบครัว ในเมืองควีนแลนด์ และแทสมเนียของประเทศออสเตรเลีย พบการยืนยันข้อมูลว่า การมีความหวังปรากฏขึ้นเป็นศูนย์กลางการเผชิญปัญหาของครอบครัว กับผลจากความเจ็บป่วยทางจิต และสรุปว่าแหล่งที่ก่อให้เกิดความหวัง ได้แก่ ครอบครัวและเพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนาและการรับรู้ความก้าวหน้าในการรักษาของผู้ป่วย จากการศึกษาจะเห็นว่าความหวังมีความสำคัญต่อการหายของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความหวัง

Tone Rustoen (1998) ได้ศึกษา การพยาบาลเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยมะเร็ง โดยสร้างโปรแกรมการพยาบาลตามแนวคิดความหวังของ Nowotny (1986) โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มแบ่งเป็น 8 กิจกรรม บนมุมมองต่อความหวังที่แตกต่างกัน ประกอบด้วย การเชื่อในตัวเอง และความสามารถของตนเอง การตอบสนองทางอารมณ์ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การกระทำที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณและค่านิยม และความรู้เกี่ยวกับอนาคต โดยเน้นกระบวนการกลุ่มพบว่าผู้ป่วยมีมุมมองต่อความหวังแข็งแกร่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาวะ
ซึม
เศร้า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มแบบวัดซ้ำ(Repeated Measures Design:Two Groups) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	O ₃ กลุ่มทดลอง
O ₁		O ₂	O ₃ กลุ่มควบคุม

(Polit & Beck, 2004)

- O₁ หมายถึง การวัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมและก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₂ หมายถึง การวัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₃ หมายถึง การวัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มตัวอย่างในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- X หมายถึง ให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปที่มีมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอัมพวา โรงพยาบาลนภากาศ และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยขึ้นไป

2. กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

2.1 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอัมพวา โรงพยาบาลนภากาศ และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยขึ้นไป โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอัมพวาจำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน โรงพยาบาลนภากาศ 10 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 5

คน กลุ่มควบคุม 5 คน และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า 10 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 5 คน กลุ่มควบคุม 5 คน ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

2.2 ผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าวัยสูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยคัดเลือกผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา แบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอัมพวาจำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน โรงพยาบาลนภลัย 10 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 5 คน กลุ่มควบคุม 5 คน และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า 10 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 5 คน กลุ่มควบคุม 5 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา(Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงโดยประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย TGDS ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย(2537) และมีคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป
2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับไทย (MMSE-Thai 2002)
3. สามารถติดต่อสื่อสารได้
4. ไม่มีปัญหาโรคทางกายขั้นรุนแรง เช่น อัมพาต พิการอวัยวะแขน-ขา
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ โดยมีการยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง(Exclusive criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย
2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน

คุณสมบัติของสมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแล ที่คัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย มีดังนี้

1. บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติ รู้จักคุ้นเคยกับบริบทของ ผู้ป่วย
2. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยได้ทุกครั้ง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลอง และกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง มีการกระจายเข้าสู่โค้งปกติ(Normality) ซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มมากขึ้น และมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลง ซึ่งย่อมมีผลให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างมีค่าใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ของประชากร นั่นคือ สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Polit & Beck, 2004) ดังนั้น ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาใช้กลุ่มตัวอย่าง 40

คน กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้เหมาะสมและมีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ทดลองคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอัมพวาจำนวน 20 ครอบครัว โรงพยาบาลนภลัยจำนวน 10 ครอบครัว และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าจำนวน 10 ครอบครัว แบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

2. ผู้ทดลองขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย TGDS ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537) โดยถือเกณฑ์ประเมินจากผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป และทำแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับไทย (MMSE-Thai 2002) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

3. ผู้ทดลองให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

4. จับคู่ (Matching) จับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการศึกษาทดลองในครั้งนี้ โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุดคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระดับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า โดยจากการศึกษาพบว่าทั้งความชุกและอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าจะมากขึ้นถึง 2 เท่าในผู้สูงอายุ อายุ 70-85 ปี (Alexopoulos, 2005) และพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย 2-3 เท่า (Jones, 2003) อุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 2-3 ต่อปี จากการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมามีความชุกของโรคซึมเศร้าในระดับชุมชนของกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จะมีความชุกของโรคเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นความแตกต่างของเพศและอายุ จึงมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมถึงระดับการศึกษา ซึ่งมีผลต่อความคิด สติปัญญา เพื่อช่วยในการตรวจสอบสถานการณ์ การตัดสินใจ และการกำหนดเป้าหมายต่างๆ ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเข้าใจปัญหาต่างๆ และทักษะในการนำความรู้มาใช้แก้ไขปัญหา ตลอดจนการแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ (Jalowiec & Power, 1986) สามารถจับคู่ได้ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับภาวะซีมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
เพศ	อายุ	การศึกษา	ระดับ ภาวะ ซีมเศร้า	เพศ	อายุ	การศึกษา	ระดับภาวะ ซีมเศร้า
1. หญิง	61	ประถม	13	1. หญิง	60	ประถม	13
2. หญิง	63	ประถม	13	2. หญิง	64	ประถม	13
3. หญิง	64	ประถม	13	3. หญิง	65	ประถม	13
4. หญิง	66	ประถม	14	4. หญิง	65	ประถม	13
5. หญิง	67	ประถม	15	5. หญิง	67	ประถม	13
6. หญิง	69	ประถม	15	6. หญิง	70	ประถม	13
7. หญิง	69	ประถม	16	7. หญิง	72	ประถม	15
8. หญิง	70	ประถม	17	8. หญิง	70	ประถม	15
9. หญิง	72	ประถม	17	9. หญิง	72	ประถม	17
10.หญิง	72	ประถม	18	10.หญิง	72	ประถม	17
11.หญิง	73	ประถม	18	11.หญิง	74	ประถม	17
12.หญิง	74	ประถม	19	12.หญิง	74	ประถม	17
13.หญิง	75	ประถม	21	13.หญิง	77	ประถม	18
14.หญิง	75	ประถม	21	14.หญิง	78	ประถม	19
15.หญิง	79	ประถม	22	15.หญิง	78	ประถม	20
16.หญิง	80	ประถม	24	16.หญิง	79	ประถม	21
17.หญิง	84	ประถม	24	17.ชาย	79	ประถม	22
18.ชาย	84	ประถม	24	18.ชาย	86	ประถม	22
19.ชาย	87	มัธยม	25	19.ชาย	86	ประถม	26
20.ชาย	89	ปวช.	26	20.ชาย	90	มัธยม	27

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยว่า การวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทดลอง ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการทดลอง และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใดๆ สามารถยุติการเข้าร่วมได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะถูกเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และผู้วิจัยจะขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างจะยุติการบันทึกข้อมูลได้ทันทีหากต้องการ เมื่ออธิบายจนเข้าใจแล้วสอบถามถึงความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ป่วยลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สภาพทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นข้อมูลคำถามที่ผู้ศึกษาได้กำหนดขึ้น ให้เติมคำหรือใส่เครื่องหมายถูก(/) หน้าข้อที่ใช้

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย(Thai Geriatric Depression Scale) ชื่อย่อว่า TGDS พัฒนาขึ้นในปี 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย ได้พัฒนาแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยมีรากฐานมาจาก GDS (Geriatric Depression Scale) ของ Yesavage และคณะ (Yesavage et.al, 1963) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ โดยให้ตอบใช่/ไม่ใช่ ใช้ระบบการให้คะแนนเป็น 0 และ 1 ลักษณะคำถามเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ด้านกายใจ และสังคม

ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านบวกมี 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน

ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านลบมี 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 และ ข้อ 28 ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ 1 คะแนน กำหนดผลของคะแนนดังนี้ คือ

คะแนน 0-12 เป็นค่าปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนน 13-18 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนน 19-24 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนน 25-30 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

โดยเครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับประชากรตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศ พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบ คือ 10.09 นาที มีค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 เท่ากับ .93 (นภัสสร แก้วนิลกุล, 2551)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง(Reliability) โดยนำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของ คูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson Reliability) พบว่าได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 และเมื่อนำมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2002) โดยได้พัฒนาแบบวัดนี้จากแบบตรวจสภาพจิตแบบย่อ Mini Mental State Examination (MMSE) ของ Folstein et. al. (1975) เป็นแบบทดสอบที่ใช้ทดสอบผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อประเมินความสามารถในการทำงานของสมอง 5 ด้าน คือ การรับรู้ เวลา สถานที่ ความจำ ความสนใจ และการคำนวณ มีคำถาม 11 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนนซึ่งมีจุดตัด (Cut off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment) ดังนี้คือ

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)

มีจุดตัดน้อยกว่าหรือ เท่ากับ 14 คะแนน

ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา มีจุดตัดน้อยกว่า หรือเท่ากับ

17 คะแนน

ผู้สูงอายุเรียนสูงกว่าประถมศึกษา มีจุดตัดน้อยกว่าหรือเท่ากับ

22 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ โดยใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของ คูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson Reliability) พบว่าได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .89

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำแนวคิดความหวังของ Snyder (1994) มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างเพื่อเสริมสร้างความหวังให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ตามแนวทางการบำบัดด้วยความหวังจากแนวคิดทฤษฎีความหวังของ Snyder (1994) มีแนวทางปฏิบัติให้บุคคลมีการเรียนรู้โดย (1) ตั้งเป้าหมายที่สามารถวัดได้ บรรลุได้ และมีความหมาย(set goals) (2) การพัฒนาเพื่อหาหนทางที่หลากหลายไปสู่เป้าหมายนั้น(develop multiple pathways to work to toward goals) (3) การระบุแหล่งจูงใจและผลจากการแสดงออกของแรงจูงใจ (identify sources of motivation and counteract any drain on motivation) 4) การติดตามความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมาย (monitor progress toward goals) 5) การปรับเปลี่ยนเป้าหมายและหนทางที่จำเป็น(modify goals and pathways as needs) ดังนั้น การช่วยลดภาวะซึมเศร้าจึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างความหวัง โดยการสร้างแรงจูงใจทางบวก กระตุ้นให้ผู้ป่วยมองเห็นเป้าหมายในชีวิต และคิดหาหนทางเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย อยากรมีความหวัง และความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองในการดำรงชีวิตที่เป็นปกติสุข ผู้วิจัยจึงสร้างเครื่องมือเพื่อส่งเสริมความหวังตามแนวคิดของ Snyder (1994) ประกอบด้วยกิจกรรม การพบกัน 5 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง ครั้งที่ 2 ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย ครั้งที่ 3 สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมายครั้งที่ 4 ทบทวนเป้าหมาย ไม่หมดหวัง และครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนเป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจหนทางเป็นการดำเนินกิจกรรมรายครอบครัว จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60 - 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 3 สัปดาห์ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง (set goals)

ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 90 นาที

กิจกรรม 1) การประเมินปัญหาและความหวัง (30 นาที)

กิจกรรม 2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการรักษา (30 นาที)

กิจกรรม 3) การฝึกตั้งเป้าหมาย แก้ไขปัญหา (30 นาที)

ครั้งที่ 2 ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย (pathways thinking)

ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที

กิจกรรม 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการวางแผนสู่เป้าหมาย (30 นาที)

กิจกรรม 2) เกมบันไดงู ขึ้นบันไดสู่ความสำเร็จ (30 นาที)

ครั้งที่ 3 สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย (identify sources of motivation)

ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที

กิจกรรม 1) ค้นหาแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจ (30 นาที)

กิจกรรม 2) สอนและฝึกวิธีคิดเชิงบวก (30 นาที)

ครั้งที่ 4 ทบทวนเป้าหมาย ไม่หมดหวัง (monitor progress toward goals)ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที

กิจกรรม 1) ทบทวนปัญหา เป้าหมายในการจัดการปัญหา และ แนวทางในการปฏิบัติ (30 นาที)

กิจกรรม 2) วิเคราะห์ปัญหา นำเสนอมุมมองต่อปัญหาในทางบวก (30 นาที)

ครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนเป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจหนทาง (modify goals and pathways as needs)

ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 90 นาที

กิจกรรม 1) ทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ จากการร่วมกิจกรรม (30 นาที)

กิจกรรม 2) พุดคุยให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนเป้าหมายที่เหมาะสม (30 นาที)

กิจกรรม 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวพุดคุยระบายความรู้สึกต่อกัน (30 นาที)

โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดความหวัง การลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า

2. สร้างโครงสร้างเนื้อหาในโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยนำแนวคิดต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา ร่วมกับปัญหาในการดูแลและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยทุกขั้นตอนของการศึกษาผู้ศึกษาได้วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

3. จัดทำคู่มือโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หนังสือคู่มือโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สมุดบันทึกความหวัง หนทางสู่เป้าหมายและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในกิจกรรม

4. วิธีการจัดการกระทำโดยผู้วิจัย โดยใช้สื่อการสอนเรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คู่มือโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สมุดบันทึก และอุปกรณ์สำหรับการเล่นเกม (บันไดงู) ในการจัดกิจกรรมรายครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) คือ นำโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่สร้างขึ้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ถูกต้อง เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ตั้งรายนามในภาคผนวก) ได้แก่ จิตแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลระดับปริญญาเอกสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนครอบคลุม รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ซึ่งถือเป็นเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นที่ตรงกันและสอดคล้องกัน โดยถือเกณฑ์ความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน

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

$$CVI = \frac{10}{10} = 1$$

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดังนั้นแบบสอบถามความหวังที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยถือเกณฑ์ความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับเนื้อหาส่วนที่ต้องแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นแก้ไข ดังนี้

1.1 กิจกรรมครั้งที่ 2 “ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย” กิจกรรมที่ 2 “เกมบันไดงู ขึ้นบันไดสู่ความสำเร็จ” คำถามที่ใช้ในเกมควรปรับให้เข้าใจง่าย เช่น “ปัจจัยที่มีผล” เป็น “สาเหตุที่ทำให้” เป็นต้น และปรับคำถามในบัตรคำสั่งสีแดงที่ใช้ในการเล่นเกมนันไดงู ได้แก่

“ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว เมื่อมีอาการเศร้าเกิดขึ้นใช่หรือไม่?” ปรับแก้เป็น

“เมื่อผู้ป่วยมีอาการเศร้า ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ใช่หรือไม่?”

“ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าห้ามให้ตัวเองไม่เศร้าไม่ได้ เมื่อได้รับการรักษาหายแล้ว อาการเศร้าหมองจะดีขึ้นใช่หรือไม่?” ผู้ทรงเสนอแนะว่า ข้อคำถามนี้มี 2 ประเด็นควรแยกเป็น 2 ข้อ คือ

“ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าห้ามให้ตัวเองไม่เศร้าไม่ได้ ใช่หรือไม่?” และ “เมื่อได้รับการรักษาหายแล้ว อาการเศร้าหมองจะดีขึ้นใช่หรือไม่?”

1.2 กิจกรรมครั้งที่ 3 “สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย” กิจกรรมที่ 2 “สอนและฝึกการคิดเชิงบวก” ในกิจกรรมการยกสถานการณ์ตัวอย่าง หลังจากการฝึกให้คิดบวกแล้วควรให้ผู้ป่วยและญาติให้กำลังใจกัน และถ้าผู้ป่วยเป็นคนในสถานการณ์ วิธีการบอกตัวเองไม่ให้เศร้าจะพูดอย่างไร พูดซ้ำๆ ทุกวัน ผู้วิจัยจึงเพิ่มเข้าไปในกิจกรรม

1.3 กิจกรรมครั้งที่ 4 “ติดตามเป้าหมาย ไม่หมดหวัง” กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค หามุมมองในการแก้ปัญหาเชิงบวกอาจเชื่อมโยงกับกิจกรรมครั้งที่ 3 หัวข้อการฝึกคิดเชิงบวกในข้อที่ 9 ที่ว่า “ความผิดพลาดมีไว้เรียนรู้ มีข้อเสียที่เอาไว้เขียนดี ทุกคนล้วนเคยทำผิดทั้งนั้น และถึงแม้ว่าได้พยายามอย่างดีที่สุดแล้ว แต่ก็ยังทำพลาด ขอให้จำไว้ว่า ยังมีโอกาสให้เริ่มต้นใหม่ ความผิดพลาดต่างๆ ที่ผ่านมามีเป็นบทเรียน เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข สิ่งที่จะทำต่อไปในอนาคต” สามารถนำมาเข้ากับกิจกรรมนี้ได้ และควรเพิ่มการวิเคราะห์สาเหตุของอุปสรรค ผู้วิจัยจึงนำหัวข้อดังกล่าวมาเชื่อมโยงกัน และเพิ่มการวิเคราะห์สาเหตุของอุปสรรคไว้ในกิจกรรมที่ 2 ของการพบกันครั้งที่ 4 ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ

2. หลังการปรับปรุงกิจกรรมให้มีความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 5 ครอบครัว โดยทดลองใช้โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมแล้ว ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอควร สามารถทำตามกิจกรรมที่สร้างขึ้นได้ แต่ต้องปรับภาษาที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเข้าใจได้ง่ายขึ้น รวมทั้งการอธิบายเพิ่มเติม การตอบคำถามที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสงสัยขณะการดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสนใจและร่วมมือในการทำกิจกรรมดี แต่มีปัญหาเรื่องการเดินทาง ผู้วิจัยจึงปรับสถานที่ในการทำกิจกรรมเป็นที่บ้านหรือที่โรงพยาบาลตามความสะดวกของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบสอบถามความหวัง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่สร้างโดย อังคณา หมอนทอง (2549) ซึ่งประยุกต์จากกรอบทฤษฎีความหวังของ Snyder (1994) และแนวคิดของนภาพร วงศ์ใหญ่ (2542) ครอบคลุมความหวังทั้ง 2 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ 1) พลังแห่งความตั้งใจ 2) พลังแห่งแนวทาง โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

การตอบแบบสอบถามให้เลือกรับตามความถี่ของความคิดเห็น แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นค่อนข้างมาก
เฉยๆ หรือไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความประโยคนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบ

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ความคิดเห็นของความหวัง	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วย	3
เฉยๆ หรือไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน มีเกณฑ์การคิดค่าคะแนนโดยคิดค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่ม ตัวอย่างที่ได้จากแบบสอบถาม และแปลความหมายความหวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.1 – 4	หมายถึง	มีความหวังในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 2.1 – 3	หมายถึง	มีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1 – 2	หมายถึง	มีความหวังอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. **ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)** ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความหวัง มาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน (ดังรายนามในภาคผนวก) ประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลระดับปริญญาเอกสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจน ครอบคลุมชัดเจนของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ซึ่งถือเป็นเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นที่ตรงกันและสอดคล้องกัน โดยถือเกณฑ์ความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 คน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (Reliability)

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

$$CVI = \frac{10}{10} = 1$$

10

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าแบบสอบถามความหวัง มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดังนั้น แบบสอบถามความหวังที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์

ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ 1 ปรับข้อความจาก “ฉันมีความตั้งใจจะดูแลตนเองให้หายจากโรคซึมเศร้า” เป็น “ฉันตั้งใจจะดูแลตนเองให้หายจากโรคซึมเศร้า”

ข้อ 2 ปรับข้อความจาก “ฉันจะพยายามสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นก่อน” เป็น “ฉันจะพยายามติดต่อ พูดคุย ทำความรู้จักกับผู้อื่นก่อน”

ข้อ 3 ปรับข้อความจาก “ฉันคิดว่าชีวิตตนเองมีคุณค่า และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต” เป็น “ฉันคิดว่าชีวิตตัวฉันเองมีคุณค่าและมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต”

ข้อ 4 ปรับข้อความจาก “ฉันควบคุมตนเองรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่องได้” เป็น “ฉันควบคุมตัวเองให้กินยาอย่างต่อเนื่องได้”

ข้อ 6 ปรับข้อความจาก “ฉันหาทางออกกับปัญหาหนึ่งๆ ได้หลายแนวทาง” เป็น “เมื่อมีปัญหาค้นหาทางออกได้หลายแนวทาง”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ได้ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ตรวจสอบหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 และนำไปใช้จริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วย และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยผู้วิจัยได้เรียนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงภาคทฤษฎี จำนวน 3 หน่วยกิต วิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาลจำนวน 3 หน่วยกิต วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนขั้นสูงจำนวน 3 หน่วยกิต วิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต และวิชาการให้คำปรึกษาจำนวน 3 หน่วยกิต

1.2 จัดทำแผนการดำเนินการทดลอง และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.2.1 โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

1.2.2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

1.2.3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย(MMSE)

1.2.4 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDs)

1.2.5 แบบวัดสอบถามความหวังสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของ อังคนา หมอนทอง (2549)

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

1.4 เตรียมสถานที่ที่ใช้ทำการทดลอง ติดต่อประสานงานโรงพยาบาลอัมพาต โรงพยาบาลนภดล และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 โรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยชี้แจงกับหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการทางการแพทย์โรงพยาบาลโรงพยาบาลอัมพาต โรงพยาบาลนภาศัย และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการดำเนินการเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และประสานงานหัวหน้าหน่วยบริการผู้ป่วยนอกเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการศึกษา

1.6 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าฝ่ายเวชระเบียน เพื่อขออนุญาตดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.7 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินระดับอาการซึมเศร้า และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย จากนั้นนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ตามความสะดวกของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยให้การพยาบาลรายครอบครัว ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่วันที่ 29 ก.ค. 56 ถึงวันที่ 18 ส.ค. 56 สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม จนครบทั้ง 5 กิจกรรม โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้นประมาณ 3 สัปดาห์

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วย ด้านร่างกายและจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วยการจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจัดให้เข้าโปรแกรมการพยาบาลเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้

ตารางที่ 2 ตารางการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

สัปดาห์ /ครั้งที่	สถานที่ดำเนินกิจกรรม แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล/ที่บ้านของผู้ป่วย					
	วันที่	กิจกรรม	เวลา (นาท)	อุปกรณ์	วัตถุประสงค์	การประเมินผล
1/1	ก.ค. 56	ครั้งที่ 1 “ ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง ” 1) การประเมินปัญหาและความหวัง โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินปัญหาในชีวิตประจำวันทั่วไป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน และความหวังของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการปัญหาดังกล่าว 2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและแนวทางการดูแลรักษา 3) การฝึกตั้งเป้าหมาย แก้ไขปัญหา(set goals) โดยทบทวนปัญหาที่ประเมินได้ รวมถึงความหวังที่จะจัดการกับปัญหาพิจารณาเลือกปัญหาที่สำคัญที่สุด 1 ปัญหา ก่อน โดยเป็นปัญหาที่มีผลกระทบกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการจัดการกับปัญหาดังกล่าวไว้ และบันทึกไว้ในสมุดบันทึก	30	- สมุดบันทึก - คู่มือโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น)	1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมาย (set goals) เป็นการเริ่มต้นของกระบวนการคิดที่ก่อให้เกิดความหวัง 2. ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในสถานะของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัว มองเห็นความหวังในการรักษา 3. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ประเมินปัญหาความหวัง และเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาได้	1. ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถบอกถึงเป้าหมายและความหวังของตนในการจัดการกับปัญหาที่พบได้ 2. ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวบอกถึงแนวทางการจัดการกับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ 3. ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาปัญหาและเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาได้

ตารางที่ 2 (ต่อ)

สัปดาห์ / ครั้ง	วันที่	สถานที่ดำเนินกิจกรรม แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล/ที่บ้านของผู้ป่วย				
		กิจกรรม	เวลา (นาที)	อุปกรณ์	วัตถุประสงค์	การประเมินผล
1/2	ก.ค . 56	<p>ครั้งที่ 2 “ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย”</p> <p>1) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการวางแผน การดำเนินชีวิตร่วมกันไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว</p> <p>2) ร่วมเล่นเกมบันไดงู ขึ้นบันไดสู่ความสำเร็จ โดยผู้วิจัยเป็นกรรมการอ่านคำสั่ง ให้ผู้ป่วยและญาติเป็นผู้เล่นเกมบันไดงู ซึ่งจะสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุ การดูแล และเสริมสร้างความหวัง</p>	30	- สมุดบันทึก	<p>1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนในการพัฒนา และระบุวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมาย เกิดกระบวนการคิดในการวางแผนเพื่อบรรลุเป้าหมาย (pathways thinking) ที่ตั้งไว้</p> <p>2. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ</p> <p>3. ส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว</p> <p>4. สร้างความสนุกสนาน ผ่อนคลายความเครียด</p>	<p>1. ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถบอกถึงแผนการที่จะปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกันได้</p> <p>2. ผู้ป่วยสามารถและสมาชิกครอบครัวตอบคำถามได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่</p> <p>3. ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเล่นเกมบันไดงูเป็นอย่างดี</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

สัปดาห์ / ครั้งที่	สถานที่ดำเนินกิจกรรม แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล/ที่บ้านของผู้ป่วย					
	วันที่	กิจกรรม	เวลา (นาที)	อุปกรณ์	วัตถุประสงค์	การประเมินผล
2/3	ส.ค. 56	ครั้งที่ 3 “สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย” 1) ค้นหาแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย 2) ผู้วิจัยแนะนำวิธีการฝึกคิดเชิงบวก 12 วิธี และยกตัวอย่างสถานการณ์ให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวแสดงความคิดเห็นเสนอแนะมุมมองต่อปัญหา อุปสรรคต่างๆ ในทางบวก ฝึกวิเคราะห์ปัญหา เป้าหมาย การวางแผนการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยส่งเสริมความคิดในเชิงบวก ในการจัดการปัญหาดังกล่าว และให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว กลับไปประเมินปัญหาของตนเองที่พบเพิ่ม และการให้กำลังใจตนเองเมื่อพบปัญหานั้น แล้วบันทึกไว้ในสมุดบันทึก(เป็นการบ้าน)	30	สมุดบันทึก - สื่อการสอนวิธีคิดบวก - สถานการณ์ตัวอย่าง	1. กระตุ้นให้เกิดการระบุแหล่งจูงใจและผลจากการแสดงออกของแรงจูงใจ (motivation) 2. เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติไปสู่เป้าหมาย โดยการสร้างแรงจูงใจและการฝึกคิดเชิงบวกต่อปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการที่จะปฏิบัติไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้	1. ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวบอกถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะบรรลุเป้าหมาย 2. ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถเสนอแนะมุมมองทางบวกต่อปัญหาที่พบในสถานการณ์ตัวอย่างได้

ตารางที่ 2 (ต่อ)

สัปดาห์ /ครั้งที่	สถานที่ดำเนินกิจกรรม แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล/ที่บ้านของผู้ป่วย					
	วันที่	กิจกรรม	เวลา (นาท)	อุปกรณ์	วัตถุประสงค์	การประเมินผล
2/4	ส.ค. 56	ครั้งที่ 4 “ทบทวน เป้าหมาย ไม่หมดหวัง” 1) ทบทวนปัญหา เป้าหมายในการจัดการ ปัญหา และ แนวทางใน การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุ เป้าหมายที่ตั้งไว้ ตามที่ บันทึกไว้ในสมุดบันทึก พยาบาลร่วมพูดคุย สอบถามแลกเปลี่ยน ประสบการณ์เกี่ยวกับการ ปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และบันทึกไว้เป็นข้อ ๆ 2) นำปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่ได้จากการทบทวน ดังกล่าว มาวิเคราะห์ ผู้วิจัยนำเสนอมุมมองต่อ ปัญหา และอุปสรรคต่างๆ ในทางบวก ทบทวน การบ้าน	30	- สมุด บันทึก	1. ติดตาม ความก้าวหน้า ของการปฏิบัติ ไปสู่เป้าหมาย 2. เพื่อกระตุ้นให้ ผู้ป่วยรับรู้ถึง ปัญหาอุปสรรคที่ เกิดขึ้นและคิดหา วิธีการที่จะ เอาชนะปัญหา อุปสรรคอย่างมี เป้าหมาย ก่อให้เกิด ความหวังที่จะทำ ได้สำเร็จ	1. ผู้ป่วยและ สมาชิก ครอบครัวบอก ถึงการปฏิบัติ ตามแนวทางที่ วางแผนไว้ได้ 2. ผู้ป่วยและ สมาชิก ครอบครัวบอก ถึงปัญหา อุปสรรคในการ ปฏิบัติที่พบ และบอกถึง วิธีการจัดการ กับปัญหานั้นได้

ตารางที่ 2 (ต่อ)

สัปดาห์ / ครั้ง	วันที่	สถานที่ดำเนินกิจกรรม แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล/ที่บ้านของผู้ป่วย				
		กิจกรรม	เวลา (นาท)	อุปกรณ์	วัตถุประสงค์	การประเมินผล
3/5	ส.ค .56	ครั้งที่ 5 “ปรับเปลี่ยน เป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจ หนทาง” 1) ทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยและ ครอบครัวได้รับ จากการ ร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา ความรู้สึกต่อเป้าหมายที่ตั้งไว้และแผนการปฏิบัติที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย 2) พูดคุยให้กำลังใจและย้ำ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวว่า เราสามารถปรับเปลี่ยน เป้าหมายและหาหนทางเพื่อ ไปสู่เป้าหมายใหม่ได้เรื่อยๆ ถ้าหากยังมีความหวัง อย่า หหมดหวัง เมื่อเจอปัญหาให้ มองในแง่บวกไว้ก่อน เป็นต้น 3) พูดคุยเกี่ยวกับ “สมุด บันทึกความหวัง หนทางสู่ เป้าหมาย” ที่ร่วมกันบันทึก ไว้ ประโยชน์ที่ได้รับจาก กิจกรรม	30 30	-สมุด บันทึก	1. เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัว สามารถปรับเปลี่ยน เป้าหมายและ หนทางหาก จำเป็นเพื่อคงไว้ ซึ่งความหวังที่จะ บรรลุเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยและ ครอบครัวบอก ถึงความหวัง และการ ปรับเปลี่ยน เป้าหมายของ ตนเองได้

ตารางที่ 3 แสดงระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมรายครอบครัว ตั้งแต่วันที่ 29 ก.ค.-18 ส.ค. 2556

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม				
	กิจกรรมที่ 1	กิจกรรมที่ 2	กิจกรรมที่ 3	กิจกรรมที่ 4	กิจกรรมที่ 5
ครอบครัวที่ 1 - 5	29 ก.ค.56	31 ก.ค. 56	6 ส.ค. 56	10 ส.ค. 56	15 ส.ค. 56
ครอบครัวที่ 6 - 10	30 ก.ค. 56	1 ส.ค. 56	7 ส.ค. 56	11 ส.ค. 56	16 ส.ค. 56
ครอบครัวที่ 11 - 15	2 ส.ค. 56	4 ส.ค. 56	8 ส.ค. 56	13 ส.ค. 56	17 ส.ค. 56
ครอบครัวที่ 16 - 20	3 ส.ค. 56	5 ส.ค. 56	9 ส.ค. 56	14 ส.ค. 56	18 ส.ค. 56

ตัวอย่างการดำเนินกิจกรรมรายครอบครัวมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 “ ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง ”

1) การประเมินปัญหาและความหวัง โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินปัญหาในชีวิตประจำวันทั่วไป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน และความหวังของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการปัญหาดังกล่าว

2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและแนวทางการดูแลรักษา

3) การฝึกตั้งเป้าหมาย แก้ไขปัญหา (set goals) โดยทบทวนปัญหาที่ประเมินได้ รวมถึงความหวังที่จะจัดการกับปัญหาพิจารณาเลือกปัญหาที่สำคัญที่สุด 1 ปัญหา ก่อน โดยเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อผู้ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการจัดการกับปัญหาดังกล่าวไว้ และบันทึกไว้ในสมุดบันทึก

ตัวอย่างปัญหาที่พบและความหวังในการแก้ปัญหา

พยาบาล : “...สำหรับวันนี้เป็นการพบกันครั้งแรกเราจะมาทำกิจกรรมร่วมกันทั้งหมด 3 กิจกรรม โดยใช้เวลาในการพบกันครั้งนี้ประมาณ 90 นาที ใช้ชื่อกิจกรรมครั้งที่ 1 นี้ว่า “ ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง ” เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการตั้งเป้าหมาย และมีความรู้ความเข้าใจในสภาวะของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัวมองเห็นความหวังในการรักษา ...”

กิจกรรมที่ 1

พยาบาล : “ กิจกรรมแรกคือ การร่วมกันประเมินปัญหาที่พบในชีวิตประจำวันทั่วไป ขอให้คุณลุง/คุณป้า(ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว) ช่วยบอกหรือเล่าถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาเกี่ยวกับโรค อารมณ์นอนไม่หลับ การรับประทานยา หรือปัญหาความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสิ้นหวัง” (เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน)

ผู้ป่วย : “ ปัญหาของผมตอนนี้คือ รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า เมื่อก่อนเคยทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัวแต่ตอนนี้ออกไปทำงานไม่ได้แล้ว ต้องอาศัยแม่บ้านเค้าทำงานคนเดียว ก็เกรงใจเค้า...บางทีผมบ่นว่าเค้ากลับบ้านช้าเป็นห่วงเค้า เค้าก็ไม่พอใจ..ทำให้ทะเลาะกันผมก็ไม่สบายใจ....คิดมากๆ บาง

ที่ผมเคยคิดว่าอยากตายให้มันจบๆ ไปจะได้ไม่เป็นภาระของคนอื่น...เคยไปหาหมอ หมอบอกว่าเป็นโรคซึมเศร้า ชอบคิดมาก..ให้ยามากินก็ดีขึ้นเดี๋ยวนี้เลิกกินแล้ว มีแต่ยานอนหลับ..”

“..ปัญหาตอนไม่หลับผมเป็นมานานแล้ว เมื่อก่อนต้องกินยานอนหลับแต่เดี๋ยวนี้พยายามเลิกยังพอหลับเองได้บ้างคืน ก็ไม่รู้จะแก้งังังคิดว่า แก่แล้วเลยนอนหลับยากเป็นเรื่องธรรมดา”

ภรรยา : อมยิ้มเล็กน้อย “...ลุงแก่เป็นคนคิดมาก ชอบบ่น บางทีป่าเหนือยก็รำคาญแก่บ่นนั่นนี่ไม่หยุด เลยชี้เกี้ยวจะพูดกับแก่..”

พยาบาล : “..จากปัญหาที่เล่ามาคุณลุงคิดว่ามีความหวังในการจัดการปัญหาดังกล่าวอย่างไรบ้างคะ”

ผู้ป่วย : “ ผมก็ไม่รู้เหมือนกัน ก็คิดว่าช่างมัน อดทนไว้ ไม่รู้จะทนได้แค่ไหนเหมือนกันนะ”

พยาบาล : “จากปัญหาที่คุณลุง คุณป้า เล่ามาคิดว่า มีสาเหตุมาจากอะไรคะ..”

ผู้ป่วย : “ผมชอบคิดมาก ส่วนหนึ่งอาจมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้าหรือเปล่าครับคุณหมอ”

พยาบาล : “ไม่ทราบว่าคุณลุง คุณป้ามีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ในผู้สูงอายุว่าอย่างไรบ้างคะ”

ผู้ป่วย : “ก็ไม่ค่อยรู้อะไรมาก ไปหาหมอ หมอบอกว่าเป็นโรคซึมเศร้าให้ยามากิน กินแล้วรู้สึกเหมือนอารมณ์จะดีขึ้น..แต่ก็ไม่ตลอด”

ภรรยา : “ป้าก็ไม่ค่อยรู้เรื่องหรอก ..ตอนที่แก่เป็นหนักๆ เมื่อ 2 ก่อนเข้าโรงพยาบาลป้าก็คอยให้กำลังใจแก่ เดี่ยวนี้แก่ก็อยู่ได้ เลยไม่ค่อยได้พูดกัน”

กิจกรรมที่ 2

พยาบาล : “วันนี้พยาบาลได้เตรียมที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุก่อน เราจะได้ทราบว่า โรคนี้เป็นอย่างไร เราจะจัดการกับโรคนี้ได้อย่างไร ญาติจะช่วยดูแลผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้ได้อย่างไรบ้าง..เพื่อให้เรามีความหวังกำลังใจในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้านะคะ”

(พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยใช้สื่อการสอนที่จัดทำขึ้น ระหว่างการสอนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัย และสอบถามย้อนกลับเกี่ยวกับอาการและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ)

หลังจากสอนเสร็จ พยาบาลแจกหนังสือคู่มือโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

พยาบาล : “เป็นอย่างไรบ้างคะ คุณลุง หลังจากที่ได้ทราบเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุแล้ว รู้วิธีการดูแลรักษาแล้ว คิดว่ามีความหวังในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นตามที่เล่าให้ฟังในตอนแรกอย่างไรบ้างคะ” “แล้วคุณป้าคิดว่า จะช่วยให้คุณลุงมีความหวัง สามารถจัดการกับปัญหาได้หรือไม่บ้างคะ”

ผู้ป่วย : “ดีครับ ผมคิดว่าก็น่าจะจัดการกับมันได้”

ภรรยา : “ตามที่คุณพยาบาลบอก ป้าก็จะคอยให้กำลังใจเค้า พูดกับเค้าดีๆ เพราะเค้าป่วยชอบคิดมากอยู่แล้ว พยายามจะไม่โกรธเค้า..ป้าก็อยากให้เขาไม่ต้องคิดอะไรมาก อยู่กันมาจนแก่แล้ว”

พยาบาล : “ดีมากเลยคะ คุณลุงคุณป้าที่คอยให้กำลังใจกัน พยาบาลก็หวังว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นกับคุณลุง คุณลุงจะสามารถจัดการมันได้ ...”

กิจกรรมที่ 3

พยาบาล : “จากปัญหาหลายๆปัญหาที่เราคุยกันในตอนแรก ดิฉันอยากให้เรามาช่วยกันเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ช่วยกันเลือกมาสัก 1 ปัญหาที่คิดว่าสำคัญที่สุดเพื่อที่จะได้วางแผนจัดการก่อน จากนั้นตั้งเป้าหมายที่จะจัดการกับปัญหาแต่ละข้ออย่างไร”

ผู้ป่วย : “ ปัญหาเรื่องชอบคิดมาก คิดน้อยใจ อันนี้ผมคิดว่าน่าจะสำคัญสุด รองมาก็เรื่องนอนไม่หลับ..ผมคงต้องพยายามคิดให้น้อยลง ...เรื่องนอนไม่หลับก็จะหาวิธีที่จะช่วยให้นอนหลับ”

ภรรยา : “ใช่ ป้าก็ว่าอย่างนั้นแหละลุงแกชอบคิดมาก คิดน้อยใจอยู่คนเดียวมีอะไรก็ไม่ยอมบอก”

พยาบาล : “ฟังจากที่คุณลุง คุณป้า เล่ามาแล้ว สรุปปัญหาที่เราพบกันในวันนี้ คือ ปัญหาเรื่องที่คุณลุงชอบคิดมาก ทำให้ไม่สบายใจและคิดว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดในตอนนี้ รองลงมาคือปัญหาเรื่องการนอนหลับ..เป้าหมายของการจัดการปัญหาคือ คุณลุงจะคิดให้น้อยลง ปัญหาเรื่องนอนไม่หลับ คุณลุงจะหาวิธีที่จะช่วยให้นอนหลับ....สำหรับการพบกันในครั้งนี้ต่อไปเราจะมาร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาที่เราได้คุยกันในวันนี้ละคะ..” (บันทึกปัญหาและเป้าหมายลงในสมุดบันทึกความหวัง)

ผลการประเมิน : “ กิจกรรมการพบกันครั้งที่ 1 ”

ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถบอกถึงเป้าหมายและความหวังของตนในการจัดการกับปัญหาที่พบได้ บอกถึงแนวทางการจัดการกับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ และสามารถค้นหาปัญหาและเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาได้

ครั้งที่ 2 “ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย”

1) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการวางแผน การดำเนินชีวิตร่วมกันไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

2) ร่วมเล่นเกมบันไดงู ขึ้นบันไดสู่ความสำเร็จ โดยผู้วิจัยเป็นกรรมการอ่านคำสั่ง ให้ผู้ป่วยและญาติเป็นผู้เล่นเกมบันไดงู ซึ่งจะสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุ การดูแลและเสริมสร้างความหวัง

ตัวอย่างการวางแผนร่วมกันของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

พยาบาล : “สวัสดีค่ะ คุณลุง/ คุณป้า คราวนี้เราพบกันเป็นครั้งที่ 2 จากการพบกันครั้งแรก เราได้พูดคุยกันเกี่ยวกับปัญหาที่พบ และเป้าหมายในการจัดการปัญหานั้นๆ วันนี้เราจะมาทำกิจกรรมครั้งที่ 2 ซึ่งมีชื่อว่า “ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย” โดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนในการพัฒนาและระบุวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ 2) ส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว และ3) สร้างความสนุกสนาน ผ่อนคลายความเครียด โดยประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ การวางแผนการแก้ปัญหา และการเล่นเกมบันไดงู....โดยวันนี้เราจะใช้เวลาประมาณ 60 นาที”

กิจกรรมที่ 1

พยาบาล : “...วันนี้เราจะมาร่วมกันคิดหาหนทางวางแผนการปฏิบัติ เพื่อให้เราสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ คือ ปัญหาที่คุณลุงบอกว่า ชอบคิดมาก และนอนไม่หลับ จากปัญหานี้คุณลุงคุณป้า คิดว่าจะสามารถจัดการได้อย่างไรบ้างคะ...”

ผู้ป่วย : “...ปัญหาที่ผมชอบคิดมากนี้ผมก็จะพยายามคิดให้น้อยลง อะไรที่มันไร้สาระก็จะพยายามเลิกคิด ถ้า...พอคิดมากๆ รู้สึกเศร้า ก็จะทำอย่างอื่นทำ ปลุกต้นไม้ ตัดหญ้า ทำงานบ้าน

ตามที่คุณพยาบาลแนะนำ..เรื่องนอนไม่หลับนี้ผมก็พยายามไม่นอนกลางวัน ตอนกลางคืนก็นอนฟังวิทยุไปให้มันเพลินๆ ก็หลับบ้างไม่หลับบ้าง”

ภรรยา : “...ป่าก็คอยบอกลุงเค้าเรื่อยๆ นั่นแหละว่า อย่าคิดอะไรมาก...”

พยาบาล : “...จากปัญหาที่คุณลุงชอบคิดมากทำให้ไม่สบายใจ มีเป้าหมายว่าจะคิดให้น้อยลง โดยจะพยายามหยุดความคิด หรือหางานอดิเรกทำเพื่อไม่ให้คิดเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ..ส่วนปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ มีเป้าหมายคือ จะสามารถนอนหลับได้มากขึ้น โดยจะปฏิบัติ....คุณป่าจะคอยให้กำลังใจและตักเตือนไม่ให้คุณลุงคิดมาก พยาบาลเชื่อว่าคุณลุงจะสามารถทำได้ และขอเป็นกำลังใจให้อีกคนนะคะ” (จดบันทึก แผนการแก้ปัญหาลงในสมุดบันทึก “ความหวัง หนทางสู่เป้าหมาย”)

กิจกรรมที่ 2 “ต่อไปเราจะร่วมเล่นเกม บันไดงู ขึ้นบันไดสู่ความสำเร็จ โดยให้คุณลุงอยู่ฝ่ายสีเขียวและคุณป่าอยู่ฝ่ายสีแดง ...” (พยาบาลแนะนำขั้นตอนวิธีการเล่นเกมตามคู่มือ) (ผู้ป่วย และ

ภรรยา : สามารถเล่นเกมตามตามคำแนะนำได้ โดยพยาบาลคอยกระตุ้นและพูดให้กำลังใจ)

ตัวอย่างคำสั่งในบัตรคำที่ผู้ป่วยจับได้ หลังจากทอยลูกเต๋าและขยับตัวเดินไปบนช่องแต่ละครั้ง

พยาบาล : “ให้คุณลุงเปิดบัตรคำสั่งสีเขียว..จากบัตรคำสั่ง “จงตอบคำถามว่า อะไรทำให้ท่านรู้สึกสิ้นหวัง””

ผู้ป่วย : “...แล้วทำงานเลี้ยงครอบครัวไม่ได้เหมือนแต่ก่อน..”

พยาบาล : “ต่อไปคุณป่าเปิดบัตรคำสั่งสีแดง...จากบัตรคำสั่ง “ท่านสามารถช่วยลดปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างไรบ้าง””

ภรรยา : “....คอยให้กำลังใจ ไม่ปล่อยให้อยู่คนเดียว ไข่ม้อยคะ..”

พยาบาล : “ถูกต้องคะคุณป่า การให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้คุณลุงได้พูดระบายความคับข้องใจ จะช่วยให้คุณลุงรู้สึกดีขึ้น และหากคุณลุงกำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้าก็ไม่ควรปล่อยให้อยู่คนเดียว เพราะจะเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองได้...การช่วยส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของตัวเอง โดยช่วยให้ระลึกความหลังในสิ่งที่ดี...”

ภรรยา : “คะ คุณพยาบาล ป่าจะพูดคุยกับลุงให้มากขึ้น..”

พยาบาล : “ ดีมากเลยคะคุณป่า ต่อไปถึงตาคุณลุงทอยลูกเต๋า แล้วเปิดบัตรคำสั่งเลยคะ...จากบัตรคำสั่งสีเขียว “จงบอกกับตัวเองว่า “ฉันคิดว่าชีวิตฉันมีคุณค่า และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต””

ผู้ป่วย : “ผมคิดว่าชีวิตผมมีคุณค่า และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต”

พยาบาล : “จากบัตรคำสั่งสีแดง “ จงจับมือผู้สูงอายุแล้วพูดว่า ลู๊ๆ นะ””ลองจับมือคุณลุงแล้วพูดตามคำสั่งลึคะคุณป่า”

ภรรยา : อมยิ้มเล็กน้อย จับมือผู้ป่วยแล้วพูดว่า “ลู๊ ๆ นะ”

(หลังจากจบเกม ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากการเล่นเกมโดยสอบถามจากผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว)

พยาบาล : “หลังจากเล่นเกมบันไดงูแล้ว รู้สึกอย่างไรบ้างคะ คิดว่าได้อะไรจากการเล่นเกมครั้งนี้บ้าง”

ผู้ป่วย : “ก็สนุกดีครับ ลุงแก่แล้วไม่ค่อยได้เล่นเกมอะไรแบบนี้มานาน ที่คุณพยาบาลถามก็ทำให้ผมคิดอะไรได้หลายอย่างรู้สึกมีกำลังใจเพิ่มขึ้น”

ภรรยา : “สนุกดีค่ะ ที่คุณพยาบาลถามก็เหมือนได้ทบทวนความรู้ ว่าจะช่วยดูแลกันยังไง..”

พยาบาล : “ขอบคุณคุณลุงคุณป้ามากนะค่ะที่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมครั้งนี้เป็นอย่างดี แล้วพบกันใหม่ในครั้งหน้า....”

ผลการประเมิน : “กิจกรรมการพบกันครั้งที่ 2”

ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถบอกถึงแผนการที่จะปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกันได้ สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเล่นเกมบันไดงูเป็นอย่างดี

ครั้งที่ 3 “สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย”

1) ค้นหาแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย

2) ผู้วิจัยแนะนำวิธีการฝึกคิดเชิงบวก 12 วิธี และยกตัวอย่างสถานการณ์ให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวแสดงความคิดเห็นเสนอแนะมุมมองต่อปัญหา อุปสรรคต่างๆ ในทางบวก ฝึกวิเคราะห์ปัญหา เป้าหมาย การวางแผนการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยส่งเสริมความคิดในเชิงบวก ในการจัดการปัญหาดังกล่าว และให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว กลับไปประเมินปัญหาของตนเองที่พบเพิ่มเติมและการให้กำลังใจตนเองเมื่อพบปัญหานั้น แล้วบันทึกไว้ในสมุดบันทึก (เป็นการบ้าน)

ตัวอย่าง การสร้างแรงจูงใจและมุมมองต่อปัญหาในสถานการณ์ตัวอย่าง

“สวัสดิ์ค่ะ คุณลุง/ คุณป้าครั้งนี้เราพบกันเป็นครั้งที่ 3 แล้วนะค่ะ กิจกรรมในครั้งนี้มีชื่อว่า “สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติไปสู่เป้าหมายโดยการฝึกคิดพิจารณาความสามารถของตนเอง และการฝึกคิดเชิงบวกต่อปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการที่จะปฏิบัติไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ..ประกอบด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) ค้นหาแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจ และ 2) การสอนและฝึก การคิดเชิงบวก โดยจะใช้เวลาประมาณ 60 นาที”

กิจกรรมที่ 1

ผู้วิจัยพูดคุยสอบถาม และทบทวนเกี่ยวกับการปฏิบัติ สอบถามถึงแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่หวังไว้ และกล่าวชมเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติและเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

พยาบาล : “จากสิ่งที่เราได้คุยกันในการพบกันครั้งก่อน เกี่ยวกับปัญหาที่พบ เป้าหมายในการแก้ปัญหา และแผนการปฏิบัติจัดการปัญหา.....คุณลุง/ คุณป้าได้มีการปฏิบัติกันอย่างไรบ้างคะ”

ผู้ป่วย : “ ครับ จากที่คุยกับคุณพยาบาลวันก่อน ผมก็พยายามคิดให้น้อยลง พอรู้สึกจะเริ่มคิดอะไรไม่ดีก็จะหาอะไรทำให้มันเพลินๆ ไป ทำงานบ้าน ตัดหญ้าไป ผมว่าผมก็คิดอะไรน้อยลงนะ อ่านหนังสือที่คุณพยาบาลให้มานี้ ผมว่ามีประโยชน์นะที่บอกว่าถ้าเราเศร้าแล้วต้องจัดการตัวเองยังไง.. พุดกับภรรยาผม เวลาเขาหงุดหงิดผมก็ไม่ค่อยโกรธเค้า เหมือนแต่ก่อน...คิดว่าเค้าคงทำงานมาเหนื่อย”

ภรรยา : “ป้าก็คอยบอกลุงนะ เวลาทำอะไร อย่าคิดมาก แก่ก็บ่น หงุดหงิดน้อยลงนะ..”

พยาบาล : “ดีมากเลยคะ เมื่อคิดน้อยลงแล้วคุณลุงรู้สึกว่าการมีชีวิตดีขึ้น มีความสุขมากขึ้นหรือไม่คะ”

ผู้ป่วย : “ครับ ผมก็ทำอะไรไปเพลินๆ ไม่อารมณ์เสี้ง่ายเหมือนแต่ก่อน เพราะพอรู้สึกว่าการมีชีวิตดีขึ้นก็คิดอย่างอื่นไป บางทีคิดว่าช่างมันเถอะ เต็มวันคงดีขึ้น...อะไรที่มันไร้สาระก็จะพยายามเลิกคิด”

พยาบาล : “มีอะไรเป็นแรงจูงใจทำให้คุณลุง สามารถหยุดความคิดมากนี้ได้ และคาดว่า จะสามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง หากมีสิ่งนี้คะ.....”

ผู้ป่วย : “..ผมก็อยากให้คุณสบายใจ ไม่อยากให้คุณต้องเป็นห่วง ตอนนีภรรยาเค้าก็พูดคุยถามไถ่ผมมากขึ้น...แค่เค้าถามผมว่า กินข้าวหรือยัง..ผมก็ขึ้นใจแล้วครับว่าเค้าก็เป็นห่วงผม..ลูกสาวผมตอนนี้เรียนอยู่ ปวช.ปีสุดท้ายแล้ว..เค้าก็คอยถามผมว่า..เป็นไงบ้างพ่อ...พ่อยังคิดมากนะ..เดี๋ยวหนูเรียนจบแล้วหนูจะทำงานเลี้ยงพ่อเอง...ผมก็ปลื้มใจครับ...”

พยาบาล : “จากที่คุณลุงเล่ามา ครอบครัวเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้คุณลุงมีความหวังและกำลังใจในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต...และขอให้คุณปู่ช่วยเป็นกำลังใจดูแลกันอย่างต่อเนื่อง นะคะ...ขอให้คุณลุง/ คุณปู่ หมั่นสร้างและรักษาแรงจูงใจ ที่ก่อให้เกิดความหวังนี้ไว้เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีความสุขในการดำรงชีวิต ต่อไปหากเจอปัญหาเพิ่มขึ้นอีกแต่เรามีความหวังกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาเราก็จะสามารถผ่านมันไปได้...”

กิจกรรมที่ 2

พยาบาล : “ต่อไปนี่เรามาพูดถึงวิธีการฝึกคิดบวกเพื่อชีวิตที่มีหวัง ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ไม่ยาก 12 ขั้นตอนง่ายๆ ต่อไปนี้คะ.....(สื่อการสอนบอร์ด 12 วิธีคิดบวก)”

เราได้ทราบเกี่ยวกับขั้นตอนการคิดบวกกันบ้างแล้ว ต่อไปจะเป็นการยกตัวอย่างสถานการณ์ที่มีปัญหา (สถานการณ์ที่ 2 “ นายพิทักษ์ อายุ 68 ปี มีอาชีพทำสวนผลไม้ ภรรยาเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเมื่อ 3 ปีที่แล้ว มีบุตรชาย 1 คน แต่งงานมีครอบครัว มีหลานชาย 2 คน 2 ปีก่อนเกิดเหตุการณ์น้ำท่วมสวนผลไม้ของนายพิทักษ์ ทำให้นายพิทักษ์ขาดทุน และเป็นหนี้หลายหมื่นบาท มักทะเลาะกับบุตรชายบ่อยครั้ง แต่มีสัมพันธ์กับลูกสะใภ้ดี ปัจจุบันนายพิทักษ์มักชอบนั่งอยู่คนเดียวบ่นว่าชีวิตตอนนี้รู้สึกว่าจะไร้กู้ไต่ไปหมด ไม่มีใครช่วยอะไรได้ ไม่เห็นทางออก มองอนาคตไม่เห็นว่าชีวิตตอนนี้รู้สึกว่าจะไร้กู้ไต่ไปหมด นอนไม่หลับ ”)..... ถ้าหากคุณลุง/ คุณปู่พบปัญหาแบบนี้ จะมองปัญหานี้อย่างไร และจะจัดการปัญหานี้อย่างไร ลองช่วยกันคิดสิคะ”

ผู้ป่วย : “ถ้าเป็นผม ผมก็จะคิดว่า ช่างมันเถอะ อะไรที่หมดแล้วก็หมดไป ถ้ามันแต่คิดถึงมันบ่อยๆ เราก็จะเสียใจเปล่าๆ แต่ก่อนผมก็เคยคิดนั่งเสียใจกับตัวเองว่า ทำไมทำงานไม่ได้เหมือนแต่ก่อน คิดมากๆไปก็ไม่ทำอะไรดีขึ้น สู้เลิกเสียใจมาทำอะไรที่เราทำไหว ตอนนีผมก็ทำงานบ้านไป ปลูกผักปลูกยาไปตามประสา..ว่างๆ ก็ฟังธรรมะบ้างจะได้สบายใจขึ้น”

ภรรยา : “ป้าว่า แกก็ต้องปล่อยวางบ้าง แกแล้ว ”

พยาบาล : “จะเห็นว่ามุมมองปัญหาในทางบวก อย่างที่คุณลุงบอกว่าตัวเองไม่ไร้ค่า การรับข่าวสารที่ดี เช่นการฟังธรรมะหรืออ่านหนังสือ ทำให้เรามีความหวังกำลังใจในการแก้ปัญหาและมองเห็นแนวทางการแก้ปัญหาได้มากขึ้น...ขอให้คุณลุงกลับไปประเมินปัญหาของตนเองที่พบเพิ่มเติมและการให้กำลังใจตนเองเมื่อพบปัญหานั้น แล้วบันทึกไว้ในสมุดบันทึก ”

ผลการประเมิน : “กิจกรรมการพบกันครั้งที่ 3 ”

ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวบอกถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะบรรลุเป้าหมาย สามารถเสนอแนะมุมมองทางบวกต่อปัญหาที่พบในสถานการณ์ตัวอย่างได้

ครั้งที่ 4 “ติดตามเป้าหมาย ไม่หมดหวัง”

1) ทบทวนปัญหา เป้าหมายในการจัดการปัญหา และ แนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตามที่บันทึกไว้ในสมุดบันทึก พยาบาลร่วมพูดคุยสอบถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคที่พบ และบันทึกไว้เป็นข้อ ๆ

2) นำปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนดังกล่าว มาวิเคราะห์ ผู้วิจัยนำเสนอมุมมองต่อปัญหา และอุปสรรคต่างๆ ในทางบวก ทบทวนการบ้าน

ตัวอย่างกิจกรรม ติดตามเป้าหมาย ไม่หมดหวัง

พยาบาล : “ สวัสดีค่ะ คุณลุง/ คุณป้า เราพบกันวันนี้เป็นครั้งที่ 4 แล้วกิจกรรมที่เราจะทำกันในครั้งนี้ชื่อว่า “ติดตามเป้าหมาย ไม่หมดหวัง” มีวัตถุประสงค์ เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติไปสู่เป้าหมาย และกระตุ้นให้รับรู้ถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นและคิดหาวิธีการที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคดังกล่าวอย่างมีเป้าหมาย โดยเราจะมีกิจกรรม คือ 1) การทบทวนปัญหา เป้าหมายในการจัดการปัญหา และแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และ 2) นำปัญหาอุปสรรคต่างๆ มาวิเคราะห์ ในเชิงบวก...ซึ่งเป็นการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติ..ทำให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่องเกิดผลดีต่อผู้ป่วยในระยะยาว”

“จากปัญหาของคุณลุงที่เราเคยคุยกันไว้ครั้งก่อน ลองทบทวนให้ฟังหน่อยสิคะว่ามีอะไรบ้าง แต่ละปัญหาตั้งเป้าหมายไว้อย่างไร และได้ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้อย่างไรบ้าง..มีปัญหาในการปฏิบัติอย่างไร...และมีอุปสรรคในการปฏิบัติอย่างไรบ้าง.....รวมทั้งมีปัญหาอะไรที่พบเพิ่มเติมหรือไม่จากการบ้านครั้งที่แล้ว” (ผู้วิจัยจดบันทึกปัญหาอุปสรรคลงสมุดบันทึก)

ผู้ป่วย : “ที่เคยคุยกัน ผมก็มีปัญหาหลักๆ 2 อย่างคือ ชอบคิดมาก กับนอนไม่หลับ ...ตอนนี้ก็คิดน้อยลงกว่าเดิมนะ แต่มันก็ห้ามยากบางที่อยู่บ้านคนเดียวเหงาๆ... เรื่องนอนไม่หลับนี่ก็พยายามหาอะไรทำ ไม่นอนกลางวัน มันก็หลับบ้าง ไม่หลับบ้าง..ผมก็ไม่รู้จะทำยังไง...”

ภรรยา : “...ลุงแกต้องอยู่บ้านคนเดียว ลูกสาวไปเรียน ป้าก็ต้องไปทำงานเช้ากะ...แกก็เลยชอบเหงา...ป้าบอกแกให้เดินไปคุยกะคนอื่นบ้าง..ข้างๆบ้านนี่ก็ญาติกันทั้งนั้น...”

พยาบาล : “...ฟังจากที่คุณลุงเล่าแล้ว แสดงว่าคุณลุงยังคงพยายามที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น...แม้จะยังมีช่วงที่คิดมากอยู่บ้าง..พยาบาลขอชื่นชมนะคะ..อุปสรรคที่พบคือ คุณลุงต้องอยู่บ้านคนเดียวจริงรู้สึกเหงา...?..มีอุปสรรคอะไรอีกบ้างคะที่ทำให้นอนไม่หลับ..?”

ผู้ป่วย : “จริง ๆ แต่ก่อนผมนอนไม่หลับเลยนะต้องกินยา ตอนนี้พอนอนหลับได้บ้าง ก็เลยไม่อยากกิน..ที่คุณพยาบาลแนะนำไมให้นอนกลางวัน อ่านหนังสือฟังเพลงเบาๆ ก่อนนอน ก็ดีนะ ผมก็รู้สึกว่าการนอนหลับได้มากขึ้น..แต่บางทีมันไม่หลับเอง..ก็ไม่รู้ทำไม..”

“ปัญหาที่เพิ่มก็ คือ เกี่ยวกับร่างกายผมเอง เป็นโรคปัสสาวะไม่ออก ต้องสวนออกเอง...เป็นมา 2 ปีแล้ว รักษาอยู่หมอนัดเดือนละครั้ง ให้กินยาฆ่าเชื้อด้วย...”

พยาบาล : “แล้วคุณลุงคิดว่า เป็นปัญหาอย่างไรบ้างคะ...”

ผู้ป่วย : “...ลุงก็ไปหาหมอตลอดคนละ กินยาตามหมอสั่ง..สวนปัสสาวะเองได้..ปัญหา คือบางที ลุงก็กังวลใจ กลัวเป็นอะไรเยอะแล้วจะเป็นภาระให้ครอบครัว”

พยาบาล : “ คุณป้าคิดว่าอย่างไรบ้างคะเกี่ยวกับเรื่องที่คุณลุงกังวลอยู่”

ภรรยา : “ป้าก็ไม่ได้คิดว่าเป็นภาระอะไรนะ...อยู่ด้วยกันก็ต้องดูแลกันไป..ลุงแกชอบคิดมาก ไปเอง..ตอนนี้แกก็ดูแลตัวเองได้ทุกอย่าง..ป้าแทบไม่ต้องทำอะไรเลย..งานบ้านแกก็ทำ..แกแค่ออกไปรับจ้างข้างนอกไม่ได้เหมือนก่อน...แต่ก่อนป้าก็อยู่บ้านเลี้ยงลูก ไม่ได้ทำงานอะไรลุงแกทำงานนอกบ้านคนเดียว..ตอนนี้แกทำไม่ไหว..ป้าก็ต้องทำ..ผลัดกัน..แต่ลุงชอบคิดมาก ..ป้าบอกแกหลายทีไม่ค่อยฟัง.

กิจกรรมที่ 2

- นำปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนดังกล่าว มาวิเคราะห์

พยาบาล : “จากปัญหาอุปสรรคดังกล่าว เราลองมาช่วยกันคิดวิเคราะห์ว่า จะจัดการกับอุปสรรคนี้ได้อย่างไร ให้เราสามารถปฏิบัติได้”

ผู้ป่วย : “...อุปสรรคที่ผมต้องอยู่บ้านคนเดียวเหงา ๆ ทำให้คิดมากกังวลเรื่องต่างๆ อยู่..คิดว่าก็อาจจะออกไปคุยกับคนอื่นบ้าง...ไม่ใช่เราที่มีปัญหาคนเดียว คนอื่นก็มีปัญหาเหมือนกัน..ว่างๆ ก็อ่านหนังสือ ฟังธรรมะไปจิตใจจะสบายขึ้น....”

พยาบาล : “จากอุปสรรคที่พบคาดว่าหากเรามีความตั้งในการปฏิบัติ และจัดการกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ จะทำให้เรามีความหวังและกำลังใจ ในการปฏิบัติไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ขอให้ท่านเอาชนะอุปสรรคให้ได้และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง..ดิฉันขอเป็นกำลังใจให้ค่ะ.....แล้วพบกันใหม่ในสัปดาห์หน้าคะ”

ผลการประเมิน : “กิจกรรมการพบกันครั้งที่ 4 ”

ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวบอกถึงการปฏิบัติตามแนวทางที่วางแผนไว้ได้ บอกถึงปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติที่พบ และบอกถึงวิธีการจัดการกับปัญหานั้นได้

ครั้งที่ 5 “ปรับเปลี่ยนเป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจหนทาง”

1) ทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ จากการร่วมกิจกรรมที่ผ่านมาความรู้สึกต่อเป้าหมายที่ตั้งไว้และแผนการปฏิบัติที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย

2) พุดคุยให้กำลังใจและย้ำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวว่า เราสามารถปรับเปลี่ยนเป้าหมายและหาหนทางเพื่อไปสู่เป้าหมายใหม่ได้เรื่อยๆ ถ้าหากยังมีความหวัง อย่าหมดหวัง เมื่อเจอปัญหาให้มองในแง่บวกไว้ก่อน เป็นต้น

3) พุดคุยเกี่ยวกับ “สมุดบันทึกความหวัง หนทางสู่เป้าหมาย” ที่ร่วมกันบันทึกไว้ ประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรม

ตัวอย่างกิจกรรมปรับเปลี่ยนเป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจหนทาง

พยาบาล : “สวัสดิ์ค่ะ คุณลุง/ คุณป้า วันนี้เราพบกันเป็นครั้งที่ 5 และเป็นครั้งสุดท้ายที่เราจะมาทำกิจกรรมร่วมกัน กิจกรรมในครั้งนี้ชื่อว่า “ปรับเปลี่ยนเป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจหนทาง” มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนเป้าหมายและหนทางหากจำเป็นและคงไว้ซึ่งความหวังที่จะบรรลุเป้าหมาย โดยมีกิจกรรม 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การทบทวนสิ่งที่ได้จากการร่วมกิจกรรมทั้ง 4 ครั้งที่ผ่านมา 2) การพุดคุยให้กำลังใจ 3) พุดคุยเกี่ยวกับ “สมุดบันทึกความหวัง หนทางสู่เป้าหมาย” และสรุปประโยชน์ที่ได้ จากกิจกรรมนี้.....”

กิจกรรมที่ 1

พยาบาล : “สำหรับกิจกรรมแรกเรามาร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้จากการร่วมกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้งที่ผ่านมา คุณลุง/ คุณป้าช่วยเล่า เกี่ยวกับความรู้สึกต่อกันภายในครอบครัว ความรู้สึกเกี่ยวกับความหวังกำลังใจในการดำเนินชีวิต ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ความรู้สึกต่อเป้าหมายที่ตั้งไว้ และแผนการปฏิบัติที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายให้เพียงพอสิคะ.....”

ผู้ป่วย : “ รู้สึกขึ้นดีครับคุณพยาบาล ที่คุณพยาบาลมาคุยด้วย ผมกับภรรยา ก็คุยกันมากขึ้น.. ผมก็รู้สึกใจเย็นลงนะ...หนังสือที่คุณพยาบาลให้มาผมก็อ่านแล้วคิดว่าดีมากเลยที่บอกว่า ..ให้ใส่ใจ ให้เวลา ให้กำลังใจกัน..ทำให้ผมรู้สึกดีขึ้นมาก...”

ภรรยา : “ป้าก็ดีใจที่คุณพยาบาลมาคุยด้วย..มาช่วยแนะนำลุงแก่ว่าให้ทำอะไร บางอย่างป้าก็ไม่เคยรู้ว่าจะต้องดูแลแะงัย...ได้คุยกับคุณพยาบาลนี่ก็ได้ความรู้..ป้าก็ว่าป้าเข้าใจแะมากขึ้น..คิดว่าต่อไปมีปัญหาอะไรก็ได้คุยกัน..ถ้าช่วยกันคงจัดการปัญหาได้.....”

กิจกรรมที่ 2

พยาบาล : “จากการร่วมกิจกรรมทั้งหมดที่ผ่านมา ทำให้เราได้ทราบถึงปัญหาและหาทางจัดการกับปัญหานั้นอย่างมีความหวัง เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ แต่หากเกิดปัญหา หรืออุปสรรคในการปฏิบัติที่ทำให้เราไม่สามารถบรรลุถึงเป้าหมายที่เราตั้งไว้ได้ อย่าเพิ่งหมดหวัง เราสามารถปรับเปลี่ยนเป้าหมาย หรือแนวทางต่างๆ ได้ การอยู่อย่างมีความหวังจะทำให้เรา ไม่ท้อแท้ มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า ดิฉันขอเป็นกำลังใจให้คุณลุง/ คุณป้า มีความหวังอยู่เสมอและเอาชนะปัญหาอุปสรรคต่างๆไปได้นะคะ.....(รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ให้กำลังใจกันและกัน).....”

ผู้ป่วย : “..ลุงก็ไม่ว่าจะพูดอะไร..ก็ชอบใจที่ป้าเค้าพูดดีๆ กับลุง ถามสารทุกข์สุขดิบ..ลุงก็ดีใจแล้ว...เรื่องคิดมาก จะให้เลิกคิดเลยคงไม่ได้..แต่หวังว่าจะคิดให้น้อยลงได้...”

ภรรยา : “ป้าก็อยากให้อารมณ์ดี..ไม่ต้องเศร้า อย่าคิดมาก..ลูกเมียก็ดูแลตัวเองได้ ไม่ต้องเป็นห่วงมาก..อย่าคิดว่าเป็นภาระ เพราะแต่ก่อนลุงก็ทำงานเลี้ยงลูกเมียมาตลอด..”

กิจกรรมที่ 3

พยาบาล : “สุดท้ายนี้เราจะมาพูดถึง “สมุดบันทึกความหวัง หนทางสู่เป้าหมาย” ที่ได้ใช้บันทึกเกี่ยวกับ ปัญหาที่พบ ได้แก่ 1. ชอบคิดมาก น้อยใจตนเอง... เป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ จะคิดให้น้อยลง...แนวทางการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ หากิจกรรมอื่นทำเมื่อรู้ตัวว่าคิดมาก คิดในแง่บวกมากกว่าคิดลบ ออกไปพูดคุยกับผู้อื่นบ้างเมื่อรู้สึกว่ายู่คนเดียวแล้วเหงา เหงาต้องคิดมาก.... ปัญหาเรื่องนอนไม่หลับ..... จะเห็นได้ว่าจากการที่เราบันทึกไว้เราทำสิ่งใดสำเร็จแล้วบ้าง เป้าหมายใดควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม.....จากกิจกรรมที่ผ่านมาเราได้มีการตั้งเป้าหมาย การวางแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การหาแรงจูงใจให้ตนเองเพื่อไปสู่เป้าหมายนั้นๆ การจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น จะพบว่าหลายปัญหาเราสามารถวางแผนจัดการได้หากมีเป้าหมายที่ชัดเจน เช่นที่เราได้บันทึกไว้ในสมุดเล่มนี้ ขอเพียงอย่าหมดหวัง หากเมื่อใดเจอปัญหาอุปสรรคต่างๆ รู้สึกสิ้นหวังท้อแท้ ลองเปิดสมุดบันทึกเล่มนี้ดู จะเห็นว่าท่านเคยสามารถจัดการปัญหาต่างๆ สำเร็จมาบ้างแล้ว เมื่อพบปัญหาอีก ขอให้คิดอย่างมีความหวังที่จะกระทำสำเร็จอย่างในครั้งนี่ ขอให้ครอบครัวช่วยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยด้วย... จากการพบกันทั้ง 5 ครั้งนี้ คุณลุง/คุณป้า มีข้อสงสัยอะไรเพิ่มเติมอีกสามารถ

สอบถาม ดิฉันได้.....(เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามข้อสงสัย และพูดคุยระบายความรู้สึกต่อกัน).....ก่อนจบกิจกรรมดิฉันขอให้ คุณลุง/ คุณป้าพูดถึงประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 5 ครั้งนี้ว่าได้อะไรบ้าง.....ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือ ”

ผู้ป่วย : “ลุงก็ไม่มีอะไรจะถามเพิ่ม..กิจกรรมนี้มีประโยชน์มากเลย คุณพยาบาลอุตุสาห์มาเยี่ยมผมตั้งห้าครั้ง..ชวนคุยผมก็หายเหงาเนะ...สมุด หนังสือที่ให้มานี้ผมก็คิดว่าจะกลับไปอ่านซ้ำๆ นะ คิดว่ามีประโยชน์ดี..เพราะเดี๋ยวนานๆ ไปอาจลืม...”

ภรรยา : “...ป้าก็ไม่ว่าจะถามอะไรเพิ่มเติมหรอก...แต่คิดว่าที่ได้คุยกันนี่ดีนะ..รู้สึกว่าจะได้เข้าใจกันมากขึ้น..ได้รู้จักโรคซึมเศร้าด้วยว่าเป็นยังไง...ต้องดูแลยังไง..แต่ก่อนป้าก็ไม่ว่า ไม่น่าได้สนใจ..

ผลการประเมิน : “กิจกรรมการพบกันครั้งที่ 5 ”

ผู้ป่วยและครอบครัวบอกถึงความหวัง และการปรับเปลี่ยนเป้าหมายของตนเองได้ รวมทั้งประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดได้ตามวัตถุประสงค์

3. ชั้นประเมินผลการทดลอง

3.1 ก่อนดำเนินการทดลองผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา (Pre-test) โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น(MMSE-Thai 2002)

3.2 โดยกลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

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

3.2.2 หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่สร้างโดย อังคณา หมอนทอง (2549) และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) ทันที (post – test) หากพบปัญหากิจกรรมไม่เกิดการสร้างความหวังแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีคะแนนความหวังต่ำ ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขโดยการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างที่ระดับคะแนนความหวังไม่เพิ่มขึ้น และนำมาวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน และเสริมในส่วนของกิจกรรมที่พบว่าเป็นปัญหา โดยผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนนความหวังในระดับปานกลางขึ้นไป

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน มีเกณฑ์การคิดค่าคะแนนโดยคิดค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบสอบถาม และแปลความหมายความหวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย	3.1 – 4	หมายถึง	มีความหวังในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	2.1 – 3	หมายถึง	มีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1 – 2	หมายถึง	มีความหวังอยู่ในระดับต่ำ

จากการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นในกลุ่มทดลอง หลังให้โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (2.98 คะแนน) และไม่พบผู้ป่วยที่มีปัญหาคะแนนความหวังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งถือว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยตั้งไว้ แสดงคะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นรายบุคคล ในกลุ่มทดลอง หลังให้โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นรายบุคคล ในกลุ่มทดลอง หลังให้โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

คนที่	คะแนนเฉลี่ยความหวัง	ระดับความหวัง
1	3.3	สูง
2	3.0	ปานกลาง
3	3.0	ปานกลาง
4	3.0	ปานกลาง
5	3.0	ปานกลาง
6	3.0	ปานกลาง
7	2.5	ปานกลาง
8	2.5	ปานกลาง
9	3.0	ปานกลาง
10	3.0	ปานกลาง
11	3.0	ปานกลาง
12	3.0	ปานกลาง
13	3.0	ปานกลาง
14	3.3	สูง
15	3.0	ปานกลาง
16	2.8	ปานกลาง
17	3.5	สูง
18	3.3	สูง
19	2.3	ปานกลาง
20	3.0	ปานกลาง
รวม	2.98	ปานกลาง

จากนั้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินติดตามผลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง (Follow up) โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างขอความร่วมมือในการทำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale)

3.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3.3 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

3.3.1 ผู้วิจัยประเมินระดับอาการซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น(MMSE-Thai 2002)

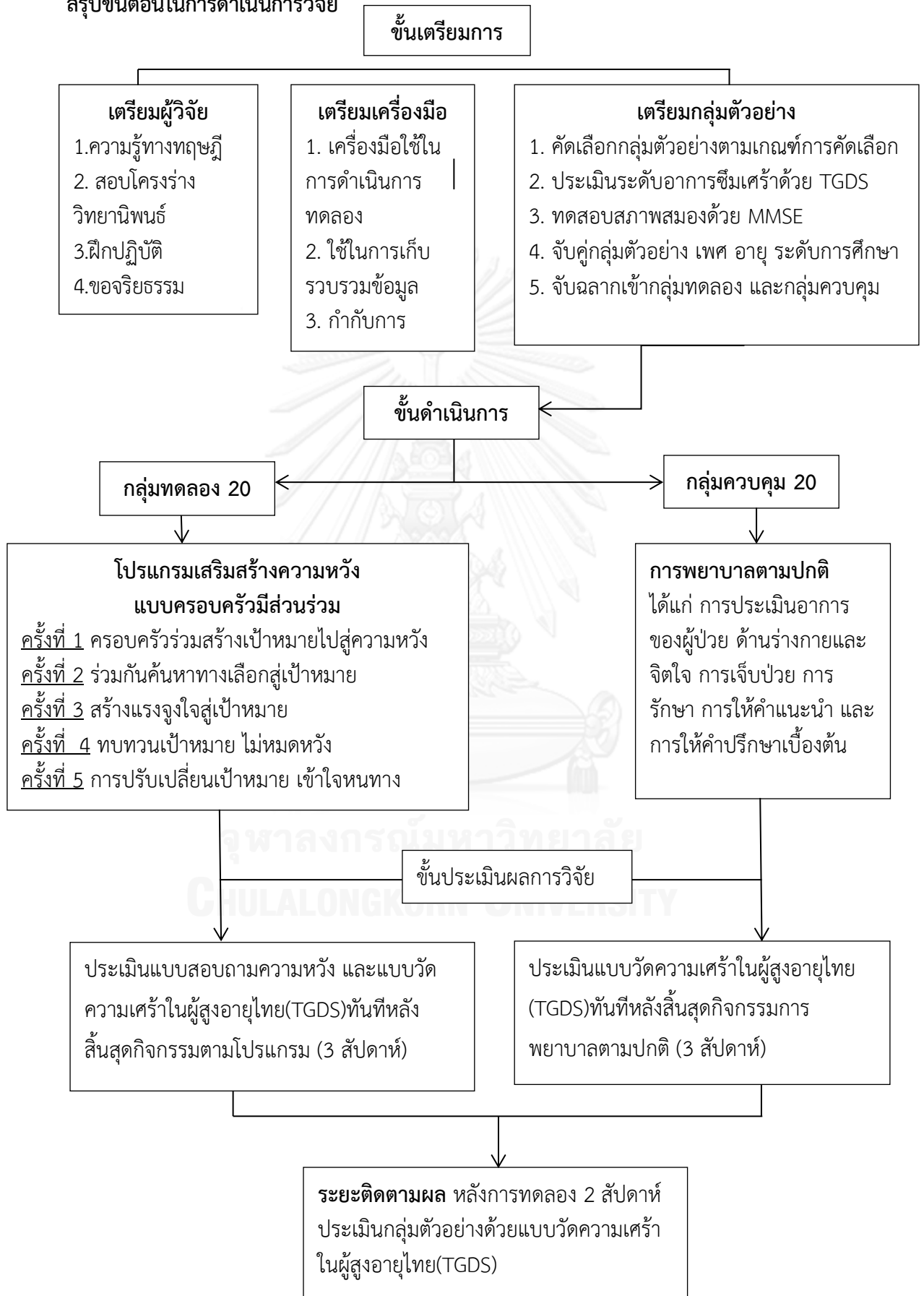
3.3.2 หลังจากเสร็จสิ้นการทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) ทันที (post – test) จากนั้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินติดตามผลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง (Follow up) โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างขอความร่วมมือในการทำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale)

3.3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติมาวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา สถิติสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติ Chi-square
2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
3. ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันในแต่ละระยะ จากนั้นทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบแบบรายคู่ของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ชนิด 2 กลุ่ม แบบวัดซ้ำ(Repeated Measures Design:Two Groups) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และติดตามผล 2 สัปดาห์ และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอัมพวา โรงพยาบาลนภลัย และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าไม่มีภาวะสมองเสื่อม และครอบครัว (ผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกครอบครัว) โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ครอบครัว ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without Replacement) เพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 ครอบครัว นำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายและกราฟ แบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสอาชีพ รายได้ และความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ และความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 3 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และความเพียงพอของรายได้ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5 ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ของปัจจัยส่วนบุคคล ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	Total (n=40)		กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	7	17.5	3	15.0	4	20.0
หญิง	33	82.5	17	85.0	16	80.0
อายุ (ปี)						
60 – 69	12	30.0	7	35.0	5	25.0
70 – 79	20	50.0	8	40.0	12	60.0
80 - 90	8	20.0	5	25.0	3	15.0
Mean±S.D.	73.32±8.13		73.65±9.47		73.00±6.76	
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	37	92.5	18	90.0	19	95.0
มัธยมศึกษา	2	5.0	1	5.0	1	5.0
ประกาศนียบัตร	1	2.5	1	5.0	-	-
สถานภาพสมรส						
ไม่เคยแต่งงาน	5	12.5	3	15.0	2	10.0
แต่งงานแล้ว	16	40.0	9	45.0	7	35.0
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	19	47.5	8	40.0	11	55.0
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	19	47.5	9	45.0	10	50.0
เกษตรกร	14	35.0	7	35.0	7	35.0
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	3	7.5	1	5.0	2	10.0
รับจ้าง	4	10.0	3	15.0	1	5.0
รายได้ บาท/เดือน						
≤1,000	2	5.0	-	-	2	10.0
1,001 – 3,000	12	30.0	5	25.0	7	35.0
3,001 – 5,000	26	65.0	15	75.0	11	55.0
Median (Min-Max)	5,000 (1,000-5,000)		5,000 (3,000-5,000)		5,000(1,000-5,000)	
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	31	77.5	17	85.0	14	70.0
ไม่เพียงพอ	9	22.5	3	15.0	6	30.0

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 82.5 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 73.32 ± 8.13 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 92.5 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 47.5 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่เพียงพอร้อยละ 77.5 ซึ่งจะเห็นได้ว่าข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสอาชีพ รายได้ และความเพียงพอของรายได้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคล

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ และความเพียงพอของรายได้ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบสัดส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคล ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติ Chi-square แบบ 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน

ลักษณะทั่วไป	χ^2	df	p
เพศ	0.533	1	0.465
อายุ (ปี)	0.476	1	0.490
ระดับการศึกษา	1.027	2	0.598
สถานภาพสมรส	0.924	2	0.630
อาชีพ	1.386	3	0.709
รายได้ บาท/เดือน	2.949	2	0.229
ความเพียงพอของรายได้	1.290	1	0.256

จากตารางที่ 6 พบว่า อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ และความเพียงพอของรายได้ ในกลุ่มทดลองและควบคุมไม่แตกต่างกัน แสดงว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน

ส่วนที่ 3 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

ตารางที่ 7 คะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คนที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ระยะก่อน	ระยะสิ้นสุด	ระยะติดตาม	ระยะก่อน	ระยะสิ้นสุด	ระยะติดตาม
1	13.0	11.0	11.0	13.0	15.0	17.0
2	13.0	11.0	11.0	13.0	15.0	17.0
3	13.0	11.0	10.0	13.0	14.0	17.0
4	14.0	13.0	12.0	13.0	15.0	17.0
5	15.0	13.0	13.0	13.0	15.0	17.0
6	15.0	13.0	13.0	13.0	16.0	19.0
7	16.0	13.0	13.0	15.0	17.0	21.0
8	17.0	16.0	15.0	15.0	17.0	19.0
9	17.0	15.0	13.0	17.0	19.0	22.0
10	18.0	15.0	13.0	17.0	19.0	22.0
11	18.0	16.0	13.0	17.0	21.0	24.0
12	19.0	17.0	16.0	17.0	21.0	23.0
13	21.0	19.0	16.0	18.0	21.0	24.0
14	21.0	17.0	17.0	19.0	21.0	23.0
15	22.0	17.0	17.0	20.0	22.0	25.0
16	24.0	16.0	15.0	21.0	23.0	25.0
17	24.0	20.0	17.0	22.0	24.0	24.0
18	24.0	17.0	15.0	22.0	24.0	26.0
19	25.0	20.0	19.0	26.0	27.0	20.0
20	26.0	20.0	18.0	27.0	26.0	28.0
\bar{X}	18.75	15.50	14.35	17.55	19.60	21.50
SD	4.35	2.98	2.52	4.35	3.99	3.46
ระดับภาวะซึมเศร้า	ปานกลาง	เล็กน้อย	เล็กน้อย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ปานกลาง

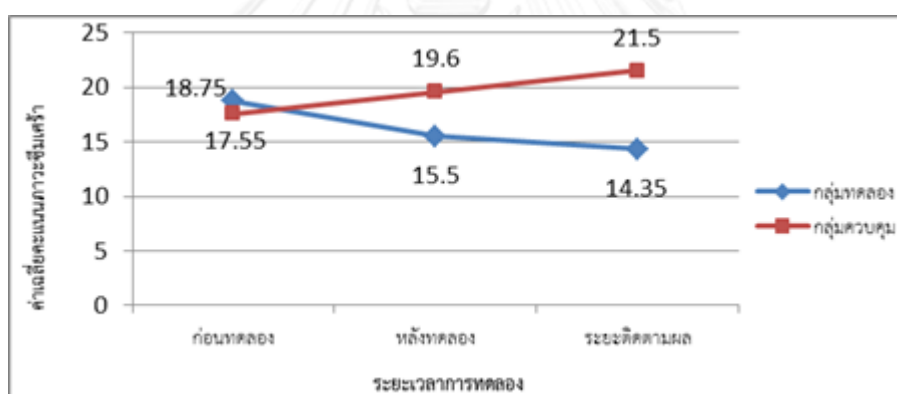
จากตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผลในกลุ่มทดลองเป็น 18.75(SD = 4.35), 15.50 (SD = 2.98) และ 14.35(SD = 2.52)ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนการทดลองในระดับ

ปานกลาง ระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อยและมีแนวโน้มที่ต่ำลงตามลำดับ

ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผลเป็น 17.55 (SD = 4.35), 19.60 (SD = 3.99) และ 21.50 (SD = 3.46) ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนการทดลองอยู่ในระดับเล็กน้อย ระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ คะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลางและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายคน พบว่ากลุ่มทดลองทั้งหมด 20 คน มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงในระยะสิ้นสุดการทดลอง โดยมีจำนวน 13 คนที่คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอีกในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และมี 7 คนที่คะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า มีจำนวน 19 คนที่คะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในระยะสิ้นสุดการทดลอง และมี 1 คนที่มีคะแนนลดลงในระยะสิ้นสุดการทดลอง แต่เพิ่มขึ้นในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และในจำนวน 19 คนที่คะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในระยะสิ้นสุดการทดลอง นั้นมี 1 คนที่มีคะแนนลดลงในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์



ภาพที่ 1 การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ตัวแปรเมื่อมีการวัดซ้ำภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ (Two Way ANOVA Repeated Measure) แสดงไว้ในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	df	SS	MS	F	p-value
Between subjects	39	1720.46			
Group(G)	1	336.68	336.68	9.255	0.004
SS w/in groups	38	1383.78	36.42		
Within subjects	58.23	518.67			
Interval	1.46	7.35	5.05	1.811	0.181
I x G	1.46	357.05	245.26	87.951	<0.001
I x Ss w/ in groups	55.32	154.27	2.79		
Total	97.23	2239.13			

จากตารางที่ 8 พบว่า

- 1) มีความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวม ($F = 9.255$) ที่ระดับนัยสำคัญ .05
- 2) ไม่มีความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผลในภาพรวม ($F = 1.811$) ที่ระดับนัยสำคัญ .05
- 3) พบว่ามีปฏิสัมพันธ์เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มกับระยะเวลา ($F = 87.951$) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 กล่าวคือ ระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในทิศทางเดียวกัน (Ordinal Interaction) ดังนั้นจึงทดสอบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มภายในระยะเวลาดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 9 ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	df	SS	MS	F	p-value
ก่อนการทดลอง					
Between Group	1	14.40	14.40	0.761	0.388
Within Group	38	718.70	18.91		
สิ้นสุดการทดลอง					
Between Group	1	168.10	168.10	13.539	0.001
Within Group	38	471.80	12.42		
ระยะติดตาม					
Between Group	1	511.23	511.23	55.896	<0.001
Within Group	38	347.55			

จากตารางที่ 9 พบว่า

- ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันที่ระดับ .05
- คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์แตกต่างกันที่ระดับ .05 โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 10 ผลการทดสอบย่อยของระยะเวลาการทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	df	SS	MS	F	p-value
กลุ่มทดลอง					
Between Subject	19	580.93			
I	2	208.30	104.15	57.889	<0.001
Error	38	68.37	1.80		
Total	59	857.60			
กลุ่มควบคุม					
Between Subject	19	802.85			
I	2	156.10	78.05	34.527	<0.001
Error	38	85.90	2.26		
Total	59	1044.85			

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำตัวแปรเดียว คะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล ปรากฏว่า ปฏิเสธสมมุติฐานทางสถิติที่ระบุว่าค่าเฉลี่ยทั้ง 3 ครั้ง เท่ากันที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($F = 57.8$ และ 34.5 ตามลำดับ) จึงทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ต่อไปดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ด้วยวิธีการทดสอบแบบ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

ระยะเวลาการทดลอง	\bar{X}	SD	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
			ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล
ก่อนการทดลอง	18.75	4.35	-	3.25*	4.40*
หลังการทดลอง	15.50	2.98	-	-	1.15
ติดตามผล	14.35	2.52	--	-	-

จากตารางที่ 11 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลและระยะสิ้นสุดการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และไม่พบความแตกต่างระหว่างระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล กล่าวคือคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ชนิด 2 กลุ่มแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Design: Two Groups) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และติดตามผล 2 สัปดาห์ และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอัมพวา โรงพยาบาลนภลัย และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าและครอบครัว (ผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกครอบครัว) โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ครอบครัว ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก (Sampling) เพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60 - 90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินผลด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) วัดภาวะซึมเศร้า 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง สิ้นสุดการทดลองและติดตามผล 2 สัปดาห์ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา สถิติที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลอง ระยะเวลาสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะสิ้นสุดการทดลองไม่แตกต่างจากระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 4 ชุด ประกอบด้วย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สภาพทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นข้อมูลคำถามที่ผู้ศึกษาได้กำหนดขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) ชื่อย่อว่า TGDS พัฒนาขึ้นในปี 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกร่วมตัวอย่าง** แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2002)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำแนวคิดความหวังของ Snyder (1994) มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างเพื่อเสริมสร้างความหวังให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ตามแนวทางการบำบัดด้วยความหวังจากแนวคิดทฤษฎีความหวังของ Snyder (1994) มีแนวทางปฏิบัติให้บุคคลมีการเรียนรู้โดย (1) ตั้งเป้าหมายที่สามารถวัดได้ บรรลุได้ และมีความหมาย (set goals) (2) การพัฒนาเพื่อหาหนทางที่หลากหลายไปสู่เป้าหมายนั้น (develop multiple pathways to work toward goals) (3) การระบุแหล่งจูงใจและผลจากการแสดงออกของแรงจูงใจ (identify sources of motivation and counteract any drain on motivation) (4) การติดตามความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมาย (monitor progress toward goals) (5) การปรับเปลี่ยนเป้าหมายและหนทางที่จำเป็น (modify goals and pathways as needs) ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือเพื่อส่งเสริมความหวังตามแนวคิดของ Snyder (1994) ประกอบด้วยกิจกรรม การพบกัน 5 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง ครั้งที่ 2 ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย ครั้งที่ 3 สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมายครั้งที่ 4 ติดตามเป้าหมาย ไม่หมดหวัง และครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนเป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจหนทางเป็นการดำเนินกิจกรรมรายครอบครัว จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60 - 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 3 สัปดาห์

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบสอบถามความหวัง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่สร้างโดย อังคนา หมอนทอง (2549) ซึ่งประยุกต์จากกรอบทฤษฎีความหวังของ Snyder (1994) และแนวคิดของนภาพร วงศ์ใหญ่ (2542) ครอบคลุมความหวังทั้ง 2 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ 1) พลังแห่งความตั้งใจ 2) พลังแห่งแนวทาง โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ **ขั้นเตรียมการทดลอง** ขั้นทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง

1. ขั้นเตรียมการทดลอง เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วย และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าวัยสูงอายุ จัดทำแผนการดำเนินการทดลอง และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยส่ง โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรแก่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เตรียม สถานที่ที่ใช้ทำการทดลอง ติดต่อประสานงานโรงพยาบาลอัมพาต โรงพยาบาลนภาลัย และ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 โรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และแจ้งรายละเอียด เกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานหัวหน้าหน่วย บริการผู้ป่วยนอกเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการศึกษา เตรียมกลุ่มตัวอย่างตาม ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้า ฝ่ายเวชระเบียน เพื่อขออนุญาตดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม และพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้ง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วม การวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินระดับอาการซึมเศร้า และ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย จากนั้นนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วม โปรแกรมการพยาบาลเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ตามความสะดวกของผู้ป่วยและ ครอบครัว

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่ม ควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลเสริมสร้างความหวัง แบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยให้การพยาบาลรายครอบครัว ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ ละ 2 กิจกรรม จนครบทั้ง 5 กิจกรรม โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้นประมาณ 3 สัปดาห์ ณ สถานที่ที่กำหนด

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง ก่อนดำเนินการทดลองผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา (Pre-test) โดยใช้แบบวัด ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) และแบบทดสอบสภาพสมอง เบื้องต้น(MMSE-Thai 2002)

โดยกลุ่มทดลองหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามความหวังของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่สร้างโดย อังคณา หมอนทอง (2549) และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) ทันที (post - test) จากนั้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินติดตาม

ผลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง (Follow up) โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างขอความร่วมมือในทำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale)

สำหรับกลุ่มควบคุมหลังจากสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) ทันที (post – test) จากนั้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินติดตามผลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง (Follow up) โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างขอความร่วมมือในการทำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติมาวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา สถิติสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติ Chi-square

2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที่ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

3. ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันในแต่ละระยะ จากนั้นทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบแบบรายคู่ของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยในครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.5 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 73.32 ปี โดยกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 60 – 90 ปี (อายุเฉลี่ย 73.5 ปี) กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 60 –85 ปี (อายุเฉลี่ย 72.50 ปี) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 92.5 โดยกลุ่มทดลองสำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 90 และกลุ่มควบคุมสำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 95 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่คิดเป็นร้อยละ 47.5 โดยกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 40.0 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 55.0 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 47.5 โดยกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 45.0 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 50.0 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่เพียงพอร้อยละ 77.5 โดยกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 85.0 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 70.0 ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าราระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามสมมติฐานข้อ 1

3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าราระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามสมมติฐานข้อ 2

4. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะสิ้นสุดการทดลองไม่แตกต่างจากรยะติดตามผล 2 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามสมมติฐานข้อ 3

ดังนั้น จากผลวิจัยในครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีผลทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลงได้

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุดังนี้

1. วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยในระยะก่อนการทดลองคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเวลาผ่านไป ในระยะสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าทั้ง 3 ระยะ แม้ว่ากลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ จากผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความหวัง (จากการประเมินความหวังโดยใช้แบบสอบถามความหวังในกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่มีคะแนนความหวังอยู่ในระดับปานกลางและสูง) และมีผลช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheavens, Feldman, Gum, Michael and Snyder (2006) ซึ่งศึกษาการบำบัดด้วยความหวัง (hope Therapy) ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีการกำเริบซ้ำของโรค ได้แก่ โรคซึมเศร้าหลัก โรควิตกกังวล โรคกลัว โดยทำเป็นกลุ่มบำบัดความหวังตามแนวคิดความหวังของ Snyder (1994) หลังจากทำกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับปรุงทัศนคติเกี่ยวกับความหวัง ความหมายของชีวิต และความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลง โดยในการทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Snyder (1994) มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความหวังโดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร่าลดลงหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเสร็จสิ้น และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติและไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบมีส่วนร่วมทั้งในระยะสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

ดังนั้นจากผลการทดลองจะเห็นได้ว่า การใช้โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร่าระดับเล็กน้อยขึ้นไปได้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการนำโปรแกรมเสริมสร้างความหวังที่พัฒนาตามแนวคิดความหวังของ Snyder (1994) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้วยเนื่องจากในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลช่วยเหลือซึ่งจากในหลายๆ การศึกษาพบว่าครอบครัวเป็นแหล่งที่พึ่งสำคัญของบุคคลทั้งทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งให้ความรัก ความหวังโยเอื้ออาทร และดูแลช่วยเหลือ

โดยเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งจะมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆด้วย ไม่ว่าจะเป็นด้านการทำงาน บทบาทหน้าที่ เศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งสมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทของแต่ละคนให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าผู้ให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัว (Theis et al., 1997) จากการศึกษาของ Bland and Darlinton (2002) ซึ่งศึกษาเรื่องธรรมชาติและแหล่งของความหวังของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยทางจิตเวชที่รุนแรงพบว่า ความหวังมีความสำคัญต่อการหายของผู้ป่วย และครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความหวัง ซึ่งผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยสูงอายุจึงได้พัฒนาโปรแกรมที่สามารถนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการบำบัดรักษาโดยหวังว่าครอบครัวจะเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดความหวังกำลังใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและมีผลช่วยให้ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลงได้

นอกจากนี้จากการศึกษาของ วันเพ็ญ เชิงเชาว์ (2544) พบว่า ลักษณะครอบครัวสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากอิทธิพลของหลายๆปัจจัยร่วมกัน ซึ่งครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลอย่างมาก ดังนั้นการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจึงควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรหลานดูแลมากที่สุด สอดคล้องกับขอดุลย์ ไบกาเด็นและคณะ (2552) ที่พบว่าบุตรหลานและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ในด้านการดูแลตนเอง การแสวงหาการรักษาด้วยวิธีอื่นมาให้ จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพังหรือรับภาระในการเลี้ยงดูหลานมากนัก สำหรับในประเทศไทยโครงสร้างประชากรมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมสูงอายุเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลกและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 5.0 ในปี 2493 เป็นร้อยละ 10.1 ในปีพ.ศ. 2543 (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2550) พบว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 ละส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.3) ยังอาศัยอยู่กับลูกหลานในครอบครัวขยาย ร้อยละ 3.1 อยู่ในครอบครัวเดี่ยวและที่เหลือร้อยละ 31.0 ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 56.7 ไม่มีไม่มีปัญหาต่อการอยู่ลำพังคนเดียว แต่ร้อยละ 21.8 มีความรู้สึกเหงา จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าปัจจุบันการอยู่ตามลำพังคนเดียวของประชากรไทยมีจำนวนไม่น้อย และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ แต่ในชุมชนที่ศึกษาพบว่าลักษณะของครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงเป็นครอบครัวขยาย การดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลจึงมีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

จากผลการทดลองในครั้งนี้จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาข้างต้น โดยโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนสามารถช่วยลดระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยสูงอายุได้ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมจะกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจรับรู้อุปสรรคต่างๆของผู้ป่วยและให้กำลังใจผู้ป่วยในการจัดการปัญหาเหล่านั้นช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังในชีวิต

กิจกรรมครั้งที่ 1 “ ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง ” เริ่มจากการประเมินปัญหาและความหวัง โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินปัญหาในชีวิตประจำวันทั่วไป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน และความหวัง

ของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการปัญหาดังกล่าว การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและแนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแล และการฝึกตั้งเป้าหมาย แก้ไขปัญหา (set goals) โดยทบทวนปัญหาที่ประเมินได้ รวมถึงความหวังที่จะจัดการกับปัญหาพิจารณาเลือกปัญหาที่สำคัญที่สุด 1 ปัญหา ก่อน โดยเป็นปัญหาที่มีผลกระทบกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการจัดการกับปัญหาดังกล่าวไว้ ซึ่งการตั้งเป้าหมายนั้น ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการมีความหวัง (Snyder, 1994)

กิจกรรมครั้งที่ 2 “ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย” ถือเป็นการพัฒนาวิธีการเฉพาะ เพื่อบรรลุเป้าหมายนั้นๆ (pathways thinking) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยบุคคลรับรู้ความสามารถของตนในการพัฒนาและระบุวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมาย (Snyder, 1994) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการวางแผน การดำเนินชีวิตร่วมกันไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และให้ร่วมเล่นเกมบันไดงู ขึ้นบันไดสู่ความสำเร็จ โดยผู้วิจัยเป็นกรรมการอ่านคำสั่งให้ผู้ป่วยและญาติเป็นผู้เล่นเกมบันไดงู ซึ่งจะสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การดูแล และการเสริมสร้างความหวัง ซึ่งผู้วิจัยพบว่า ในกิจกรรมนี้ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในการทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้เกิดความหวังจากการรับรู้ว่าจะหาหนทางในการจัดการปัญหาที่พบสามารถสร้างขึ้นได้หากต้องการ (Snyder et al., 1991)

กิจกรรมครั้งที่ 3 “สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย” เป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการระบุนแหล่งจูงใจ และผลจากการแสดงออกของแรงจูงใจ (identify sources of motivation and counteract any drain on motivation) โดยค้นหาแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย และผู้วิจัยแนะนำวิธีการฝึกคิดเชิงบวก 12 วิธี และยกตัวอย่างสถานการณ์ให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวแสดงความคิดเห็นเสนอแนะมุมมองต่อปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในทางบวก ฝึกวิเคราะห์ปัญหา เป้าหมาย การวางแผนการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยส่งเสริมความคิดในเชิงบวก ในการจัดการปัญหาดังกล่าว และให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวกลับไปประเมินปัญหาของตนเองที่พบเพิ่ม และการให้กำลังใจตนเองเมื่อพบปัญหานั้น เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติไปสู่เป้าหมายโดยการสร้างแรงจูงใจและการฝึกคิดเชิงบวกต่อปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการที่จะปฏิบัติไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการขั้นที่ 3 ของการก่อเกิดความหวังตามแนวคิดของ Snyder (1994) ทั้งนี้จากกิจกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยสามารถค้นหาแรงจูงใจ และมีมุมมองต่อชีวิตในทางบวกมากขึ้น กิจกรรมครั้งที่ 4 “ทบทวนเป้าหมายไม่หมดหวัง” นี้เป็นการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติไปสู่เป้าหมาย (monitor progress toward goals) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นและคิดหาวิธีการที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคดังกล่าวอย่างมีเป้าหมาย ก่อให้เกิดความหวังที่จะกระทำได้สำเร็จ โดยทบทวนปัญหา เป้าหมายในการจัดการปัญหา และ แนวทางในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตามที่บันทึกไว้ในสมุดบันทึกพยาบาลร่วมพูดคุยสอบถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคที่พบ และ บันทึกไว้เป็นข้อ ๆ ต่อมานำปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนดังกล่าว มาวิเคราะห์ ผู้วิจัยนำเสนอแนะมุมมองต่อปัญหา และอุปสรรคต่างๆ ในทางบวก พบว่า ปัญหาบางอย่างที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การคิดมากในเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ โดยไม่สามารถห้ามความคิดได้สำเร็จ แต่การติดตามปัญหา

อุปสรรคเพื่อหาวิธีจัดการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่ทอดทิ้งหรือละเลยที่จะจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยรักษาความหวังกำลังใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้ไม่ให้แยลง

กิจกรรมครั้งที่ 5 “ปรับเปลี่ยนเป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจหนทาง” เป็นการปรับเปลี่ยนเป้าหมายและหนทางที่จำเป็น(modify goals and pathways as needs) เมื่อทบทวนปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการที่วางไว้ได้ และไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ก่อนหน้าได้ โดยทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับจากการร่วมกิจกรรมที่ผ่านมาความรู้สึกต่อเป้าหมายที่ตั้งไว้และแผนการปฏิบัติที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย พุดคุยให้กำลังใจและย้ำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวว่า เราสามารถปรับเปลี่ยนเป้าหมายและหาหนทางเพื่อไปสู่เป้าหมายใหม่ได้เรื่อยๆ ถ้าหากยังมีความหวัง อย่าหมดหวัง เมื่อเจอปัญหาให้มองในแง่บวกไว้ก่อน เป็นต้น พุดคุยเกี่ยวกับ “สมุดบันทึกความหวัง หนทางสู่เป้าหมาย” ที่ร่วมกันบันทึกไว้ ประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมนี้ ซึ่งช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมกันมองปัญหาในทางบวกช่วยกันปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติที่สามารถทำได้ หรือปรับเปลี่ยนเป้าหมายที่สามารถทำได้สำเร็จก่อนที่จะไปสู่เป้าหมายที่ใหญ่ขึ้นเพื่อให้เกิดความหวังและกำลังใจในการปฏิบัติต่อไป ไม่เกิดความรู้สึกสิ้นหวังเมื่อไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Murphy et al. (2000) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 271 คนพบว่า อายุ และความเชื่อ ศาสนามีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังโดยที่เพศชายมีภาวะซึมเศร้ายิ่งกว่าเพศหญิงและส่งผลถึงระดับความสิ้นหวังสูงด้วย คิดเป็นร้อยละ 56 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเชื่อทางศาสนาและมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง ($r = -.45, p < .001$) นั่นคือ ความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความรู้สึกสิ้นหวังนั่นเอง ดังนั้นในโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังมากขึ้นจากที่เคยรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง จึงช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลง

3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าระยะสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามสมมติฐานข้อ 2

แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในภาวะเจ็บป่วยของตนเองและวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะซึมเศร่าเกิดขึ้น สมาชิกครอบครัวได้มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าวัยสูงอายุ และการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยจัดการปัญหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร่าได้อย่างถูกวิธี เมื่อมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจเห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น สามารถวิเคราะห์ปัญหาที่พบและตั้งเป้าหมายในการจัดการปัญหานั้นๆ ก่อให้เกิดความหวังในการรักษา ความหวังในการใช้ชีวิตอย่างมีปกติสุข ลดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังที่เป็นบ่อเกิดของอารมณ์ซึมเศร่า โดยในกิจกรรมแต่ละครั้งจะเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังและกำลังใจในชีวิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความหวัง (Bland & Darlington, 2002) จากกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังได้ตามแนวทางความหวังบำบัดของ Snyder (1994) โดย 1) สามารถตั้งเป้าหมายที่มีความหมาย วัตถุประสงค์และ

สามารถบรรลุได้ 2) การคิดพัฒนาหาหนทางที่หลากหลายในการที่จะบรรลุเป้าหมายนั้น 3) การระบุแหล่งของแรงจูงใจผลจากการระบายออกของแรงจูงใจ 4) การติดตามความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมาย และ 5) การปรับเปลี่ยนเป้าหมายและหนทางหากมีความจำเป็น ซึ่งทำให้บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับอนาคตในทางบวกและมีความแข็งแกร่งทางจิตใจเพิ่มมากขึ้น โดยมีความคิดเกี่ยวกับความหวังที่เพิ่มขึ้น การให้ความหมายในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้า และวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้

4. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ที่ระดับ .05 ตามสมมติฐานข้อ 3 อธิบายได้ว่า กิจกรรมเสริมสร้างความหวังที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้รับนี้ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และพัฒนาทักษะการจัดการปัญหา การตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมในชีวิตให้ดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป และเมื่อสิ้นสุดการร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมแล้วก็ตาม ซึ่งระยะเวลาในการติดตามภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ที่ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุควรมีการเสริมสร้างความหวังให้แก่ผู้ป่วยโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื่องจากความหวังมีความสำคัญต่อการหายของผู้ป่วย ครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความหวัง เพราะฉะนั้นพยาบาลควรใส่ใจสมาชิกครอบครัวในระยะของการเจ็บป่วยและการรักษาในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาร่วมทั้งส่งเสริมความสามารถในการส่งเสริมให้เกิดความหวังภายในครอบครัว การสร้างความหวังระหว่างสมาชิกครอบครัวนำมาสู่ความผูกพันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ส่งเสริมการดูแลซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกครอบครัวเสมือนเป็นแรงสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกชีวิตมีคุณค่าและมีความหมายต่อสมาชิกครอบครัวซึ่งจะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้

จากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ยังได้รับการดูแลไม่เพียงพอหรือการพยาบาลตามปกติยังไม่เพียงพอที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ จำเป็นต้องต้องได้รับการดูแลมากกว่าการพยาบาลตามปกติ โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยมาใช้ในการดูแล ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่หลากหลาย ซึ่งสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลงได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ เช่น การใช้กลุ่มบำบัดประคับประคอง (เชาวนิ ล่องชุมพล , 2547) โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง (วาสนา วรรณเกษม, 2554) และการทำจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง, 2554) รวมถึงจากการศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาล

แบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม โดย นภสร แก้วนิลกุล (2551) ที่พบว่า สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากสาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนั้นจะเห็นได้ว่าเป็นเกิดจากมีปัญหาในหลายด้าน ซึ่งทางด้านร่างกาย คือ อาการของโรคทางกายที่หาสาเหตุไม่ได้ หรือการเกิดโรคทางกายที่ต้องมีการรักษาต่อเนื่องทำให้เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ คือการเกิดความรู้สึกสูญเสียที่รุนแรง น้อยใจ เบื่อหน่ายชีวิต ปัญหาทางด้านสังคม คือการสูญเสียบทบาทที่เคยปฏิบัติ เนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง ปัญหาทางด้านจิตวิญญาณ คือเกิดความรู้สึกไร้ที่พึ่ง ไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยว และกลัวความตาย (บุญพา ณ นคร, 2545) ซึ่งสาเหตุและปัจจัยทั้งหมดมีความเกี่ยวข้องและก่อให้เกิดผลกระทบต่อกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังได้มากกว่าวัยอื่นๆ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่ความรุนแรงมากขึ้นหากไม่ได้รับการรักษา หรือได้รับการรักษาไม่เพียงพอ จากการศึกษากิจกรรมการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สังคม ความบกพร่องของอวัยวะรับความรู้สึกของผู้สูงอายุเป็นอุปสรรคต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม อาจเกิดความรู้สึกไร้ค่า แยกตัว นำไปสู่อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งพบถึงร้อยละ 20 (วลัยพร นันทศุภวัฒน์ , 2551) ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้ทำให้เกิดความพร่องในการทำหน้าที่ด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ เป็นโรคที่ไม่ค่อยได้รับการวินิจฉัยและรักษาเพราะอาจถูกมองว่าเป็นภาวะปกติของคนวัยนี้ ประกอบกับผู้สูงอายุประสบกับภาวะที่ไม่มีงานทำ มีโรคประจำตัว ลูกหลานทอดทิ้ง ยิ่งเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง และมีอาการรุนแรงได้มากขึ้น หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมการพยาบาลที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนนอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ ตัวอย่างเช่นโปรแกรมการพยาบาลเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นและนำมาทดลองใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

ผลของการวิจัยเรื่องโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสามารถนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พยาบาลควรคำนึงถึงเทคนิคดังนี้

1.1.1 เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจที่จะให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพูดคุยและบอกเล่าถึงปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง มีการตอบคำถามและการแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นกันเอง จะทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมและสามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างราบรื่นจนครบทุกกิจกรรม การดำเนินกิจกรรมรายครอบครัวทำให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยได้มากขึ้น พยาบาลได้พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับทั้งผู้ป่วยและญาติทำให้เข้าใจบริบทของครอบครัวผู้ป่วยซึ่งมีผลกระทบต่ออาการของโรคของผู้ป่วยโดยตรง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ทำความเข้าใจกัน และช่วยเสริมสร้างความหวังและกำลังใจให้กันและกัน แต่ในบางครอบครัวผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ การที่จะนำมาเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมจำเป็นต้องแก้ไขปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวก่อน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้เวลาในการพบกันครั้งแรกเพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้ทำความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อกันก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมร่วมกัน ดังนั้นการที่จะดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมนี้ต้องมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพได้อย่างเหมาะสม

1.1.2 พยาบาลต้องมีความเข้าใจ ยอมรับ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยวัยสูงอายุอาจต้องใช้เวลาในคิด การพูด หรือทำความเข้าใจในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง พยาบาลต้องไม่รีบร้อนหรือกดดันให้ผู้ป่วยตอบคำถาม และการพูดคุยบอกเล่าเรื่องราวปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของผู้สูงอายุซึ่งอาจไม่อยู่ในประเด็นที่ต้องการ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าต่อไปก่อนและค่อยๆ ดึงเข้ามาในประเด็น โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดหรือถูกบังคับโดยไม่สมควรใจ

1.1.3 การใช้อุปกรณ์สำหรับคู่มือโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ได้แก่ 1. สมุดบันทึกความหวัง หนทางสู่เป้าหมาย 2. อุปกรณ์สำหรับเกมบันไดงู 3. สถานการณ์ตัวอย่าง 4. สื่อการสอน 12 วิธีคิดบวก และ 5. คู่มือโรคซึมเศร้า ผู้ปฏิบัติควรศึกษาการใช้อุปกรณ์และนำมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วย ซึ่งจากการปฏิบัติครั้งนี้พบว่า อุปกรณ์มีความสำคัญในการดำเนินกิจกรรมอย่างยิ่ง โดยเฉพาะสมุดบันทึกความหวังหนทางสู่เป้าหมาย ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความหวังของ Snyder (1994) ซึ่งใช้ในการบันทึกตามกระบวนการเสริมสร้างความหวังในแต่ละกิจกรรม แม้ว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะไม่สามารถเขียนบันทึกได้ด้วยตนเอง แต่จะให้ญาติหรือพยาบาลเป็นผู้ช่วยบันทึกให้ แต่เมื่อจบกิจกรรมครั้งสุดท้าย และกลับมาทบทวนสิ่งที่บันทึกไว้ในสมุดบันทึกความหวัง หนทางสู่เป้าหมาย พบว่า ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเกิดความหวังและกำลังใจเพิ่มมากขึ้นจากครั้งแรกที่มองปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่พบและบันทึกไว้ คิดว่าไม่สามารถแก้ไขได้ แต่เมื่อเริ่มตั้งเป้าหมายในการแก้ไขทีละน้อย และปฏิบัติได้สำเร็จในครั้งต่อๆ มาทำให้รู้สึกมี

ความหวังและกำลังใจเพิ่มมากขึ้นในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่างๆที่พบ รวมทั้งรู้จักตั้งเป้าหมายที่ไม่ไกลเกินไปสามารถทำให้สำเร็จได้ ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง เข้าใจในกระบวนการเกิดความหวังและสามารถสร้างความหวังให้ตนเองได้ สำหรับหนังสือคู่มือโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นนั้นได้สรุปเนื้อหาที่สำคัญและเข้าใจง่ายอ่านได้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ใช้ทบทวนความรู้ด้วยตนเองหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมการให้ความรู้ในครั้งแรก ทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคมามากขึ้น ใช้ตัวหนังสือขนาดใหญ่เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัด อ่านได้ง่าย ซึ่งจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างหลายท่านบอกว่า *“..ได้กลับมาอ่านซ้ำ ตัวหนังสืออ่านง่ายมองเห็นชัดดี และมีข้อความที่ทำให้รู้สึกมีกำลังใจ เช่น ใส่ใจ ให้เวลา ให้กำลังใจกัน..”* ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะว่า หากมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ควรสอดแทรกข้อความหรือกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความหวังกำลังใจ เพราะผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่จะรู้สึกโดดเดี่ยว หัวเหว่ ขาดความหวัง กำลังใจในการดำเนินชีวิต การช่วยส่งเสริมหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านมองเห็นเป้าหมายในชีวิตตามความเป็นจริง ให้กำลังใจไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านมีความหวังในชีวิต และช่วยลดอาการของภาวะซึมเศร้าลงได้ นอกจากนี้สื่อการสอนต่างๆ ควรทำให้มีความสวยงามดึงดูดใจ ตัวอักษรมีขนาดใหญ่พอผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจน อุปกรณ์ที่ใช้เล่นเกมบันไดงูที่ผู้วิจัยใช้เป็นแบบสำเร็จรูป ช่องเดินจึงมีขนาดเล็ก ไม่สะดวกสำหรับผู้สูงอายุต้องให้ผู้ดูแลหรือพยาบาลช่วยในการเดินเกม หากมีการนำไปใช้ครั้งต่อไปควรสร้างแผนที่เดินเกมเองให้มีขนาดใหญ่พอที่ผู้สูงอายุจะมองเห็นและนับช่องเดินได้สะดวก อาจทำให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปด้วยความสนุกสนานยิ่งขึ้น

1.1.4 การบริหารจัดการเวลา จากการดำเนินการวิจัยพบปัญหาในการดำเนินการ คือเรื่องเป็นเวลา เนื่องจากการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรมจำเป็นต้องอาศัยความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ในการเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งในบางราย ผู้ดูแลอาจไม่สะดวกตามเวลานัดหมาย ผู้วิจัยจำเป็นต้องรอ และการใช้เวลาในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรมขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายุสสูงอายุมักมีการเคลื่อนไหวร่างกายช้า กิจกรรมที่เป็นการเล่นเกม และการเขียนบันทึกจำเป็นต้องให้สมาชิกครอบครัว หรือพยาบาลช่วยเหลือ ทำให้ต้องใช้เวลามากกว่าปกติ

1.1.5 การเลือกสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมตามความสะดวกของผู้ป่วยและครอบครัว โดยในกิจกรรมการพบกันครั้งแรกส่วนใหญ่จะดำเนินกิจกรรมที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และนัดแนะครั้งต่อไปตามความสะดวกของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่พยาบาลต้องไปที่บ้านของผู้ป่วย จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในพื้นที่ในการเดินทางไปที่บ้านของผู้ป่วย แต่การทำกิจกรรมที่บ้านมีข้อดีคือ ทำให้ได้เห็นสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเข้าใจบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้สึกเป็นกันเอง ผ่อนคลายไม่กดดัน

1.2 ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมนี้ไปใช้ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมส่งเสริมความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายุสสูงอายุทั้งในระยะสั้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นนี้ถือว่าเป็นแนวทางการ

ดูแลผู้ป่วยที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในชุมชน จึงควรมีการขยายผลการดำเนินการในลักษณะนี้ไปในพื้นที่ที่บุคลากรมีความพร้อมในการดำเนินการ

1.3 ควรจัดอบรมพยาบาลเกี่ยวกับเทคนิคการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรู้สึกสิ้นหวัง เนื่องจากโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังได้มาก ดังนั้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการเสริมสร้างความหวังของ Snyder (1994) ซึ่งได้พัฒนาแนวทางการบำบัดด้วยความหวัง (The Hope Therapy Protocol) เรียนรู้วิธีการที่จะทำอย่างไรให้เกิดความหวัง เพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย และสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ด้านการวิจัย

การนำแนวคิดการเสริมสร้างความหวังของ Snyder (1994) มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย เป็นการพัฒนาประสิทธิภาพในการให้บริการทางการแพทย์ และเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

2.1 ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่อยู่ในภาวะสิ้นหวัง เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง หรือโรคทางกายที่รุนแรง เนื่องจากการสร้างหรือคงไว้ซึ่งความหวังเป็นบทบาทของพยาบาล เพราะพยาบาลถือว่าเป็นแหล่งสำคัญในการสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเผชิญกับโรคและการรักษาได้

2.2 ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการประเมินสมาชิกครอบครัวทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของสมาชิกครอบครัวในด้านความหวัง ทศนคติหรือความรู้สึกต่อผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่สมาชิกครอบครัวได้เข้าร่วมด้วย

2.3 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว และพัฒนาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความหวังกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย เนื่องจาก ปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.3) ยังอาศัยอยู่กับลูกหลานในครอบครัวขยาย ร้อยละ 3.1 อยู่ในครอบครัวเดี่ยวและที่เหลือน้อยละ 31.0 ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 56.7 ไม่มีปัญหาต่อการอยู่ลำพังคนเดียว แต่ร้อยละ 21.8 มีความรู้สึกเหงา จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่า ปัจจุบันการอยู่ตามลำพังคนเดียวของประชากรไทยมีจำนวนไม่น้อย และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ

รายการอ้างอิง

- จิราวรรณ อินคัม. (2549). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความสารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุไทย*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- อาภา ใจงาม.(2533). การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้สูงอายุ อ้างถึงใน จรัสวรรณ เทียนประพาส และ
พัชรี ตันศิริ (Ed.), *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- เขาวนีย์ ล่องชูผล. (2547). *ผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรค
ซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติ รักษาหายได้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำ
อักษรการพิมพ์.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์, และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าใน
ประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 103-116.
- ธนพัฒน์ ไชยป้อ. (2550). *ความหวังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวัง ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด
เฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภสร แก้วนิลกุล. (2551). *ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย
โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภา จิรัฐจินตนา. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวีชาติ. (2548). *ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- นิตยา บุญมาเลิศ. (2542). *การให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิษา สมานทรัพย์. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุสราน นามเดช. (2539). *การสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2538). *คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์* (4 ed.). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

- บุญชัย นวมงคลวัฒนา. (2551). *การศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย*. นนทบุรี :กรมสุขภาพจิต.
- บุญพา ณ นคร. (2545). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประอรนุช เชื้อถ้อ. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2556). *สถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาตั้งแต่ปี 2553-2556*. กรุงเทพฯ : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
- พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี, และประกอบ ชันทอง,. (2552). ผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. *วารสารพยาบาลรามาริบัติ 15(2)*, 206-220.
- พรพรรณ สุดใจ. (2552). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรี ต้นสิริ. (2536). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- พิชญากรณ์ มูลศิลป์. (2537). ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณ. *วารสารการพยาบาล, 43(2)*, 119-131.
- พูนสิน เถลิมวัฒน์. (2552). *การปรับตัวในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณีรัตน์ โพธิ์นิล. (2546). *การสนับสนุนส่งเสริมความหวังที่พยาบาลวิชาชีพใช้กับผู้ที่เป็โรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. .
- มาโนช หล่อตระกูล. (2545). *เรื่งนารู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอนเตอร์ไพรซ์.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *รามาริบัติพยาบาลสาร, 9(2)*, 109 - 110.
- เรณูการ ทองคำรอด. (2545). *ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันสนันท์ แสค์คา. (2553). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

- วันเพ็ญ เชิงเขาว์. (2554). รายงานการวิจัยการศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัด นครราชสีมา. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.
- วาสนา วรรณเกษม. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตร บุญยะโทกระ. (2533). *คู่มือเกษียณอายุ*. กรุงเทพฯ: บพิธ.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). *บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ*. . กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เจฟรี่
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). *ปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). *การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ : การประชุมแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุ ด้วยคุณภาพ”*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- อดุลย์ ไบกาเด็น และคณะ. (2552). *การศึกษาการใช้การแพทย์ทางเลือกในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในจังหวัดสงขลา*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
- อนงค์ อรุณรุ่ง. (2554). *การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลลาดบัวหลวง*. การศึกษาอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ทองแดง. (2542). *การวิจัยเพื่อการพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุไทย*. ม.ป.ท.
- อรพรรณ ลีอนุธวัชชัย. (2543). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุธวัชชัย. (2545). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- อรพรรณ ลีอนุธวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: บริษัทด่านสุทธาการพิมพ์.
- อรพิน คำโต. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคณา หมอนทอง. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถภาพแห่งตน ความหวังกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อัญชลี ฉัตรแก้ว. (2546). *ผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ. (2554). *ผลของจิตบำบัดระดับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Abramson, L. Y., Metalsky, F. I., & Alloy, L. B.,. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372.
- Alexopoulos. G. S. (2005). Depression in elderly. *Lancet*, 365(4), 1961-1970.
- Averill, J.R., Catlin, G., & Chon, K.K. . (1990). *Rules of hope*. New York: springer.
- Baldwin.R. . (1988). *Depression in later life : afresh Challenge to an old problem*.In *Symposium on Affective Disorders in the Elderly*. Southampton: Duphar Medical Relations.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. . (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry. General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. . (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Haper Row.
- Beck AT, Steer R, Beck JS . (1993). "Types of self-reported anxiety in outpatients with DSM-III-R anxiety disorders". *Anxiety, Stress, and Coping* 6(43-55).
- Becke, A .T., Weissmana., Lesterd., and Trexlelr., (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(1), 861-865.
- Bergumann.K. (1978). *Neurosis and Personality disorder in old age* . New York :Wiley.
- Bernheim, Kayla, Lewine, Richard, &Beale, Caroline. (1982). *The Caring Family - Living with Chronic Mental Illness*. Chicago :Contemporary Books.
- Bland RC. (1996). International health and psychiatry. *Can J Psychiatry*, 41, 11-15.
- Blazer, D. (1991). *Emontional Problems in Later Life*. NewYork: Springer
- Brodaty H, Gresham M, Luscombe G.,. (1997). The Prince Henry Hospital dementia caregivers training programme. *Int J Geriatr Psychiatry*, 12, 183-192.
- Busch-mann, Dixon and Tichy. (1998). *Geriatric Depression. In Allender and Rector. (eds) Seading in Gerontological Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Carers UK. . (2002). *Adding Value: Carers as Drivers of Social Change*. London: Carers.
- Caryl D. Fulcher, Terry Badger, Ashley K. Gunter, , Joyce A. Marrs, & Jill M. Reese,. (2008). Putting Evidence Into Practice®: Interventions for Depression. . *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12, 131-142.

- Cheavens, JS, Feldman, DB, Gum, A, Michael, ST, Snyder, CR., (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61-78.
- Cruz M., Scbulz R., Pincus P.,Bensasi S., & Reynolds C., (2009). The Association of Public and Private Religious Involvement With Severity of depression and Hopelessness in Older Adults Treated for Major Depression. *The American Journal of Geriatric psychiatry*, 17(6), 503-507.
- cuiji. cengci laodongli de liuchu liuru. (1988). *Observations of movement of peasants in China*. Shanxi :Economic Press.
- Czuchta, D. M., & Johnson, B. A., (1998). Reconstructing a sense of self in patients with chronic mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34, 31-36.
- Darlington, Y., & Bland, R., (1999). Strategies for encouraging and maintaining hope among people living with serious mental illness. *Australian Social Work*, 20(379-391).
- Darlington, Y., & Bland, R., (2002). The Nature and Sources of Hope: Perspectives of Family Caregivers of People With Serious Mental illness *Psychiatric Care*, 38(2), 61-68.
- Domjan, M. (1996). *The essentials of conditioning and learning*. Cole: Pacific Grove.
- Dufault, K., & Martocchio, R. (1985). Hope: Its spheres and dimensions. Symposium on compassionate care and the dying experience. *Nursing Clinics of North America*, 20(379-391).
- Foote, A.W., Piazza, D., Holcombe, J., Paul, P., & Daffin, P. (1990). Hope, Self-esteem and social support in persons with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 22(3), 155-159.
- Forbes, S. B. . (1994). Hope: An essential human need in the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 20(1), 5-10.
- Frisch, C. N., & Frisch, E. L., (2002). *The client experiencing depression*. In N. C. Frisch, & L. E. Frisch (Eds.), *Psychiatric mental health nursing*. (2nd ed.). (pp. 247-273). New York: Delmar Thomson Learning.
- Gallagher.D., Mhaolain, N.A., Greene, E., Walsh,C., Denihan, A., Bruce,I., Golden, J., Conroy, M.R., Kirby,M., and Lawlor, A. B. (2010). Late life depression : a comparison of risk and symptoms according to age of onset in community dwelling older adults. *International Journal of Geriatr psychiatry*, 25, 981-987.
- Gaskins, S., and L. Forte., (1995). The meaning of hope: Implications for nursing practice and research. *Journal of Gerontological Nursing* 3(1), 7-24.
- Gomez, Joan. (1993). *Psychological and Psychiatric Problems in Men*. New York Routledge.

- Guerrero-Berroa E, & Phillips RS. (2001). Health care paraprofessionals' awareness of the symptoms of geriatric depression. *Psychosoc Nurs Ment Health*, 39(11), 14-20.
- Hal S. Shorey, C.R. Snyder, Kevin L. Rand, Jill R. Hockemeyer, and David B. Feldman., (2009). Someehere Over the Rainbow: Hope Theory Weathers Its First Decade. *An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 13(4), 322-331.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Haringsma R, Engel GI, & Cuijper P., (2006). Effectiveness of the Coping with Depression (CWD) Course for older adults provided by the Community – based mental health care system in the Netherlands : a randomized controlled field trial. *Psychogeriatr*, 18, 307-325.
- Hatfield, A, , & Lefley, H. (1987). *Families of the mentally ill: Coping and adaptation*. Guilford Press.
- Herth, KA. (1993). Hope in older adult in community and instiutional setting. *Issue in Mental Health Nursing*, 14(139-156).
- Herth, KA. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1431-1441).
- Herth, KA. (2001). Development and implementation of a hope intervention program. *Oncology Nursing Forum,, 28*, 1009-1017.
- Herth, K. A. (1989). The Relationship between level of hope and level of coping response andother variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum,, 16(1)*, 67-72.
- Herth, K. A. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing,, 15*, 1250-1259.
- Hinds, P. (1984). Inducingba diffinition of “hope” through the use of grounded theory methodology. *Journal of Advanceed Nursing*, 9, 357-562.
- Jacob, K. S., et al. (2002). A Randomised controlled trial of and educational intervention for Depression among asian women in primary care in the united kingdom. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(2), 139-148.
- Johnson, L.H., Dahlen, R., & Roberts, S.L., (1997). Supporting hope in congestive heart failure patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 16(2), 65-78.
- Jone, E. D. (2003). Reminiscence therapy for older women with depression. *Journal of Gerontological*, 27-33.
- Julio Licinio &Ma-Li Wong. (2005). *Biology of Depression : From Novel Insights to Therapeutic Strategies*. Weinheim: WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA.

- Karp, J. K., Skidmore, E., Lotz, M., Lenze, Dew, M.A. and Reynolds. C. F. . (2009). Use of the Late-Life Function and Disability Instrument to Assess Disability in Major Depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(9), 1612-1619.
- Kazdin, A.E. (2001). *Behavior modification in applied settings (6 th ed.)*. Belmont CA.: Wadsaorth.
- Keyes, C. L. & Good, S.H.,. (2006). *Women and depression*. USA: Cambridge University Press.
- Kirkpatrick, H., Landeen, J., Byne, C., Woodside, H., Pawlick, J.,& Bernado, A.,. (1995). Hope and schizophrenia : Clinician Identify Hope – Instilling Strategies. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33(6), 15-19.
- Kirkpatrick, H., Landeen, J., Woodside, H., & Byrne, C.,. (2001). How People With schizophrenia Build Their Hope. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39(1), 46-53.
- Lange, S. P. (1978). *Hope*. In C. E. Carlson & B. Blackwell (Eds), *Behavioral concepts and nursing intervention (2nd ed., pp. 179-190)*. Philadelphia: Lippincott.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S.,. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Martin M. Evers, Steven C. Samuels, Melinda Lantz, Khalid Khan, Adam M. Brickman, & Deborah B. Marin.,. (2002). The prevalence, diagnosis and treatment of depression in dementia patients in chronic care facilities in the last six months of life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 464-472.
- Maslow, Abraham Harold. (1970). *Motivation and Personality (2 ed.)*. New York Harper Row.
- McGee, R.F. (1984). Hope : A factor influencing crisis resolution. *Advanced In Nursing Science*, 6(4), 34-44. doi: DOI 10.1016/j.neuroimage.2013.04.062
- Miller CA. (2007). *Impaired affective function: Depression Nursing for wellness in older adults' theory and practice (4 Ed.)*. Philadelphia: Lippincott.
- Miller, J.F. (1985). Hope. *American Journal of Nursing*, 85, 23-25.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness overcoming powerlessness*. Philadelphia: F.A.David.
- Miller, J. F. (2007). Hope: A construct central to nursing [Electronci version]. *Nursing Forum*, 42(1), 12-19.
- Montgomery SA, & Asberg M. (1979). "A new depression scale designed to be sensitive to change". *British Journal of Psychiatry* 134(4), 382-389.
- Morse JM. & Doberneck B. (1995). Delineating the concept of hope. *Image J Nurs Sch*, 27(4), 277-285.
- Murphy, G. L. (1982). Cue validity and levels of categorization. *Psychological Bulletin*, 91(174-171).

- Murphy, S. (2000). Provision of psychotherapy services for older people. *Psychiatric Bulletin*, 24, 181-184.
- Nowotny, M. L. (1989). Assessment of hope in patient with cancer; development of an instrument. *Oncology Nursing Forum*, 16, 57-61.
- Parker, I. (1992). *Discourse Dynamics: Critical Analysis for Social and Individual Psychology*. London and New York: Routledge.
- Parveen K. Grewal, & James E. Porter. (2007). HOPE THEORY: A FRAMEWORK FOR UNDERSTANDING SUICIDAL ACTION. *Death Studies* 31, 131-154.
- Philip R., Magaletta & J.M. Oliver. (1999). The hope construct, will, and ways: Their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 539-551.
- Polit, D.E., & Becker, C.T., (2004). *Nursing research principles and methods* (7 Ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P., (1999). *Nursing research: Principles and methods* Philadelphia: Lippincott.
- R. Scott Mackin, & Patricia A. (2005). Evidence-Base Psychotherapeutic Intervention for Geriatric Depression. *Psychiatric Clinics of North American Journal*, 28, 805-820.
- Radloff, L.S. (1977). 'The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population'. *Applied Psychological Measurement* 1, 385-401.
- Rajandram RK, Ho SM, Samman N, et al., (2011). Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study. *BMC Research Notes*, 4, 519.
- Raleigh, .D.H. (1992). Source of hope in chronic illness. *Oncology Nursing Forum*, 19, 433-488.
- Robert Weisl & Elena C Speridakos. (2011). A Meta-Analysis of hope enhancement Strategies in clinical and community settings. *Psychology of Well-Being A Springer Journal*, 1(5).
- Ross, F., & Mackenzie, A. (1996). *Nursing in Primary Health Care: Policy Into Practice*. New York: Routledge.
- Rustoen, T. (1995). *Nursing in Primary Health Care: Policy Into Practice*. New York :Routledge.
- Rustoen, T., Wiklund, I., Hanestad, BR., & Torbjorn, M. (1998). Hopelessness and suicidal ideation in older adults. . *The Gerontologist* 38(1), 62-70.

- Rustoen, T. Bruce A. Cooper , & Christine Miaskowski (2011). A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 351-357.
- Shorey, H. S., Snyder, C. R., K. L., Hockmeyer, J. R., & Feldman, D. B., (2002). Somewhere over the rainbow: Hope theory weathers its first decade. Authors' response. *Psychological Inquiry*, 13(4), 322-331.
- Snyder, CR, Harris, C, Anderson, JR, Holleran, SA, Irving, LM, Sigmon, ST, & et al. . (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-858.
- Snyder, CR, Sympson, SC, Ybasco, FC, Borders, TF, Babyak, MA, & Higgins, RL (1996). Development and validation of the state hope scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 321-335.
- Snyder, C.R. (1994). *The Psychology of hope*. New York: Free Press.
- Snyder, C.R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling And Development*, 73, 355-360.
- Snyder, C. R. (2000). The past and possible futures of hope. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 11-28.
- Snyder, C. R. . (2002). Hope theory : Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275.
- Stephenson, C. (1991). The concept of hope revisited for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16(1456-1466).
- Stoner, M. H. (1997). Measuring hope. In S. J. O. M. Frank-Stromborg, & N. J. Pender (Ed.), *Instruments for clinical health-care research* Boston: Jones and Bartlett.
- Theis SL., Cohen FL., Forrest J. & Zelewsky M.,. (1997). Needs assessment of caregivers of people with HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 8(3), 76-84.
- Tillis. R. , Fillit. H., & Brocklehurst J.C. (2003). *Geriatric medicine and gerontology* Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Uncapher, H., Gallagher-Thompson, D., & Osgood, NJ. (1998). Hopelessness and suicidal ideation in older adults. *The Gerontologist* 38(1), 62-70
- Ungerson, C. (1990). *Gender and Caring: Work and Welfare in Britain and Scandinavia*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Valent, P. (1994). *Child survivors: Adults living with childhood trauma*. Melbourne, Australia: Heinemann/Reed Books.
- WASOW, M. (1995). *The Skipping Stone, Science and Behaviour* California: Palo Alto.

- Yalom, J.D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4 ed.). New York: Basic Books.
- Yesavage, J.A. & Brink, T.L.,. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Yonkers, K.A. & Samson, J.,. (2000). Mood disorders measures. In I. A. P. Association (Ed.), *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย
นายแพทย์แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร
2. นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี
นายแพทย์ชำนาญการ หัวหน้าแผนกจิตเวช โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
3. อาจารย์ ดร.นุจนาถ บรรทมพร
อาจารย์ประจำ หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี
4. นางกัญญาพิชญ์ จันทร์นิยม
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นักวิชาการและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี
5. นางบุษบา คล้ายมุข
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นักวิชาการและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ (TGDS) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537)

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

- แบบวัดความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

- โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. ระดับการศึกษา
 - () 1. ไม่ได้เรียน
 - () 2. ประถมศึกษา
 - () 3. มัธยมศึกษา
 - () 4. ประกาศนียบัตร
 - () 5. ปริญญาตรี
 - () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรส
 - () 1. ไม่เคยแต่งงาน
 - () 2. แต่งงานแล้ว
 - () 3. หม้าย
 - () 4. หย่า/ แยก
5. อาชีพ
 - () 1. เกษตรกรรม
 - () 2. รับจ้าง
 - () 3. ค้าขาย
 - () 4. รับราชการ
 - () 5. อื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุไทย (TGDS)

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุและในกรณีที่ผู้สูงอายุ ถ้าสามารถอ่านออกและเขียนได้ สามารถทำแบบประเมินนี้ได้ด้วยตนเอง

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1.	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			
2.	ท่านไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
3.	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
4.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ			
5.	ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า			
6.	ท่านมีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้			
7.	ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี			
8.	ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน			
9.	ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข			
10.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง			
11.	ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับการส่ายบ่อยๆ			
12.	ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน			
13.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า			
14.	ท่านคิดว่าความจำท่านไม่ดีเท่ากับคนอื่น			
15.	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่			
16.	ท่านรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ			
17.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า			
18.	ท่านรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา			
19.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนใจอีกมาก			
20.			
....			
30.			

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย : MMSE –Thai 2002

คำชี้แจง 1. แบบทดสอบนี้ไม่ใช่ในผู้สูงอายุที่ตาบอด หูหนวก หรือมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่า หรือเท่ากับ 25 คะแนน ตามแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (ข้อ 4.1)

2. ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4,9 และ 10

	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูก และผิด)	คะแนน
1.Orientation for Time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร		
1.2 วันนี้ วันอะไร		
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร		
1.4 ปีนี้ ปีอะไร		
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร		
2.Orientation for Place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
กรณีอยู่ที่บ้านพักคนชรา		
2.1 สถานที่ตรงนี้ เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร		
2.2 ขณะนี้ อยู่ที่ชั้นเท่าไรของตัวอาคาร		
2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร		
2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		
2.5 ที่นี้ภาคอะไร		
3. Registration (3 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของสาวอย่าง คุณ(ตา,ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้คุณ(ตา,ยาย,...) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้งสามชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะถามซ้ำ * การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)		

	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้อง และผิด)	คะแนน
() ดอกไม้ () แม่น้ำ () รถไฟ		
() ต้นไม้ () ทะเล () รถยนต์		
4. Attention /Calculation (5 คะแนน) ให้เลือกทำ ข้อใดข้อหนึ่ง		
ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจ เพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา, ยาย...) คิดเลขในใจเป็นไหม? * ถ้าตอบคิดเป็นให้ตอบข้อ 4.1 * ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบ ให้ตอบข้อ 4.2		
4.1 “ข้อนี้คิดในใจ เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไป เรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไร บอกมา” บันทึกตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด) ทำ ทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ ทำได้ โดยไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2		
4.2 “ผม (ดิฉัน) สะกดคำว่ามะนาว ให้คุณ (ตา,ยาย,...) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา,ยาย,...)สะกดถอยหลังจายัญชนะตัว หลังไปตัวแรก” คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม่้า-สระอะ-นอหนู-สระอา- วอแหวน ไหนคุณ (ตา,ยาย,...) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ ว า น ะ ม	
5. Recall (3 คะแนน) “เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)		
() ดอกไม้ () แม่น้ำ () รถไฟ		
() ต้นไม้ () ทะเล () รถยนต์		
6. Naming (2 คะแนน)		
6.1 ยื่นดินสอให้ผู้สูงอายุแล้วถามว่า“ของสิ่งนี้เรียกว่า อะไร”		

แบบวัดความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความตั้งใจและการคิดหาแนวทางที่จะไปให้ถึงเป้าหมายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละคำตอบมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นค่อนข้างมาก
เฉยๆหรือไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความประโยคนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ตอบ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	เฉยๆ หรือไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
1. “ฉันตั้งใจจะดูแลตนเองให้หายจากโรคซึมเศร้า”				
2. “ฉันจะพยายามติดต่อ พูดคุย ทำความรู้จักกับผู้อื่นก่อน”				
3. “ฉันคิดว่าชีวิตตัวฉันเองมีคุณค่าและมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต”				
4. “ฉันควบคุมตัวเองให้กินยาอย่างต่อเนื่องได้”				
5. “ฉันสามารถศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ”				
6. “เมื่อมีปัญหาฉันจะสามารถหาทางออกได้หลายแนวทาง”				
7. “ฉันหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล”				
8.				
9.....ง				
10. “ฉันมีความเข้มแข็งภายในจิตใจ”				

ตัวอย่างโปรแกรมการวิจัย

คู่มือโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ



ผู้จัดทำ

นางสาวปวีณา นพโสธร

นิสิตสาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคในเวลาราชการ)

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัว

หลักการและเหตุผล

โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุที่เกิดขึ้น มีผลต่อการใช้กระบวนการทางความคิด สติปัญญาและแรงจูงใจของผู้สูงอายุที่ลดลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ การให้ความหมาย การแปลความ การใช้ความคิดและสติปัญญาในการตัดสินใจ และความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ลดลง จึงมีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากเดิม ที่พบบ่อยได้แก่อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โศกเศร้า ร้องไห้ กังวล กลัว รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง หมดหวัง ไม่มีความสุข แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเองและไม่สนใจสิ่งแวดล้อมเป็นต้น (Bushcman, Dixon, and Tichy, 1995) สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ การคิดถึงความตายและความรู้สึกสิ้นหวังในอนาคต ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (นิษา สมานทรัพย์, 2554) ในผู้สูงอายุนั้นความสิ้นหวังเป็นแบบแผนความคิดที่คาดหวังเชิงลบเกี่ยวกับอนาคต (Becke, .T., Weissmana., Lesterd., and Trexlelr., 1974) ความสิ้นหวังมีความสำคัญในการทำนายภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ความสิ้นหวังเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ทำให้อาการรุนแรงขึ้นและนำมาซึ่งการฆ่าตัวตาย ความสิ้นหวังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เฉื่อยชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง แยกตัวออกจากสังคม คิดว่าตนเองไร้ค่า และคิดทำร้ายตนเอง (Uncapher et al., 1998) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีหลายปัจจัยได้แก่ อายุ เพศ ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ประสบการณ์ความเครียดในชีวิต ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม (นิษา สมานทรัพย์, 2554) ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าควรมีการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งคาดว่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามแนวคิดความหวังของ Snyder (1994) ซึ่งในโปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม เป็นการดำเนินกิจกรรมรายครอบครัว จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60 - 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 3 สัปดาห์ และจัดทำคู่มือโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างความหวังสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมโดยออกแบบกิจกรรมตามแนวทางการเสริมสร้างความหวัง(The Hope Therapy Protocol) ของ Snyder (1994) เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งในโปรแกรม เป็นการดำเนินกิจกรรมรายครอบครัว จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60 - 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 ครอบครัวยุบรวมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง (set goals)

ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 90 นาที

กิจกรรม 1) การประเมินปัญหาและความหวัง (30 นาที)

กิจกรรม 2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการรักษา (30 นาที)

กิจกรรม 3) การฝึกตั้งเป้าหมาย แก้ไขปัญหา (30 นาที)

ครั้งที่ 2 ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย (pathways thinking)

ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที

กิจกรรม 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการวางแผนสู่เป้าหมาย (30 นาที)

กิจกรรม 2) เกมบันไดงู ขึ้นบันไดสู่ความสำเร็จ (30 นาที)

ครั้งที่ 3 สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย (identify sources of motivation)

ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที

กิจกรรม 1) ค้นหาแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจ (30 นาที)

กิจกรรม 2) สอนและฝึกวิธีคิดเชิงบวก (30 นาที)

ครั้งที่ 4 ติดตามเป้าหมาย ไม่หมดหวัง (monitor progress toward goals)

ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที

กิจกรรม 1) ทบทวนปัญหา เป้าหมายในการจัดการปัญหา และ แนวทางในการปฏิบัติ (30 นาที)

กิจกรรม 2) วิเคราะห์ปัญหา นำเสนอมุมมองต่อปัญหาในทางบวก (30 นาที)

ครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนเป้าหมาย เข้าใจหนทาง (modify goals and pathways as needs)

ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 90 นาที

กิจกรรม 1) ทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ จากการร่วมกิจกรรม (30 นาที)

กิจกรรม 2) พุดคุยให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนเป้าหมายที่เหมาะสม (30 นาที)

กิจกรรม 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวพุดคุยระบายความรู้สึกต่อกัน (30 นาที)

วัตถุประสงค์ในการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

1. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกตั้งเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดความหวัง

2. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองในการพัฒนา และการคิดวางแผนเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยมีครอบครัวสนับสนุน

3. เพื่อค้นหาและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติ ก่อให้เกิดความหวังกำลังในการจัดการปัญหาต่างๆ โดยมีครอบครัวให้กำลังใจสนับสนุน

4. เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความหวังที่จะทำได้สำเร็จ

5. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สามารถจัดการกับโรคได้อย่างถูกต้อง ก่อให้เกิดความหวังในการรักษา

6. สร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

บทบาทผู้วิจัยในการดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมตามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นการดำเนินกิจกรรมรายครอบครัว ซึ่งสมาชิกกลุ่มประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกครอบครัว โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้สอนแนะนำให้คำปรึกษา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การค้นหาแนวทาง การสร้างและให้กำลังใจกัน ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างความหวัง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อก่อให้เกิดความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

บรรยากาศ

บรรยากาศของการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จัดให้มีบรรยากาศที่เป็นกันเอง โดยส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกมีอิสระในการแสดงความคิดเห็น การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การตัดสินใจต่างๆ โดยไม่รู้สีกกดดัน

โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แผนการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 “ ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง ”

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถประเมินปัญหา และระบุปัญหาของตนเองได้ รวมทั้งมีความรู้และความหวังว่าจะจัดการกับภาวะซึมเศร้านั้นอย่างไร ระบุว่าตนมีความสามารถควบคุมสถานการณ์ ความเครียดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับของภาวะซึมเศร้าลดลง (Cuiji, 1998) เมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการค้นหาปัญหาที่แท้จริงของตนเองได้ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และค้นหาวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับของภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (Aryl, 2008) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นเป้าหมายในการรักษา มีเป้าหมายในการจัดการปัญหา เกิดความหวังตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความหวังถือว่าเป้าหมายมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเกิดอารมณ์ โดยบุคคลที่มีอารมณ์ทางบวกเป็นผลจากการบรรลุตามเป้าหมาย และบุคคลที่ล้มเหลวหรือออกห่างจากเป้าหมายจะมีอารมณ์ทางลบ (Snyder, 2002) บุคคลที่มีอารมณ์ทางบวกจะมีความหวังในระดับสูง (Snyder et al, 1996) การฝึกให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายก่อให้เกิดความหวังซึ่งมีความสัมพันธ์ด้านลบกับความสิ้นหวัง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดด้านลบสูง รู้สึกสิ้นหวัง (Abramson, Metalsky and Alloy, 1989) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของ นิษา สมานทรัพย์ (2554) พบว่า ความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีความหวังสูงขึ้น ความสิ้นหวังลดลง ระดับของภาวะซึมเศร้าจึงลดลง

เวลา ประมาณ 90 นาที

อุปกรณ์ สมุดบันทึก, คู่มือโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น)

วัตถุประสงค์

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมาย (set goals) เป็นการเริ่มต้นของกระบวนการคิดที่ก่อให้เกิดความหวัง
2. ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในสถานะของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัวมองเห็นความหวังในการรักษา
3. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินปัญหา ความหวังและเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาได้

ประกอบด้วยกิจกรรมได้แก่

1) การประเมินปัญหาและความหวัง โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว (ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัว) ประเมินปัญหาในชีวิตประจำวันทั่วไป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน และความหวังของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการปัญหาดังกล่าว เป็นเวลา 30 นาที

2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและแนวทางการดูแลรักษา ระยะเวลานี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

3) การฝึกตั้งเป้าหมาย แก้ไขปัญหา(set goals) โดยทบทวนปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินได้ รวมถึงความหวังของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะจัดการกับปัญหาดังกล่าวซึ่งอาจพบว่ามีหลายปัญหา โดยจัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยเปิดเผยความรู้สึกต่อการรักษา ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการดูแลในครอบครัว และสนทนากับความหวังของครอบครัว ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า ต่อมาให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันพิจารณาเลือกปัญหาที่สำคัญที่สุด 1 ปัญหา ก่อน โดยเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวและสามารถวางแผนจัดการได้ พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการจัดการกับปัญหาดังกล่าวไว้ และบันทึกไว้ในสมุดบันทึก ระยะเวลา 30 นาที

แนวทางการปฏิบัติ

- ผู้วิจัยแนะนำตัวแก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว พูดคุยทักทายสอบถามเรื่องทั่วไป และบอกถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

“...สำหรับวันนี้เป็นการพบกันครั้งแรกเราจะมาทำกิจกรรมร่วมกันทั้งหมด 3 กิจกรรม โดยใช้เวลาในการพบกันครั้งนี้ประมาณ 90 นาที ใช้ชื่อกิจกรรมครั้งที่ 1 นี้ว่า “ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง” โดยมีวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม คือ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการค้นหาปัญหา ประเมินความหวัง ฝึกตั้งเป้าหมาย และมีความรู้ความเข้าใจในสถานะของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัวมองเห็นความหวังในการรักษา ...”

กิจกรรมที่ 1

- ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว (ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัว) ประเมินปัญหาในชีวิตประจำวันทั่วไป

“กิจกรรมแรกคือ การร่วมกันประเมินปัญหาที่พบในชีวิตประจำวันทั่วไป ขอให้คุณลุง/คุณป้า (ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว) ช่วยบอกหรือเล่าถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหา

เกี่ยวกับโรค อากาการนอนไม่หลับ การรับประทานยา หรือปัญหาความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสิ้นหวัง(เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน) และจากปัญหาดังกล่าวท่านมีความหวังในการจัดการปัญหาดังกล่าวอย่างไรบ้าง ”

- ผู้วิจัยจัดบันทึกสรุปปัญหาไว้เป็นข้อๆ โดยทบทวนให้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวบอก ไว้ในสมุดบันทึก “สมุดบันทึกความหวัง หนทางสู่เป้าหมาย” ซึ่งผู้วิจัยจัดทำให้เป็นรายครอบครัว

กิจกรรมที่ 2

- ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและแนวทางการดูแลรักษา โดยมีเอกสารใบความรู้เป็นสื่อการสอน และระหว่างการสอน จะมีการพูดคุยทำความเข้าใจทบทวนความรู้ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

เนื้อหาความรู้ โรคซึมเศร้า

.....

กิจกรรมที่ 3 การฝึกตั้งเป้าหมาย แก้ไขปัญหา (set goals)

- ผู้วิจัยทบทวนปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินได้ รวมถึงความหวังของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะจัดการกับปัญหา

“...หลังจากที่เราได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการดูแลแล้ว เราลองมาทบทวนเกี่ยวกับปัญหาที่พบ ได้แก่.....(อาจพบว่า มีหลายปัญหา) จากปัญหาหลายๆ ข้อ ดิฉันขอให้คุณลุง / คุณป้าร่วมกันพิจารณาเลือกปัญหาที่สำคัญที่สุด 1 ปัญหา ก่อน (โดยเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว และสามารถวางแผนจัดการได้) จากปัญหานี้ ทำให้คุณลุง/ คุณป้ารู้สึกอย่างไรบ้าง คิดว่าสามารถจะจัดการปัญหานี้ได้หรือไม่..... และมีความหวังที่จะจัดการปัญหานี้ได้อย่างไรดิฉันอยากให้เราตั้งเป้าหมายในการจัดการปัญหานี้ร่วมกัน คุณลุง/คุณป้าคิดว่า จะตั้งเป้าหมายในการจัดการปัญหานี้ได้อย่างไร”

- ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวร่วมกันบันทึกการตั้งเป้าหมายในการจัดการกับปัญหาดังกล่าวไว้ในสมุดบันทึก และนัดพบกันในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถบอกถึงเป้าหมายและความหวังของตนในการจัดการกับปัญหาที่พบได้
2. ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวบอกถึงแนวทางการจัดการกับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยได้
3. ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาปัญหา และเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาได้

แผนการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 “ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย”

สาระสำคัญ

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกวิเคราะห์ข้อมูล หาหนทางไปสู่เป้าหมาย รวมทั้งการเล่นเกมนับโดงซึ่งจะมี

บัตรคำสั่งให้ตอบคำถามเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการกระทำที่ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพ กระตุ้นให้เกิดความหวังกำลังใจ เพื่อเป็นการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการดูแล และสร้างความสนุกสนานเพลินเพลิน ผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมในครั้งนี้พัฒนาวิธีการเฉพาะเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้นๆ (pathway thinking) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยบุคคล รับผิดชอบต่อความสามารถของตนในการพัฒนาและระบุวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมาย (Snyder, 1994) ก่อให้เกิดความหวังจากการรับรู้ว่าจะหาหนทางดังกล่าวสามารถสร้างขึ้นได้หากต้องการ (Snyder et al., 1991)

เวลา ประมาณ 60 นาที

อุปกรณ์ อุปกรณ์สำหรับเกมบันไดงู , สมุดบันทึก
วัสดุประสงค์

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับผิดชอบต่อความสามารถของตนในการพัฒนาและระบุวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมาย เกิดกระบวนการคิดในการวางแผนเพื่อบรรลุเป้าหมาย (pathways thinking) ที่ตั้งไว้
2. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว
3. ส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว
4. สร้างความสนุกสนาน ผ่อนคลายความเครียด

ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่

1) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการวางแผน การดำเนินชีวิตร่วมกันไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางแผนในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ตามที่ได้บันทึกไว้ในสมุดบันทึก ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

2) ร่วมเล่นเกมบันไดงู ขึ้นบันไดสู่ความสำเร็จ โดยผู้วิจัยเป็นกรรมการอ่านคำสั่ง ให้ผู้ป่วยและญาติเป็นผู้เล่นเกมบันไดงู ซึ่งจะสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุและการจัดการดูแล รวมทั้งการส่งเสริมให้เกิดความหวังกำลังใจในผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกวิเคราะห์ข้อมูล หาหนทางไปสู่เป้าหมาย ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการดูแล ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

แนวทางการปฏิบัติ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถบอกถึงแผนการที่จะปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกันได้
2. ผู้ป่วยสามารถและสมาชิกครอบครัวตอบคำถามได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่
3. ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเล่นเกมบันไดงูเป็นอย่างดี

แผนการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 “สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย”

สาระสำคัญ

การฝึกคิดในแง่บวกเมื่อเจอปัญหา กระบวนการของแรงจูงใจจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลก้าวไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการอย่างมีทิศทางมีจุดมุ่งหมาย โดยที่บุคคลจะพยายามก้าวไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการแม้ว่าจะมีอุปสรรคเข้ามาขัดขวาง แต่บุคคลก็จะพยายามไปสู่เป้าหมายและเมื่อบรรลุเป้าหมายหนึ่งบุคคลก็จะไปสู่เป้าหมายใหม่จนกว่าจะบรรลุความต้องการที่แท้จริงของตน (Maslow, Abraham Harold, 1970) ส่งเสริมความคิดในเชิงบวก ตามแนวทางการเสริมสร้างความหวังตามทฤษฎีของ Snyder (1994) การสร้างและคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการปฏิบัติ (agency thinking) เป็นการคิดพิจารณาความสามารถของตนเองในการเริ่มต้นที่จะปฏิบัติ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามหนทางที่วางแผนไว้เพื่อไปสู่เป้าหมาย (Snyder et al., 1999) เป็นความคิดที่สะท้อนกลับตนเองในทางบวก เช่นการพูดกับตัวเองในทางบวกว่า “ฉันสามารถทำสิ่งนี้ได้” “ฉันจะไม่หยุดทำ” ซึ่งจะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับตนเองในการเริ่ม และปฏิบัติตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในที่สุด ซึ่ง Haringsma และคณะ(2006) ได้ศึกษาหาปัจจัยทำนายถึงความสามารถในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถจัดการกับความวิตกกังวลด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคต และโลกได้โดยการฝึกคิดในเชิงบวกจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำได้ในระยะเวลาถึง 2 ปี

เวลา ประมาณ 60 นาที

อุปกรณ์ สื่อการสอนวิธีคิดบวก, สถานการณ์ตัวอย่าง, สมุดบันทึก

วัตถุประสงค์

1. กระตุ้นให้เกิดการระบุแหล่งจูงใจและผลจากการแสดงออกของแรงจูงใจ (identify sources of motivation and counteract any drain on motivation)

2. เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติไปสู่เป้าหมายโดยฝึกคิดพิจารณาความสามารถของตนเองและการฝึกคิดเชิงบวกต่อปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการที่จะปฏิบัติไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่

1) ค้นหาแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยการยอมรับ การชมเชย และการกระตุ้นพฤติกรรม(Michael Domjan,1996) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย กระบวนการของแรงจูงใจจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลก้าวไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการอย่างมีทิศทางมีจุดมุ่งหมาย ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

2) ผู้วิจัยแนะนำวิธีการฝึกคิดเชิงบวก 12 วิธี และยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวแสดงความคิดเห็นเสนอแนะมุมมองต่อปัญหา อุปสรรคต่างๆ ในทางบวก ฝึกวิเคราะห์ปัญหา เป้าหมาย การวางแผนการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยส่งเสริมความคิดในเชิงบวก ในการจัดการปัญหาดังกล่าว และให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว กลับไปประเมินปัญหาของตนเองที่พบเพิ่ม และการให้กำลังใจตนเองเมื่อพบปัญหานั้น แล้วบันทึกไว้ในสมุดบันทึก ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

.....

คู่มือโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ



จัดทำโดย

นางสาวปวีณา นพโสตร

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทนำ	1
1. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร	2
2. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากอะไร	3
3. การเปลี่ยนแปลงในผู้ที่เป็็นโรคซึมเศร้า	5
4. สังเกตอย่างไร จึงรู้ว่าผู้สูงอายุมีกำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้า	9
5. ปฏิบัติตัวอย่างไร เมื่อมีอาการของโรคซึมเศร้า	12
6. ดูแลอย่างไรไม่ให้เศร้าเพิ่ม	13
7. สิ่งที่น่าคิดควรปฏิบัติเมื่ออยู่กับผู้ป่วย	14
8. การรักษาโรคซึมเศร้า	15
เอกสารอ้างอิง	16

สมุดบันทึก

“ความหวัง หนทางสู่เป้าหมาย”



ชื่อ.....นามสกุล.....

คำนำ

สมุดบันทึก “ความหวัง หนทางสู่ เป้าหมาย” เล่มนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดความหวังของ Snyder (1994) ในการออกแบบกิจกรรม เพื่อใช้ ประกอบการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้าง ความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น

ผู้จัดทำ

นางสาวปวีณา นพโสทร

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา



ครั้งที่ 1

หน้า 1

ปัญหาที่พบ

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ปัญหาที่คิดว่าสำคัญที่สุด



.....

.....

.....

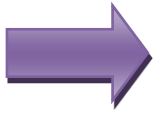


เป้าหมายของฉัน



- 1.....
-
- 2.....
-
- 3.....
-

ครั้งที่ 5

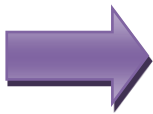


เป้าหมายใหม่ (ถ้ามี)

.....

.....

.....



วางแผนใหม่ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....



“ฉันเชื่อว่าฉันทำได้

ฉันจะไม่หมดหวัง”

CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ค
ตารางวิเคราะห์ข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale)

โดยนำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) ไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ หาความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรของ คูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson Reliability) พบว่าได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .80 และเมื่อนำมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

วิธีของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson) ใช้หาความเที่ยงของแบบทดสอบที่มีระบบการให้คะแนนแบบ 0,1 (ผิด 0, ถูก 1)

สูตร K.R. -21 ในกรณีที่ค่าความยากง่ายของข้อสอบทุกข้อเท่ากันหรือไม่แตกต่างกันมาก

$$R_{tt} = \frac{K}{K-1} \left[\frac{1 - \bar{X}(K - \bar{X})}{KS^2} \right]$$

เมื่อ R_t แทน ความเที่ยงของแบบทดสอบ
 K แทน จำนวนข้อสอบ
 X แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของแบบทดสอบทั้งฉบับ
 S^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบทดสอบ

จากสูตร K.R. - 21

Try out

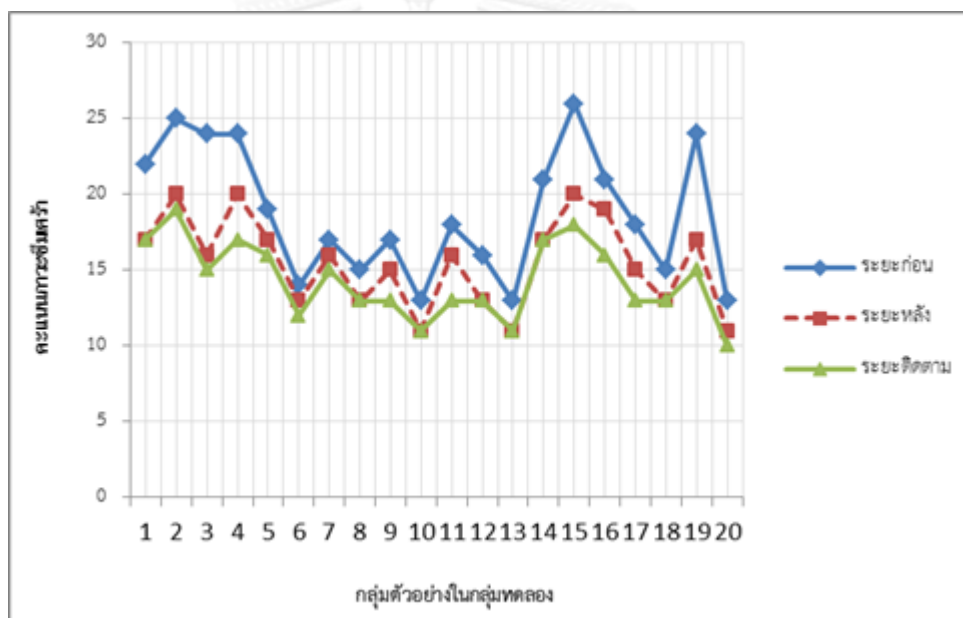
$$R_{tt} = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\bar{X}(K - \bar{X})}{KS^2} \right]$$

$$\begin{array}{l} \bar{X} = 18.75 \\ K = 30 \\ S^2 = 3.95 \end{array} \left| \begin{array}{l} R_{tt} = \frac{30}{30-1} \left[1 - \frac{18.75(30-18.75)}{30(3.95)} \right] \\ \\ = 0.80 \end{array} \right.$$

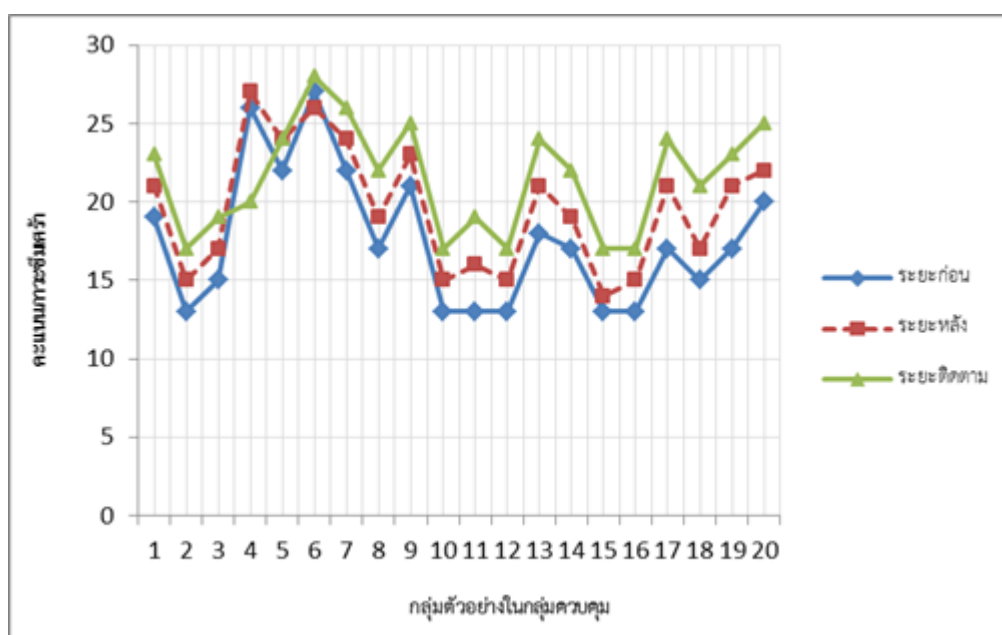
ทดลองจริง

$$R_{tt} = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\bar{X}(K-\bar{X})}{KS^2} \right]$$

$$\begin{array}{l} \bar{X} = 18.75 \\ K = 30 \\ S^2 = 3.75 \end{array} \left| \begin{array}{l} R_{tt} = \frac{30}{30-1} \left[1 - \frac{18.75(30-18.75)}{30(3.75)} \right] \\ \\ = 0.90 \end{array} \right.$$



ภาพที่ 2 แสดงคะแนนภาวะซีมส์ต้ารายบุคคลในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

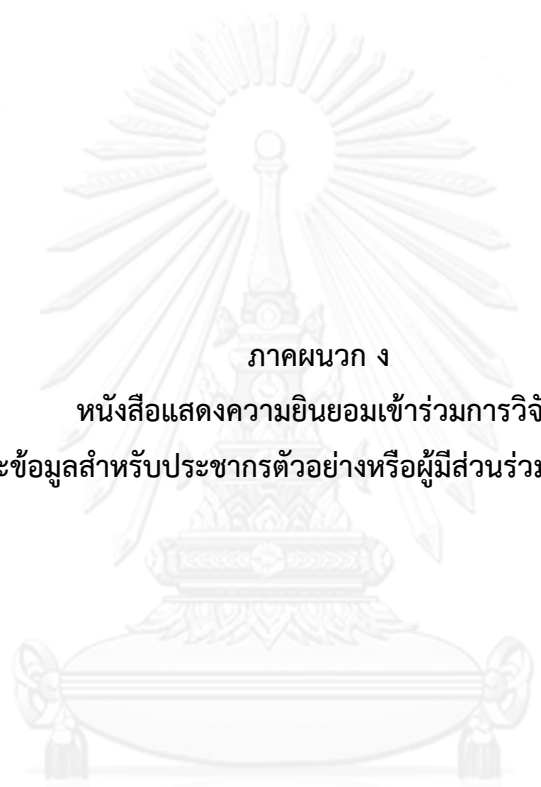


ภาพที่ 3 แสดงคะแนนภาวะซีมส์รายบุคคลในกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะซีมส์ของกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ด้วยวิธีการทดสอบ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

ระยะเวลาการทดลอง	ค่าเฉลี่ย	SD	ผลต่างของค่าเฉลี่ย		
			ก่อนทดลอง	สิ้นสุดทดลอง	ติดตามผล
ก่อนการทดลอง	17.55	4.35	-	-2.05	-3.95*
สิ้นสุดการทดลอง	19.60	3.99	-	-	-1.90
ติดตามผล	21.50	3.46	-	-	-

*p<.05



ภาคผนวก ง
หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
และข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย(กลุ่มทดลอง)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
วัยสูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวปวีณา นพโสธร

ที่อยู่ติดต่อ หอพักแพทย์และพยาบาล รพ.ธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ ห้อง 514B

ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอ คลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

มือถือ...085- 9009711.....E-mail Address : aommya@hotmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสอบถามความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60- 90 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บไว้ประมาณ 5 ปี เพื่อการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวปวีณา นพโสธร) ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....) พยาน

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย(กลุ่มควบคุม)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัยสูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวปวีณา นพโสธร

ที่อยู่ติดต่อ หอพักแพทย์และพยาบาล รพ.ธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ ห้อง 514B

ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอ คลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

มือถือ...085- 9009711.....E-mail Address : aommya@hotmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสอบถามความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บไว้ประมาณ 5 ปี เพื่อการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวปวีณา นพโสธร) ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย(สมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแล)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
วัยสูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวปวีณา นพโสธร

ที่อยู่ติดต่อ หอพักแพทย์และพยาบาล รพ.ธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ ห้อง 514B

ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอ คลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

มือถือ...085- 9009711.....E-mail Address : aommya@hotmail.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้า**จึงสมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม **สมัครใจ**เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ร่วมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 60 - 90 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บไว้ประมาณ 5 ปี เพื่อการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม

ข้าพเจ้า**มีสิทธิถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้า**ได้รับคำรับรอง**ว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวปวีณา นพโสธร) ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....) พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างกลุ่มทดลอง

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวปวีณา นพโสธร

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย หอพักแพทย์และพยาบาล รพ.ธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ ห้อง 514B

ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

มือถือ...085- 9009711.....E-mail Address : aommya@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทำด้วยการอ่านให้ฟังโดยผู้วิจัยหลัก หรือให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านด้วยตนเอง

3. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและหลังโปรแกรม และติดตามผล หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์

4. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เปรียบเทียบกับการพยาบาลตามปกติ

5. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน(คู่) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน (คู่) กลุ่มควบคุม 20 คน(คู่) โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอัมพาตจำนวน 20 คน(คู่)แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน(คู่) กลุ่มควบคุม 10 คน(คู่) โรงพยาบาลนภาลัย 10 คน(คู่)แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 5 คน(คู่) กลุ่มควบคุม 5 คน(คู่) และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า 10 คน(คู่)แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 5 คน(คู่) กลุ่มควบคุม 5 คน(คู่)

เกณฑ์คัดเข้าสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่าง

- 1) เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป
- 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (DSM IV หรือ ICD-10)
- 3) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป (13 คะแนนขึ้นไปวัดโดยแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ไทย TGDS)

4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น(MMSE – Thai)

5) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด และการใช้ภาษาในการสื่อสาร

6) ไม่มีปัญหาโรคทางการขึ้นรุนแรง เช่น อัมพาต พิการอวัยวะแขน – ขา

7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ โดยมีการยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์คัดออก

1) ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนทางกาย

2) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น อากาการหูแว่ว ประสาทหลอน

6. การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลเพื่อขอรายชื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์คัดเข้า เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย เรียงรายชื่อแล้วทำการจับคู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2) แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน(คู่) ในกลุ่มทดลองประกอบด้วย ผู้ป่วย และครอบครัว (ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัว) รวมเป็น 2 คน เหตุผลที่ได้รับเชิญคือมี

คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างและเป็นไปตามแนวทางการวิจัย ระยะเวลาที่คาดว่าจะผู้เข้าร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยโดยดำเนินการรายครอบครัวประกอบด้วย กิจกรรมที่จัดขึ้นจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 60- 90 นาที พบกันสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลาทั้งสิ้นประมาณ 3 สัปดาห์

7. กระบวนการการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมรายครอบครัว 5 ครั้งๆละ 60 - 90 นาที ที่บ้านของผู้ป่วยหรือที่โรงพยาบาล ดังนี้

7.1 ครั้งที่ 1 ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง ใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การประเมินปัญหาและความหวัง 2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการรักษา และ 3) การฝึกตั้งเป้าหมาย แก้ไขปัญหา

7.2 ครั้งที่ 2 ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วย กิจกรรม 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการวางแผนสู่เป้าหมาย และ 2) เกมบันไดงู ขึ้นบันไดสู่ความสำเร็จ

6.3 ครั้งที่ 3 สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วย กิจกรรม 1) ค้นหาแรงจูงใจ และสร้างแรงจูงใจ และ 2) การสอนและฝึกการคิดเชิงบวกในการวางแผนจัดการปัญหา

7.4 ครั้งที่ 4 ติดตามเป้าหมาย ไม่หมดหวัง ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ทบทวนปัญหา เป้าหมายในการจัดการปัญหา และ แนวทางในการปฏิบัติ และ 2) วิเคราะห์ปัญหา นำเสนอมุมมองต่อปัญหาในทางบวก

7.5 ครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนเป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจหนทาง ใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที ประกอบด้วย กิจกรรม 1) ทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ จากการร่วมกิจกรรม 2) พุดคุยให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนเป้าหมายที่เหมาะสม และ 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวพูดคุยระบายความรู้สึกต่อกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม

8. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกวัน เวลาสถานที่ในการเข้าร่วมวิจัยโดยคำนึงถึงความพอใจและความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ตามความสะดวกในการเดินทางและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้วิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามข้อสงสัยและปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยและถอนตัวออกได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลถึงการได้รับการรักษาแต่อย่างใด

9. ระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการยุติการให้สัมภาษณ์ได้ทันที โดยจะไม่เสียผลประโยชน์ใดๆ ที่พึงได้รับ และหากผู้วิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการทางจิต ระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะหยุดการดำเนินการวิจัยทันที เพื่อทำการประเมินสภาพจิตใจและบำบัดเบื้องต้น จากนั้นจะได้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งต่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช แพทย์หรือ จิตแพทย์ต่อไป การเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ในการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ และการพัฒนาระบบการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในพื้นที่ปทุมภูมิ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

10. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติม และสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ นางสาวปวีณา นพโสธร หมายเลขโทรศัพท์ 085- 900-9711 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอย จุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างกลุ่มควบคุม

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวปวีณา นพโสธร

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย หอพักแพทย์และพยาบาล รพ.ธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ ห้อง 514B

ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

มือถือ...085- 9009711.....E-mail Address : aommya@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทำด้วยการอ่านให้ฟังโดยผู้วิจัยหลัก หรือให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านด้วยตนเอง

3. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและหลังโปรแกรม และติดตามผล หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์

4. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เปรียบเทียบกับการพยาบาลตามปกติ

5. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน(คู่) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน (คู่) กลุ่มควบคุม 20 คน(คู่) โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอัมพวาจำนวน 20 คน(คู่)แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน(คู่) กลุ่มควบคุม 10 คน(คู่) โรงพยาบาลนภลัย 10 คน(คู่)แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 5 คน(คู่) กลุ่มควบคุม 5 คน(คู่) และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า 10 คน(คู่)แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 5 คน(คู่) กลุ่มควบคุม 5 คน(คู่)

เกณฑ์คัดเข้าสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1). เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป
2). ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (DSM IV หรือ ICD-10)
3). มีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป (13 คะแนนขึ้นไปวัดโดยแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Thai TGDS)

4). ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น(MMSE – Thai)

5). ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด และการใช้ภาษาในการสื่อสาร

6). ไม่มีปัญหาโรคทางการขึ้นรุนแรง เช่น อัมพาต พิกการอวัยวะแขน – ขา

7). ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ โดยมีการยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์คัดออก

1). ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนทางกาย

2). ผู้ป่วยมีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน

6. การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1). ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลเพื่อขอรายชื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์คัดเข้า เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย เรียงรายชื่อแล้วทำการจับคู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.) แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน(คู่) ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยเป็น**กลุ่มควบคุม** เหตุผลที่ได้รับเชิญคือมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างและเป็นไปตามแนวทางการวิจัย

7. กระบวนการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมรายครอบครัวแก่ประชากรกลุ่มทดลอง 5 ครั้งๆละ 60 - 90 นาที ที่บ้านของผู้ป่วยหรือที่โรงพยาบาล เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ โดยในระหว่างนี้**ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม**จะได้รับการพยาบาลตามปกติที่พยาบาลทำให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

8. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกวัน เวลาสถานที่ในการเข้าร่วมวิจัยโดยคำนึงถึงความพอใจและความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามข้อสงสัยและปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยและถอนตัวออกได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลถึงการได้รับการรักษาแต่อย่างใด

9. ระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการยุติการให้สัมภาษณ์ได้ทันที โดยจะไม่เสียผลประโยชน์ใดๆ ที่พึงได้รับ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

10. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติม และสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่นางสาววิณา นพโสธร หมายเลขโทรศัพท์ 085- 900-9711 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

11.หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่

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

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับสมาชิกครอบครัว(ผู้ดูแล)ของประชากรตัวอย่าง

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวปวีณา นพโสธร

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย หอพักแพทย์และพยาบาล รพ.ธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ ห้อง 514B

ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

มือถือ...085- 9009711.....E-mail Address : aommya@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจงานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทำด้วยการอ่านให้ฟังโดยผู้วิจัยหลัก หรือให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านด้วยตนเอง

3. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและหลังโปรแกรม และติดตามผล หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์

4. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เปรียบเทียบกับการพยาบาลตามปกติ

5. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน(คู่) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน (คู่) กลุ่มควบคุม 20 คน(คู่) โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอัมพวาจำนวน 20 คน(คู่)แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน(คู่) กลุ่มควบคุม 10 คน(คู่) โรงพยาบาลนภลัย 10 คน(คู่)แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง5 คน(คู่) กลุ่มควบคุม5 คน(คู่) และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า10 คน(คู่)แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 5 คน(คู่) กลุ่มควบคุม 5 คน(คู่)

คุณสมบัติของสมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแล ที่คัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย มีดังนี้

- 1). บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติ รู้จักคุ้นเคยกับบริบทของผู้ป่วย
- 2). สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยได้ทุกครั้ง

6. การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1). ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลเพื่อขอรายชื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์คัดเลือก เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย เรียงรายชื่อแล้วทำการจับคู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.) แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน(คู่) ในกลุ่มทดลองประกอบด้วย ผู้ป่วยและครอบครัว (ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัว) รวมเป็น 2 คน เหตุผลที่ได้รับเชิญคือมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างและเป็นไปตามแนวทางการวิจัย ระยะเวลาที่คาดว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยโดยดำเนินการรายครอบครัวประกอบด้วย กิจกรรมที่จัดขึ้นจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 60- 90 นาที พบกันสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลาทั้งสิ้นประมาณ 3 สัปดาห์

7. กระบวนการการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมรายครอบครัว 5 ครั้งๆละ 60 - 90 นาที ที่บ้านของผู้ป่วยหรือที่โรงพยาบาล ดังนี้

7.1 ครั้งที่ 1 ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง ใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การประเมินปัญหาและความหวัง 2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการรักษา และ 3) การฝึกตั้งเป้าหมาย แก้ไขปัญหา

7.2 ครั้งที่ 2 ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วย กิจกรรม 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการวางแผนสู่เป้าหมาย และ 2) เกมบันไดงู ขึ้นบันไดสู่ความสำเร็จ

6.3 ครั้งที่ 3 สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วย กิจกรรม 1) ค้นหาแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจ และ 2) การสอนและฝึกการคิดเชิงบวกในการวางแผนจัดการปัญหา

7.4 ครั้งที่ 4 ติดตามเป้าหมาย ไม่หมดหวัง ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ทบทวนปัญหา เป้าหมายในการจัดการปัญหา และ แนวทางในการปฏิบัติ และ 2) วิเคราะห์ปัญหา นำเสนอมุมมองต่อปัญหาในทางบวก

7.5 ครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนเป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจหนทาง ใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที ประกอบด้วย กิจกรรม 1) ทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ จากการร่วมกิจกรรม 2) พุดคุยให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนเป้าหมายที่เหมาะสม และ 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวพุดคุยระบายความรู้สึกต่อกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม

8. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกวัน เวลาสถานที่ในการเข้าร่วมวิจัยโดยคำนึงถึงความพอใจและความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ตามความสะดวกในการเดินทางและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้วิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามข้อสงสัยและปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยและถอนตัวออกได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลถึงการได้รับการรักษาแต่อย่างใด

9. ระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการยุติการให้สัมภาษณ์ได้ทันที โดยจะไม่เสียผลประโยชน์ใดๆ ที่พึงได้รับ และหากผู้วิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการทางจิต ระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะหยุดการดำเนินการวิจัยทันที เพื่อทำการประเมินสภาพจิตใจและบำบัดเบื้องต้น จากนั้นจะได้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งต่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช แพทย์หรือ จิตแพทย์ต่อไป การเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ในการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ และการพัฒนาระบบการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในพื้นที่ปทุมธานี ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

10. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติม และสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่นางสาวปริณดา นพโสธร หมายเลขโทรศัพท์ 085- 900-9711 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่

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

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปวีณา นพโสทร เกิดเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2528 ที่จังหวัดฉะเชิงเทรา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อปีการศึกษา 2551 และศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2554 จนถึงปัจจุบัน ประสบการณ์ด้านวิชาชีพ ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551 – 2554 และ ปัจจุบันเป็นอาจารย์ประจำ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติ-เอเชียแปซิฟิก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY