

ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า  
ในชุมชน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2566

THE EFFECT OF WELLNESS RECOVERY ACTION PLAN PROGRAM ON DEPRESSIVE  
SYMPTOMS OF OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN COMMUNITY



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing  
Faculty Of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน
โดย	นายพรประเสริฐ แก้วคำ
สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน)

CHULALONGKORN UNIVERSITY





## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ประสบความสำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ ผู้ซึ่งให้ความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า คอยให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทาง ในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความทุ่มเทและเอาใจใส่เสมอมา ทำให้ผู้วิจัยก้าวผ่านปัญหาและอุปสรรคจน วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความเมตตากรุณาที่ท่านมีต่อผู้วิจัย จึงขอกราบขอบพระคุณ ท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางอันเป็น ประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและขอเสนอแนะในการปรับปรุง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยวิจัยที่เสียสละเวลาอันมีค่าและให้การ ช่วยเหลือผู้วิจัยในระหว่างดำเนินการทดลอง และขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยจิตเวช ที่ ให้ความรู้และทักษะในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดแก่ผู้วิจัย ทำให้การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ผ่านพ้นและสำเร็จลุล่วงไป ได้ด้วยดี ขอกราบขอบพระคุณโรงพยาบาลนภาลัย และโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ให้ความอนุเคราะห์ แหล่งเก็บข้อมูลในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าเดินทางมาเข้าร่วม การวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และคำชี้แนะแนวทางตลอด ระยะเวลาที่ศึกษาเล่าเรียน ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอกราบขอบพระคุณคณบดีบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา และ RAS-DS Team, Dr. Nicola Hancock and The University of Sydney ที่ให้ ความอนุเคราะห์อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้จัดการแผนกห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปะกอก 1 และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่คอยช่วยเหลือจัดตารางเวรทำงานที่เอื้ออำนวยต่อการศึกษาเล่าเรียนของผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณและระลึกถึงนายโผน แก้วคำ และนางแจ่ม แก้วคำ เกษตรกรผู้เป็นบิดามารดาให้ กำเนิด ผู้ซึ่งให้ความรักความเมตตาในการเลี้ยงดู ให้มีการศึกษาที่ดี ชี้แนะให้รู้สิ่งถูกผิด ความรักความเมตตาจากท่านไม่ มีอื่นใดเทียบเท่า ถึงท่านทั้งสองจะเลี้ยงดูผู้วิจัยด้วยความลำบากยากจน แต่ความลำบากยากจนไม่เคยทำให้ผู้วิจัยด้อย ค่าความเป็นคนดี และขอบพระคุณเพื่อน ญาติพี่น้องที่มีส่วนเกี่ยวข้องในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณตนเองที่ก้าวผ่านปัญหาและอุปสรรคในชีวิต แม้บางครั้งมันอาจเหนื่อยยาก ลำบากแต่ก็ ผ่านมาได้เสมอ และขอบคุณปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตทุกสิ่งล้วนทำให้เติบโตเป็นเราดังเช่นทุกวันนี้ คุณ งามความดีที่กล่าวข้างต้นขออวยพรให้ท่านประสบแต่ความสุขความเจริญในชีวิต

พรประเสริฐ แก้วคำ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	12
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	17
2. แนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.....	30
3. แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ.....	44
4. การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.....	62
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	69

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	71
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	72
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	73
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....	73
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	74
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	75
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	76
กระบวนการดำเนินการวิจัย.....	91
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	115
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	117
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ .....	125
สรุปผลการวิจัย.....	130
อภิปรายผลการวิจัย.....	130
ข้อเสนอแนะ.....	141
บรรณานุกรม.....	143
ภาคผนวก.....	157
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือและรายนามผู้ช่วยวิจัย.....	158
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	160
ภาคผนวก ค การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและการคำนวณดัชนีความเที่ยงของเครื่องมือ.....	172
ภาคผนวก ง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	175
ภาคผนวก จ การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในชุมชนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง และการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในชุมชน	



ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง.....	177
ภาคผนวก ฉ เอกสารอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย.....	181
ภาคผนวก ช เอกสารขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ.....	184
ภาคผนวก ซ เอกสารขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเอกสารขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	189
ภาคผนวก ฅ เอกสารขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และเอกสารรับรองโครงการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน .....	193
ภาคผนวก ญ เอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย และเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย.....	196
ประวัติผู้เขียน.....	204

## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การลงรหัสตามเกณฑ์ ICD-10.....	19
ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่างอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่กับวัยสูงอายุ .....	40
ตารางที่ 3 แสดงการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า .....	62
ตารางที่ 4 ตารางกำหนดการกิจกรรมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า .....	94
ตารางที่ 5 แสดงจำนวน และค่าเฉลี่ยร้อยละ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา .....	118
ตารางที่ 6 แสดงจำนวน และค่าเฉลี่ยร้อยละ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน โรคประจำตัว .....	119
ตารางที่ 7 แสดงจำนวน และค่าเฉลี่ยร้อยละ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า พฤติกรรมการรับประทานยา เคยได้รับการบำบัดรูปแบบอื่นมาก่อน ผู้ดูแลหลัก .....	120
ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (N=21).....	121
ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=21).....	122
ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนอาการซึมเศร้าแยกเป็นรายคู่.....	122
ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n= 42).....	124

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	71
ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	116



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกมีจำนวนประมาณ 700 ล้านคน จำนวนหนึ่งในสาม คาดว่าจะประสบกับความผิดปกติทางจิตในแต่ละปี โดยโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มักพบได้บ่อยและคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าภายในปีค.ศ 2050 (United Nations, 2019) ในปีพ.ศ 2564 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.8 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่จะมีการเจ็บด้วยโรคทางจิตและสมองเสื่อมจำนวนประมาณ 6.8 แสนคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากการสำรวจและประเมินโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2566 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 25,483 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นโรคทางจิตที่พบได้มากร้อยละ 23 ของผู้สูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (ณัฐิกา ราชบุตร และคณะ, 2564)

จากสถิติในภาคกลางเขตสุขภาพที่ 5 อันประกอบด้วยจังหวัดเพชรบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์ สุพรรณบุรี นครปฐม ราชบุรี และจังหวัดกาญจนบุรี มีรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปีงบประมาณ 2566 ในเดือนพฤษภาคม (ฐานข้อมูล HDC) จำนวน 106,757 คน และจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาจำนวน 95,297 คน (กรมสุขภาพจิต, 2566) ซึ่งจากรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุยอดสะสมตั้งแต่ปีพ.ศ. 2552 ถึงปีพ.ศ. 2562 พบจำนวนผู้ป่วยสูงอายุสะสมทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาจำนวน 24,792 คน (กรมสุขภาพจิต, 2562) โดยเฉพาะจังหวัดสมุทรสงครามเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ โดยพบว่าจำนวนของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงครามติด 1 ใน 5 ของจังหวัดที่มีผู้สูงอายุอยู่ในอันดับที่ 5 (สุรีย์วรรณ สีลาดเลา และคณะ, 2564) และพบจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาจำนวน 3,519 คน (กรมสุขภาพจิต, 2566) ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาจำนวน 1,288 คน จากรายงานประจำปี 2566 โรงพยาบาลนภากาศ และโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม พบจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการ ณ ปัจจุบันทั้งหมด 188, 169 รายตามลำดับ ซึ่งมีผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 67, 36 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 35.64, 21.30 ต่อจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดที่มาใช้บริการตามลำดับ และพบว่าอาการซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (วุฒิฉาน ห้วยทราย และศรายุทธ ชูสุทนต์, 2566) และยังเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ด้านอารมณ์ (emotional) ความคิด (cognitive) ร่างกาย (physical) และพฤติกรรม (behavioral) (ภักจิรา ภูสมศรี, 2563) โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้สูงเป็นอันดับแรกในกลุ่มวัยผู้สูงอายุซึ่งเพศหญิงมีอัตราการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย การเจ็บป่วยของโรคนี้อาจก่อให้เกิดภาระโรคสูง (burden of disease) เพิ่มการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุรวมถึงโรคทางกาย เป็นโรคที่ทำให้กระบวนการรับรู้บกพร่อง ก่อให้เกิดความพิการอย่างมาก และยังเป็นโรคที่เพิ่มอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพศชายจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิง (Forbes et al., 2021) จากสถิติในปีพ.ศ. 2564 มีบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าพยายามฆ่าตัวตายชั่วโมงละ 6 คน หรือทั้งปีมากกว่า 53,000 คนและเสียชีวิตประมาณ 4,000 คน ซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของคนไทย (กรมสุขภาพจิต, 2565) ซึ่งในปีพ.ศ. 2564 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดสมุทรสงคราม 6.32 ต่อประชากรแสนคน และพบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คนหรือคิดเป็น 8.85 ต่ออัตราฆ่าตัวตายทั้งหมดของประชากรในจังหวัด (กรมสุขภาพจิต, 2564)

อาการซึมเศร้า (Depressive symptoms) หมายถึงอาการและอาการแสดงที่มีความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมมีอาการซึมเศร้า หดหู่ มีความคิดอัตโนมัติเชิงลบต่อตนเอง และเหตุการณ์ต่างๆ รู้สึกตนเองไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง (Beck, 2005) ซึ่งมีอาการและอาการแสดงทางกายเด่นกว่าอาการทางจิต เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากกว่าปกติ เบื่ออาหารทานได้น้อย อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในชุมชน โดยผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่อยู่ในชุมชนจะอยู่ในช่วงระยะที่ 4 ของการดำเนินของโรคซึมเศร้า คือระยะการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery) เป็นระยะที่ไม่มีอาการหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับที่ไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยใช้ระยะเวลาหลังจากระยะการหายทุกเวลา 4 เดือน ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นในระยะนี้ มีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น (Rush et al., 2006) อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ง่ายเนื่องด้วยความเสื่อมทางด้านร่างกายและการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลานาน และโดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่อยู่ในชุมชนมักจะมีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางซึ่งส่งผลกระทบต่อเชิงลบต่อตนเอง และสังคม เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ (Cámara et al., 2008) อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ายังส่งผลต่ออายุขัยเฉลี่ยที่ลดลงอันเนื่องมาจากการฆ่าตัวตาย และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า การทำหน้าทางสังคมและการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันที่ลดลงจากผลกระทบของ

อาการซึมเศร้า ความหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังในการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดการพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวมากขึ้น อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ายังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Gurland, 1992; ประสพสุข ศรีแสนปาง, 2561) และทำให้กระบวนการรับรู้และการรู้คิดบกพร่อง เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและส่งผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (Conejero et al., 2018; Forbes et al., 2021; Penninx et al., 1999)

ปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่ามี 3 ปัจจัยสำคัญ คือ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และปัจจัยปกป้อง กล่าวคือ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ (Romans et al., 2007) พันธุกรรม ความผิดปกติของระบบประสาท (Kennis et al., 2020) ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความผิดปกติของบุคลิกภาพ (Bartz de Ávila et al., 2022; Obuobi Donkor et al., 2021; Skodol et al., 2011) การมีความผิดปกติด้านความคิด (Renner et al., 2012) พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสังคม (Krieger et al., 2013; Ottenbreit et al., 2014) ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เช่น การสูญเสีย ปัญหาเศรษฐกิจ (Haseda et al., 2018; Huang Lj Mm et al., 2019) และปัจจัยปกป้อง ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Orth et al., 2009; มุจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา) ความเข้มแข็งทางใจ (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559; มุจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา (มุจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) การมีความหวัง (Leite et al., 2019; Trezise et al., 2018) ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า (Nguyen et al., 2017) ความรับผิดชอบต่อตนเอง (Mak et al., 2022)

จากการทบทวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยบรรเทาหรือลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กล่าวคือหากผู้สูงอายุโรคซึมเศรามีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าตามมามาก แต่ในขณะเดียวกันถ้าผู้สูงอายุโรคซึมเศรานั้นมีปัจจัยปกป้องร่วมด้วย จะช่วยทำให้ระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดลดน้อยลง มีผลทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศรานั้นลดความเสี่ยงในการที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้ (มุจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) และปัจจัยปกป้องยังเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับตัวในทางที่ดีขึ้นหลังจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเผชิญกับปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อจิตใจ ซึ่งปัจจัยปกป้องมีอยู่ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลเช่น ครอบครัว และชุมชน (สุกัญญา

แก่นงูเห่า (2563) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกจัดกระทำกับปัจจัยปกป้องด้านความหวัง เนื่องด้วยการมีความหวังส่งผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง อาการนอนไม่หลับและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชของ Trezise et al. (2018) ผลการวิจัยพบว่าเป็นความหวัง อาการนอนไม่หลับ และอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยปกป้องด้านความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคและอาการซึมเศร้าในระดับที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของความรู้ที่สัมพันธ์กับความรู้และอาการซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าการมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ต่อระดับอาการซึมเศร้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nguyen et al., 2017) ปัจจัยปกป้องด้านการสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของ มุจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และปัจจัยปกป้องด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรับผิดชอบต่อตนเองในระดับดีจะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mak et al. (2022) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับผิดชอบต่อตนเอง อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล ต่อผลลัพธ์การรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าการรับผิดชอบส่วนบุคคลในการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปัจจัยปกป้องที่กล่าวมาข้างต้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Maier et al. (2021) ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในกลุ่มโรคทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยปกป้องในด้านจิตสังคมอันประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม ความหวังในการดำเนินชีวิต การมีความรอบรู้ในเรื่องโรคซึมเศร้า และความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยปกป้องด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าประกอบด้วยโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน (บุศรา สุขสวัสดิ์ และคณะ, 2560) โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (อรพิน พรรคโยภณ, 2561) โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน (อุษณีย์ บุญบรรจบ และเพ็ญภา

แดงด้อมยุทธ์, 2561) โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (ธีรนาถ บุญญาธิการ และคณะ, 2563) ซึ่งโปรแกรมที่กล่าวมาข้างต้นสามารถลดอาการซึมเศร้าโดยจัดกระทำกับปัจจัยปกป้องเพียงด้านเดียว และจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า Wellness Recovery Action Planning Program (Mak et al., 2022) สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยจัดกระทำกับปัจจัยปกป้องได้หลายด้านตามองค์ประกอบของแนวคิด (Wellness recovery action plan: WRAP) ของ Copeland (2002) โดยเฉพาะปัจจัยปกป้องด้านความหวัง ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความรับผิดชอบต่องานที่ผู้วิจัยได้เลือกมาจัดกระทำเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าการศึกษาของ Cook et al., (2012) ที่ศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลง มีการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ Aljeesh and Shawish (2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัย Mak et al., (2022) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพในบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตเวชในประเทศฮ่องกง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลลดลง และมีพลังอำนาจรวมทั้งการฟื้นคืนสู่สุขภาพส่วนบุคคลในระดับที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้นถึงแม้จะมีการศึกษาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพในการลดอาการซึมเศร้าในต่างประเทศ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่นำไปจัดกระทำต่อปัจจัยปกป้องเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย และโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม มีรูปแบบแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าโดยให้บริการแบบผู้ป่วยนอก มีการค้นหาประเมินปัญหาจิตสังคม และคัดกรองอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q หากพบว่ามีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป และมีความเสี่ยงคิดทำร้ายตนเองจะส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยทำการรักษาในลำดับต่อไป และพยาบาลจิตเวชจะแจ้งผลการประเมินและให้สุขภาพจิตศึกษาและส่งต่อข้อมูลการรักษาและประสานงานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการนัดติดตามอาการซึมเศร้า จากแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น ทางโรงพยาบาลกำหนดให้พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการติดตามประเมินผลอาการซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง



และให้สุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้า การดูแลตนเอง การรับประทานยา การมาพบแพทย์เพื่อติดตามตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเป็นรูปแบบแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีแนวคิดมาจากแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Wellness Recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002) ที่ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ ความหวัง ความรับผิดชอบส่วนบุคคล การศึกษา การสนับสนุนตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการฟื้นคืนสู่สุขภาพเป็นเป้าหมายที่สำคัญในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เมื่อบุคคลมีการฟื้นคืนสู่สุขภาพจะก่อให้เกิดความผาสุก ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต มีความหวัง สามารถพัฒนาตนเองปรับตัวอยู่ได้อย่างปกติสุข มีการให้ความหมายในชีวิตใหม่ วางเป้าหมายในชีวิตใหม่ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ให้ความสำคัญกับตนเอง สามารถช่วยเหลือตัวเอง สามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล (ฐานิยา สุทะปา และคณะ, 2563; นันทภัก ชนะพันธ์, 2556) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีการนำมาบำบัดรักษาในบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่หลากหลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพและลดอาการซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนซึ่งโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002) สามารถจัดกระทำต่อปัจจัยปกป้องด้านความหวัง ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ลดอิทธิพลและระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนสามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ มีการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

### คำถามการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพแตกต่างกันหรือไม่
2. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ง่ายเนื่องด้วยความเสื่อมทางด้านร่างกายและการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลาานาน (Forbes et al., 2021; Penninx et al., 1999) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดการพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวมากขึ้น (ประสพสุข ศรีแสนปาง, 2561) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่ามี 3 ปัจจัยที่สำคัญ คือ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและปัจจัยปกป้อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าตามมามาก แต่ในขณะเดียวกันถ้าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านั้นมีปัจจัยปกป้องร่วมด้วย จะทำให้ระดับความรุนแรงและอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดลดน้อยลงส่งผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลงได้ (มูจรินทร์ พุทธิเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) ซึ่งจากทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในกลุ่มโรคทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยปกป้องในด้านจิตสังคมอันประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม ความหวังในการดำเนินชีวิต การมีความรอบรู้ในเรื่องโรคซึมเศร้า และความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Maier et al., 2021)

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002) ที่ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ ความหวัง ความรับผิดชอบส่วนบุคคล การศึกษา การสนับสนุนตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่จัดกระทำกับปัจจัยปกป้องด้านความหวัง ความรับผิดชอบต่อตนเอง ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือปัจจัยปกป้องด้านความหวัง หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสูญเสียความหวังแม้เพียงระดับ

เล็กน้อยจะส่งผลทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา ดังนั้นการลดและป้องกันอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต้องสร้างและกระตุ้นให้เกิดความหวัง เมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความหวังจะก่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการค้นหาวิธีในการปรับตัวในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคซึ่งส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าลดลง (Leite et al., 2019; Trezise et al., 2018) ปัจจัยปกป้องด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรับผิดชอบต่อตนเองจะเกิดการตระหนักรู้มากขึ้น รู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถระบุวิธีการเผชิญปัญหาและจัดการกับอาการซึมเศร้าได้มากขึ้น ส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าลดลง (Mak et al., 2022) ปัจจัยปกป้องด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการซึมเศร้า หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการซึมเศร้าในการระบุสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการหรืออาการแสดง แนวทางการดูแลตนเอง และแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ มีทัศนคติและพฤติกรรมในการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต ส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าลดลง (Nguyen et al., 2017) ปัจจัยปกป้องด้านการสนับสนุนทางสังคม การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพในสังคมได้ดียิ่งขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามองเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เกิดการทัศนคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะส่งผลต่อการลดและป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าได้ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (มจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ประกอบด้วย 6 กิจกรรมดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลา 3 สัปดาห์ แต่ละสัปดาห์ประกอบด้วย 2 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลานานครั้งละ 60-90 นาที โดยมีรายละเอียดดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 ค้นหาและสร้างความหวังในการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพ** เป็นกิจกรรมที่สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรม และเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามองเห็นความหวังในการดำเนินชีวิต โดยการค้นหาความหวัง วิธีการที่จะทำให้อาการซึมเศร้าที่ตนตั้งไว้ประสบความสำเร็จ ค้นหาอุปสรรคหรือปัญหาที่จะทำให้อาการซึมเศร้าที่ตนตั้งไว้ไม่ประสบความสำเร็จ และสร้างวิธีที่จะรับมือกับอุปสรรคเหล่านั้น ซึ่งกระบวนการเกิดความหวังหากมีการสร้างและคงไว้ซึ่งความหวังเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามองเห็นความหวังเกี่ยวกับอนาคตในทางบวกและมีความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มมากขึ้น (Snyder, 2000) อันจะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าเกิดแรงบันดาลใจและความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง มีเป้าหมายในการต่อสู้กับโรคและอาการซึมเศร้า อีกทั้งยังสามารถช่วยเพิ่มความสามารถของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในสถานการณ์ที่ยากลำบากของชีวิตที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคและอาการ

ซึมเศร้า เมื่อจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากโรคและอาการซึมเศร้าได้จะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าลดลง (Leite et al., 2019; Trezise et al., 2018) ซึ่งภายในกิจกรรมผู้วิจัยแจกใบงานที่ 1.1 และให้สมาชิกเขียนหรือเล่าเกี่ยวกับความหวังในทุกมิติของชีวิตตนเอง จากนั้นให้สมาชิกวิเคราะห์ถึงความยากง่ายที่จะทำให้ความหวังเหล่านั้นสำเร็จและให้สมาชิกเลือกว่าจะทำให้ความหวังในเรื่องใดสำเร็จเป็นอันดับแรก โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกตั้งความหวังตามความสามารถของตนเอง เน้นที่ความหวังในระยะสั้นและสามารถเป็นไปได้ โดยเขียนลงในใบงานที่ 1.1 และให้สมาชิกค้นหาวิธีการที่จะทำให้ความหวังที่ตั้งไว้ประสบความสำเร็จ รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้กับตนเองเพื่อให้เกิดการกระทำอย่างต่อเนื่อง (อรณลิน สิงขรณ์ และภาวดี เหมทานนท์, 2564) รวมถึงให้สมาชิกภายในกลุ่มค้นหาอุปสรรคหรือปัญหาที่จะทำให้ความหวังที่ตั้งไว้ไม่ประสบความสำเร็จ และให้สมาชิกช่วยกันค้นหาวิธีที่จะรับมือกับอุปสรรคเหล่านั้น รวมถึงวิธีการเผชิญกับความคิดที่เป็นอุปสรรคต่อความหวังของตนเองเขียนบันทึกลงในใบงานที่ 1.2 (Copeland, 2018; Kirmani et al., 2015)

**กิจกรรมที่ 2 แผนดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฟื้นคืนสู่สุขภาพ การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในระดับที่ไม่เพียงพอ จะส่งผลให้มีทัศนคติและพฤติกรรมในการแสวงหาความช่วยเหลือและการเข้าถึงกระบวนการช่วยเหลือทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจึงส่งผลต่อระดับความรุนแรงอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าจะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าลดลง (Nguyen et al., 2017) ซึ่งภายในกิจกรรมผู้วิจัยจะให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์และความเข้าใจของตนเอง ซึ่งมีหัวข้อในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ดังนี้ “โรคซึมเศร้าในความคิดของคุณหมายถึง มีอาการอย่างไร เกิดจากสาเหตุอะไรบ้าง และท่านมีวิธีการดูแลตนเองที่ผ่านมาอย่างไร ” ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยแจกใบความรู้ที่ 1 ให้สมาชิกภายในกลุ่มซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและอาการแสดง แนวทางการบำบัดรักษา รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริการจัดการเรื่องยา และการพบแพทย์เพื่อติดตามอาการ (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563) รวมถึงให้ความรู้สมาชิกเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ โดยผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 2 ให้สมาชิกภายในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ และสอบถามถึงเป้าหมายในการฟื้นคืนสู่สุขภาพของสมาชิกแต่ละท่าน ให้สมาชิกภายในกลุ่มเขียนอธิบายเป้าหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพและเขียนแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองลงในใบงานที่ 2 (Copeland, 2002, 2015, 2018)

**กิจกรรมที่ 3 แผนรับมือสิ่งเร้าและสัญญาณเตือน** เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาสิ่งเร้าหรือปัจจัยกระตุ้น สัญญาณเตือนอาการซึมเศร้า ฝึกการตัดสินใจอย่างเป็นระบบในการจัดการตนเองเมื่อมีสัญญาณเตือนเกิดขึ้น ซึ่งการจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยและอาการซึมเศร้า รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคและอาการซึมเศร้า หรือการเจ็บป่วยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ และคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข (ปนัดดา สวัสดิ์ และคณะ, 2563) การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถค้นหาและจัดการกับสิ่งเร้าหรือแรงกระตุ้นที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการซึมเศร้า ซึ่งมีผลทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลง (ไพรัตน์ ชมภูบุตร และคณะ, 2565) ซึ่งภายในกิจกรรมผู้วิจัยให้สมาชิกค้นหาสิ่งเร้าที่ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าและสร้างแผนรับมือการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือปัจจัยกระตุ้นบันทึกลงในใบงานที่ 3 รวมถึงค้นหาสัญญาณเตือนของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในตนเองจากการทบทวนจากประสบการณ์เดิมของสมาชิกและสร้างแผนการตอบสนองของตนเองเมื่อมีสัญญาณอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นและให้สมาชิกสร้างแผนการตอบสนองจากประสบการณ์เดิมของตนหรือจากการบอกเล่าของสมาชิกท่านอื่นบันทึกลงในใบงานที่ 3 (Copeland, 2002, 2015, 2018) ซึ่งการสร้างแผนการรับมือสิ่งเร้าและสัญญาณเตือนจะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถตัดสินใจอย่างเป็นระบบในการจัดการตนเองเมื่อมีสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น

**กิจกรรมที่ 4 แผนรับมือภาวะวิกฤต** เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าวางแผนเพื่อตอบสนองต่อภาวะวิกฤตการณ์ที่อาจเกิดขึ้นและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดการตนเองและผู้อื่นในการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ซึ่งภาวะวิกฤตของโรคและอาการซึมเศร้าจะเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลต่อการรับรู้ในการจัดการตนเองลดลงในสถานการณ์วิกฤต ทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถจัดการและรับมือกับภาวะวิกฤตของโรคหรืออาการซึมเศร้าได้นั้นจะส่งผลทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลง (ไพรัตน์ ชมภูบุตร และคณะ, 2565) ซึ่งภายในกิจกรรมผู้วิจัยให้สมาชิกค้นหาลักษณะของภาวะวิกฤติของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในตนเองจากการทบทวนจากประสบการณ์เดิมของสมาชิกและสร้างแผนการการรับมือภาวะวิกฤติในใบงานที่ 4 โดยมีรายละเอียดที่เกี่ยวกับ จัดทำรายชื่อ บทบาทหน้าที่ และสถานที่ติดต่อของบุคคลที่ตนต้องการให้ช่วยเหลือ สถานที่บำบัดที่พึงประสงค์ที่จะเข้ารับการรักษาหากเกิดภาวะวิกฤติ ยารักษาโรคของตนเอง การบำบัดรักษาที่ตนพึงประสงค์ (Copeland, 2002, 2015, 2018) ซึ่งการสร้างแผนรับมือภาวะวิกฤตจะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่แนวทางปฏิบัติในการจัดการตนเองและผู้อื่นในการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต

**กิจกรรมที่ 5 แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีแหล่งสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร จะส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางสภาพจิตใจ เกิดความพึงพอใจและมีความหวังในการดำเนินชีวิต ซึ่งภายในกิจกรรมผู้วิจัยแจกใบงานที่ 5.1 พร้อมอุปกรณ์วาดภาพ ให้สมาชิกวาดรูปที่เกี่ยวข้องกับบ้านอย่างอิสระ เมื่อวาดเสร็จผู้วิจัยกระตุ้นถามถึงสิ่งที่ได้จากการสร้างบ้านหรือครอบครัวร่วมกัน ถามถึงสิ่งที่เห็นในภาพที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสร้างขึ้น ถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อช่วยกันสร้างบ้านสำเร็จตัวอย่างคำถามเช่น “รู้สึกอย่างไรกับบรรยากาศภายในบ้านที่ได้วาด” “อยากให้บ้านที่ร่วมกันสร้างเป็นอย่างไร” “ท่านอยากให้สมาชิกในบ้านและท่านเป็นอย่างไร” และผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรมและการนำไปใช้เช่น การยอมรับความคิดของผู้อื่น การยอมรับซึ่งกันและกัน เพื่อการอยู่ร่วมกันที่ดีต่อมุมมองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าด้านจิตวิญญาณ (อรพิน พรระโยภณ, 2561) และผู้วิจัยให้สมาชิกภายในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยยกสถานการณ์ตัวอย่างเกี่ยวปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นคืนสู่สุขภาพแล้วให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มได้ค้นหาแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยเหลือ บันทึกลงในใบงานที่ 5.2 และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซักถามและแจกใบความรู้ที่ 5 รวมถึงให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชนของตน (ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558)

**กิจกรรมที่ 6 ความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** เป็นกิจกรรมที่เน้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับผิดชอบการฟื้นคืนสู่สุขภาพและรู้สิทธิของตนเอง โดยผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มเกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุ และให้ความรู้เรื่องสิทธิในการฟื้นคืนสู่สุขภาพแก่สมาชิกมีรายละเอียดอันได้แก่ สิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี สิทธิได้รับคำปรึกษาและทราบข้อมูลทุกด้านเกี่ยวกับการบริการที่ตนได้รับ ผ่านใบความรู้ที่ 6 (ประสาน บุญโสภาคย์ และคณะ, 2564) และผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มรับผิดชอบที่จะปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพโดยผู้วิจัยแจกใบงานที่ 6.1 ให้สมาชิกได้เขียนเกี่ยวกับเส้นทางการเติบโตของตน และผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแต่ละท่านเล่าถึงข้อดีหากตนเองปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพรวมถึงให้สมาชิกวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยชินที่จะส่งผลทำให้ตนเองไม่ปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพบันทึกลงในใบงานที่ 6.2 และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าตระหนักถึงการพัฒนาแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนหลังจากภาวะวิกฤตเกิดขึ้นอยู่เสมอเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดีของตนเอง (Copeland, 2015, 2018; นิภา ยิ้มเฟื่อง และภาจิต บุตรสุวรรณ, 2558)

### สมมติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพจะน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ
2. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพจะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้าและเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้าและเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภากาศ และโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1. มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางโดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคกับบัภาษาไทย มีคะแนนอยู่ระหว่าง 14-28 คะแนน 2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น มีคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป และกลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้

### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้า

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Wellness Recovery Action Plan : WRAP) ของ Copeland (2002) ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความหวัง ความรับผิดชอบส่วนบุคคล การศึกษา การสนับสนุนตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรมดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลา 3 สัปดาห์ แต่ละสัปดาห์ประกอบด้วย 2 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที โดยมีรายละเอียดดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** ค้นหาและสร้างความหวังในการฟื้นคืนสู่สภาวะ หมายถึงกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรม และเป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาและสร้างความหวังในการดำเนินชีวิต โดยการค้นหาความหวังของตนในอดีต ปัจจุบัน และความหวังในอนาคต จัดลำดับความสำคัญของความหวัง เลือกความหวังที่ตนต้องการทำให้บรรลุ ค้นหาวิธีที่จะทำให้ความหวังนั้นสำเร็จโดยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพิจารณาจากความง่ายและสามารถปฏิบัติได้จริง รวมถึงค้นหาอุปสรรคที่จะทำให้ความหวังที่ตั้งไว้ไม่สำเร็จร่วมกับการสร้างแผนรับมืออุปสรรคต่อความหวัง (Copeland, 2018; Kirmani et al., 2015; อรณลิน สิงขรณ์ และภาวดี เหมทานนท์, 2564)

**กิจกรรมที่ 2** แผนดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาในการฟื้นคืนสู่สภาวะ หมายถึงกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองและเกิดความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์และความเข้าใจของตนเอง รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563) การฟื้นคืนสู่สภาวะ ตลอดจนให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีเป้าหมายในการฟื้นคืนสู่สภาวะ และสร้างแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง (Copeland, 2002, 2015, 2018)

**กิจกรรมที่ 3** แผนรับมือสิ่งเร้าและสัญญาณเตือน หมายถึงกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาสิ่งเร้าและปัจจัยกระตุ้น สัญญาณเตือนอาการซึมเศร้า ฝึกการตัดสินใจอย่างเป็นระบบในการจัดการตนเอง และสร้างแผนการตอบสนองเมื่อมีสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น (Copeland, 2002, 2015, 2018)



**กิจกรรมที่ 4** แผนรับมือภาวะวิกฤต หมายถึงกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าวางแผนเพื่อตอบสนองต่อภาวะวิกฤตการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยการค้นหาลักษณะของภาวะวิกฤติของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในตนเองจากการทบทวนจากประสบการณ์เดิมของสมาชิกและสร้างแผนการการรับมือภาวะวิกฤติเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับตนเองและผู้อื่นในการช่วยเหลือจากภาวะวิกฤต (Copeland, 2002, 2015, 2018)

**กิจกรรมที่ 5** แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ หมายถึงกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยให้วาดรูปที่เกี่ยวข้องกับบ้านและครอบครัวซึ่งสะท้อนถึงความรัก ความเอาใจใส่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าตระหนักถึงการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตน (อรพิน พรศโยภณ, 2561) และให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นคืนสู่สุขภาพแล้วให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ค้นหาแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยเหลือหากเกิดปัญหาและอุปสรรคขึ้น (ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์สุนทรไชยา, 2558)

**กิจกรรมที่ 6** สิทธิและความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ หมายถึงกิจกรรมที่เน้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับผิดชอบการฟื้นคืนสู่สุขภาพและรู้สิทธิของตนเอง โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องสิทธิในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (ประสาน บุญโสภาคย์ และคณะ, 2564) และผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับผิดชอบที่จะปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ วางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยชินที่จะส่งผลทำให้ตนเองไม่ปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าตระหนักถึงการพัฒนาแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนหลังจากภาวะวิกฤตเกิดขึ้นอยู่เสมอเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดีของตนเอง (Copeland, 2015, 2018; นิภา ยิ้มเฟื่อง และภาจิต บุตรสุวรรณ, 2558)

**อาการซึมเศร้า** หมายถึงอาการและอาการแสดงที่มีความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมีอารมณ์ซึมเศร้า หดหู่ มีความคิดอัตโนมัติเชิงลบต่อตนเอง และเหตุการณ์ต่างๆ รู้สึกตนเองไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง (Beck, 2005) ซึ่งมีอาการและอาการแสดงทางกายเด่นกว่าอาการทางจิต เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากกว่าปกติ เบื่ออาหารทานได้น้อย สามารถประเมินได้ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า The Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II) ของ Beck et al. (1996) แปลและพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยศราวุธ ราชมณี และคณะ (2561)

**ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน** หมายถึง ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป อาศัยและดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งมีอาการซึมเศร้ารระดับน้อยถึงปานกลางโดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย (The Beck Depression Inventory Second Edition Thai Version; BDI-II Thai Version) (Beck et al., 1996a) แปลและพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดย ศราวุธ ราชมณี และคณะ (2561) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 14 – 28 คะแนน และเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย และโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีมารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งมีรูปแบบแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก มีการค้นหาประเมินปัญหาจิตสังคม และคัดกรองอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q หากพบว่ามีอาการซึมเศร้ารระดับปานกลางขึ้นไป และมีความเสี่ยงคิดทำร้ายตนเองจะส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยทำการรักษาในลำดับต่อไป และพยาบาลจิตเวชจะแจ้งผลการประเมินและให้สุขภาพจิตศึกษาและส่งต่อข้อมูลการรักษาและประสานงานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการนัดติดตามอาการซึมเศร้า

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมในการลดอาการซึมเศร้าและส่งเสริมให้เกิดการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ดำเนินชีวิตในชุมชน
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ดำเนินชีวิตในชุมชน

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เว็บไซต์ เอกสารการประชุม บทความวิจัย บทความวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเป็นลำดับ ดังนี้

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

- 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 1.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 1.3 การดำเนินของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 1.4 ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- 1.5 ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 1.6 การบำบัดรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 1.7 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

#### 2. แนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

- 2.1 ความหมายของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.4 ระดับและความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.5 การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

#### 3. แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

- 3.1 ความเป็นมาการฟื้นคืนสู่สุขภาพ
- 3.2 ความหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ
- 3.3 แนวคิดทฤษฎีของการฟื้นคืนสู่สุขภาพ
- 3.4 การประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพ
- 3.5 บทบาทพยาบาลในการฟื้นคืนสู่สุขภาพจากโรคซึมเศร้า

#### 4. การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

#### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 6. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

### 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

Abdel Rahman (2012) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึงโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่มีความเศร้าหมอง สูญเสียความสนใจหรือความเพลิดเพลินในการทำกิจวัตรประจำวัน นอนไม่หลับหรือความรู้สึกลอยากอาหารลดลง สมาธิไม่ดี ซึ่งเกิดขึ้นอย่างน้อย 2 สัปดาห์และมีอาการอยู่เกือบทั้งวันอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่ความบกพร่องที่สำคัญในความสามารถของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่จะเอาใจใส่หน้าที่รับผิดชอบในชีวิตประจำวัน

Diniz and Reynolds (2014) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึงอาการที่เกิดในผู้สูงอายุที่มีความเชื่อมโยงกับปัจจัยทางด้านสุขภาพหลายประการ รวมทั้งความเสี่ยงที่สูงขึ้นของความบกพร่องทางสติปัญญา การด้อยประสิทธิภาพการทำงาน และภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือด ส่งผลกระทบด้านลบต่อผู้สูงอายุในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึงกลุ่มอาการผิดปกติทางด้านอารมณ์ ซึ่งมีความสำคัญได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า และความรู้สึกลึบหน่น หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง เคลื่อนไหวเชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายในที่สุด

ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2558) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึงผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า ใจจดใจจ่อหม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ซบออยู่เงียบ ๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย

กันต์ฤทัย ปานทอง และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ (2561) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึงผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า มองโลกในแง่ร้าย โดยแสดงออกอาการทางกายเด่นชัดกว่า ได้แก่ มีอาการไม่สุขสบายทางกายอย่างมาก เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากผิดปกติ ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ถ้ามีอาการมากจะมีความคิดอยากตาย และพยายามฆ่าตัวตายได้

National Institute on Aging (2021) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าในสูงอายุเป็นโรคทางอารมณ์ที่รุนแรง ส่งผลต่อความรู้สึก การกระทำ และความคิดของผู้สูงอายุที่คงอยู่อย่างน้อย 2 สัปดาห์หรือคงอยู่นานมากกว่า 2 ปี ชัดขวางความสามารถของบุคคลในการทำงานประจำวันของผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง โรคทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอาการและอาการแสดงเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า ในตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการความคิดและการรับรู้ การมองตนเอง โลกและอนาคตในแง่ลบ มีความสิ้นหวังในชีวิต มีความคิดอยากตาย มักจะแสดงออกอาการทางกายที่เด่นชัดกว่าอาการทางอารมณ์และจิตใจ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เป็นต้น

## 1.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้า (depressive disorders) เป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าอาจใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5) หรือตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems-10) ซึ่งเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุและวัยผู้ใหญ่มีมาตรฐานในการวินิจฉัยเกณฑ์เดียวกัน

1.2.1 เกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5) การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorders) มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยดังต่อไปนี้ โดยที่ไม่เคยมีประวัติของ mania หรือ hypomania (มาโนซ หล่อตระกุล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

A. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อ โดยอย่างน้อยต้องมีข้อ 1 หรือข้อ 2 หนึ่งข้อ และมีอาการนานไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์

1. ซึมเศร้าโดยมีอาการเป็นเกือบทั้งวัน
2. ความสนใจหรือความเพลินใจในสิ่งต่างๆ ลดลงอย่างมาก
3. เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือกินจุ น้ำหนักเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน
4. นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ
5. Psychomotor agitation หรือ retardation
6. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุสมผล
8. สมาธิลดลง ลังเลใจ
9. คิดเรื่องการตาย หรือการฆ่าตัวตาย

B. อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องลงอย่างชัดเจน

C. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกาย หรือการใช้สารเสพติด

1.2.2 เกณฑ์การจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10: International Classification of Diseases and Health Related Problems-10) การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Depressive Disorders) มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยดังนี้

ผู้ป่วยมีอารมณ์เศร้า สูญเสียความสนใจ และสูญเสียความรู้สึกเพลิดเพลินสนุกสนาน ผู้ป่วยรู้สึกว้าพละกำลังลดลงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้ามากขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง แม้ทำงานเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกเหนื่อยง่ายและเหนื่อยมาก

ก. อาการอื่นๆ ที่เป็นร่วมในขณะอารมณ์เศร้าได้แก่

- สมาธิและความใส่ใจลดลง
- ความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเองลดลง
- มีความคิดว่าตนเองผิดและไม่มีค่า อาการนี้เกิดขึ้นได้แม้อารมณ์เศร้าไม่รุนแรง
- รู้สึกหงาและมองอนาคตในแง่ร้าย
- มีความคิดหรือมีการกระทำที่เป็นการทำร้ายตนเองหรือเป็นการฆ่าตัวตาย
- มีการนอนที่ผิดปกติ
- มีอาการไม่เจริญอาหาร

ระยะเวลาที่เศร้าจนสามารถวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้านั้น ผู้ป่วยจะต้องเศร้านานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์ แต่ระยะเวลาอาจน้อยกว่านี้ก็ได้ถ้าเป็นอารมณ์เศร้าที่รุนแรงและเป็นเร็ว ซึ่งมีการลงรหัสตามเกณฑ์ ICD-10 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การลงรหัสตามเกณฑ์ ICD-10

คะแนน	รหัสตาม ICD-10	
9Q	Major depressive disorder, single episode (F32)	Recurrent depressive disorder (F33)
7-12	Mild depressive episode (F32.0)	Recurrent depressive disorder, current episode mild (F33.0)

คะแนน	รหัสตาม ICD-10	
9Q	Major depressive disorder, single episode (F32)	Recurrent depressive disorder (F33)
13-18	Moderate depressive episode (F32.1)	Recurrent depressive disorder, current episode moderate (F33.1)
≥19	- ไม่มี psychotic symptoms = severe depressive episode without psychotic symptoms (F32.2)	- ไม่มี psychotic symptoms = recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms (F33.2)
	- มี psychotic symptoms (มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้หูแว่ว ประสาทหลอน: Hallucination, หลงผิด delusion) = severe depressive episode with psychotic symptoms (F32.3)	- มี psychotic symptoms (มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้หูแว่ว ประสาทหลอน: hallucination, หลงผิด: delusion) = recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms (F33.3)

หมายเหตุ. จาก แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ (น. 17). โดย คณะทำงานจัดทำแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. 2553. หจก.ศิริธรรมออฟเซ็ท. สงวนลิขสิทธิ์ 2565 โดยกรมสุขภาพจิต.

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาเนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารู้สึกอายที่จะบอกบุคคลอื่นว่าตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งบ่งบอกว่าตนเองอ่อนแอ หรือรู้สึกคุ้นเคยกับอารมณ์เศร้ามานาน ทำให้ไม่เห็นว่าอาการซึมเศร่านั้นก็อาจสามารถเป็นโรคได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอาจจะมาด้วยอาการทางกายที่เด่นชัดกว่าอาการทางจิต เช่น อาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ใจสั่น หรือบอกอาการทางด้านร่างกายที่ตนเป็นไม่ชัดเจน ดังนั้นในการประเมินและการบำบัดรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จึงควรตระหนักถึงทัศนคติ และประเด็นความอ่อนไหวต่าง ๆ เหล่านี้ ซึ่งช่วยให้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุแม่นยำและมีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยโรค

### 1.3 การดำเนินของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ได้แบ่งระยะการดำเนินของโรคซึมเศร้าออกเป็น 5 ระยะดังนี้

1.3.1 ระยะตอบสนองต่อการรักษา (Response) เป็นระยะที่ระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลงหลังจากการได้รับการรักษา การตอบสนองต่อการรักษาเป็นเป้าหมายที่กำหนดไว้ก่อนเริ่มการรักษา หรือเป็นเกณฑ์ผลลัพธ์ในการทดลองทางคลินิก ซึ่งการตอบสนองต่อการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนเริ่มทำการรักษา โดยใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกันในการประเมินการตอบสนองในครั้งแรก หลังจากนั้นประเมินการตอบสนองซ้ำอีกครั้ง 2 สัปดาห์เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร่าตอบสนองต่อการรักษา

1.3.2 ระยะการหายทุเลา (Remission) เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่ได้รับการดูแลบำบัดรักษา แล้วมีอาการหายทุเลาหรือมีอาการของโรคซึมเศร่าในระดับเล็กน้อยนับจากวันที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าถูกจำหน่าย ในระยะนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าจะกลับไปใช้ชีวิตประจำวันตามปกติเหมือนเดิมก่อนที่จะมีอาการซึมเศร่า โดยใช้ระยะเวลาหลังจากจำหน่ายครบ 6 เดือน โดยมีผลการประเมินในระดับปกติทุกครั้งี่ประเมิน ให้ถือว่ายังเป็น Full remission (กรมสุขภาพจิต, 2563)

1.3.3 ระยะการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีอาการซึมเศร่าและอาการของโรคซึมเศร่าเกิดขึ้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค MDD ของ DSM-IV-TR ช่วงระยะเวลาที่มีความเสี่ยงที่สุดคือ 3-6 เดือนแรกหลังจากระยะการหายทุเลา (Remission)

1.3.4 ระยะการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery) เป็นระยะที่ระยะการหายทุเลาขยายออกไปหรือเป็นระยะที่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร่าหรือมีอาการซึมเศร่าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยใช้ระยะเวลาหลังจากระยะการหายทุเลา 4 เดือน หากผู้ป่วยโรคซึมเศร่าไม่มีอาการซึมเศร่ากำเริบในระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไปหลังจากระยะหายทุเลา ถือว่าเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีการฟื้นคืนสู่สภาวะอย่างสมบูรณ์ (Full recovery)

1.3.5 ระยะการกลับเป็นใหม่ (Recurrence) เป็นระยะการเกิด New episode หลังจากอาการซึมเศร่าครั้งก่อนหายไปนานกว่า 6 เดือนหรือเป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีอาการซึมเศร่าและอาการของโรคซึมเศร่าเกิดขึ้นใหม่ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค MDD ของ DSM-IV-TR ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากระยะการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery)

### 1.4 ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าแต่ละรายอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการ และอาการแสดงที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคซึมเศร่า อาจพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เช่น เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ปวดเมื่อยตามร่างกายเรื้อรัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซึ่งเมื่อซัก



ประวัติเพิ่มเติมจะพบว่ามีอาการอื่น ๆ ของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

1.4.1 อาการด้านอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกเศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่าย จิตใจห่อเหี่ยว ไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์หงุดหงิดก็พบได้บ่อยเช่นกัน โดยอารมณ์เหล่านี้จะเป็นเกือบทั้งวันและเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป

1.4.2 อาการด้านร่างกาย ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลียทั้งวัน ผู้ป่วยหญิงอาจมีประจำเดือนผิดปกติไป ผู้ป่วยบางรายอาจนอนหลับหรือกินมากกว่าปกติได้

1.4.3 อาการด้านทักษะพิสัย อาจมี Psychomotor retardation คือ อาการเชื่องช้า เฉื่อยชาลง พูดน้อย คิดนาน ซึม อยู่เฉยๆ ได้นาน ผู้ป่วยบางคนอาจมี Psychomotor agitation คือ อาการกระสับกระส่าย อยู่เฉยไม่ได้ ลุกเดินไปมา

1.4.4 อาการด้านความสามารถในการรู้คิด สมาธิของผู้ป่วยแยลง เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดอ่านเชื่องช้า ลังเลใจ ไม่มั่นใจตัวเอง ผู้ป่วยจะมองโลกและชีวิตของตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อใคร บางคนรู้สึกผิดหรือตำหนิตนเอง แม้เป็นสิ่งที่ผู้อื่นเห็นว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย ผู้ป่วยอาจจะมีความคิดอยากตาย ไปจนถึงการลงมือฆ่าตัวตายในที่สุด

## 1.5 ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปในทางเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดอาการซึมเศร้า ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าได้ง่ายจากปัญหาด้านร่างกายเพราะความเสื่อม ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มีการพึ่งพามากขึ้น รวมทั้งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย (ประสพสุข ศรีแสนปาง, 2561) นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เกิดภาระแก่ผู้ดูแลและ สมาชิกในครอบครัว อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีผลกระทบที่สำคัญ 3 ด้าน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2552) ได้แก่

1.5.1 ผลกระทบด้านการมีสัมพันธภาพ เกิดจากความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย อ้างว้าง โดดเดี่ยว อาจมีอาการหงุดหงิดง่าย ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมแยกตัว ออกจากสังคม ไม่มีความไว้วางใจต่อผู้อื่น และยังส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นรอบ ๆ ตัว

1.5.2 ผลกระทบด้านความสามารถ ประสิทธิภาพทางด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุโรค

ซึมเศร้าลดลง ความสามารถในการทำงานและการทำหน้าที่หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และพยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา หมดกำลังใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5.3 ผลกระทบด้านเอกลักษณ์และควมรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมีความเป็ยงเบนทางด้านความคิดต่อการรับรู้ตนเองในมุมมองต่อตนเอง โลก และอนาคตในทางลบ ส่งผลให้มีความคิดเกี่ยวกับการตายและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

## 1.6 การบำบัดรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

แนวทางการบำบัดรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เนื่องด้วยสาเหตุของการเกิดโรคและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น การทำงานของสมองและสารสื่อประสาทที่ไม่สมดุล การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคม สภาพแวดล้อม และประสบการณ์การสูญเสีย ดังนั้นการบำบัดรักษาโดยนำแนวคิดแบบจำลองชีวจิตสังคม (biopsychosocial model) ซึ่งเป็นการรักษาที่ต้องบูรณาการวิทยาศาสตร์ชีวภาพทางการแพทย์เข้ากับความรู้ด้านจิตวิทยา สังคมวิทยา และมนุษยวิทยา เพื่อให้การบำบัดรักษาครอบคลุมปัจจัยและเกิดประสิทธิภาพ (Imtiaz Ahmad Dogar, 2007)

1.6.1 การบำบัดทางกาย ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก

1.6.1.1 รักษาด้วยยาด้านเศร้า (Antidepressant Drugs) มักใช้กับผู้ป่วยที่อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง ยาด้านเศร้าแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก คือ Tricyclic antidepressant (TCAs), Monoamine oxidase inhibitor (MAOIs), Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) การรักษาด้วยยาด้านอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านั้นแพทย์จะพิจารณาเป็นกลุ่ม SSRI เป็น first line เนื่องจากเกิดผลดีในการรักษาและมีความปลอดภัยมากกว่ายาในกลุ่ม TCAs ข้อเสนอแนะในการให้ยาด้านอาการซึมเศร้าแก่ผู้สูงอายุคือ “เริ่มด้วยขนาดต่ำ ปรับยาขึ้นอย่างช้า ๆ คงการรักษาให้นานกว่าปกติ” (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, คณะทำงานจัดทำแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ, 2553)

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) ได้แบ่งการรักษาด้วยยาออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรคซึมเศร่าดังนี้

1. การรักษาระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือเข้าสู่ระยะ remission ยาหลักที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยาด้านอาการซึมเศร้า ในระยะนี้ยาด้านอาการซึมเศร่าจะได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70 – 80

2. การรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ

3-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ Recover ทั้งนี้พบว่าหากหยุดยาการรักษาก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด Relapse สูงมาก

3. การป้องกันระยะยาว (Prophylactic treatment) การให้ยาเพื่อป้องกัน จะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด Recurrence สูง

#### 1.6.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy หรือ ECT)

การบำบัดรักษานี้มักใช้กับอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง หรือโรคซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือไม่สามารถรอให้ยาออกฤทธิ์ได้ อาการเป็นมาจนเสี่ยงต่อชีวิต หรือในกรณีไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยมีหลักการคือแพทย์จะกดปล่อยกระแสไฟฟ้าให้ผู้ป่วยเกิดการชัก ซึ่งจะทำให้เกิดการปรับสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ในสมองให้มีความสมดุล ถือเป็นการรักษาที่ให้ผลรวดเร็วและค่อนข้างแน่นอนถ้าเลือกใช้ให้เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ ประโยชน์ของการบำบัดด้วยไฟฟ้าคือ สามารถช่วยให้ระยะเวลาในการอยู่รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมีระยะเวลาที่สั้นลง ลดความรุนแรงของอาการทางจิตที่อาจส่งผลต่อชีวิตของผู้ป่วยและผู้อื่น ควรพิจารณาโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ใช้หรือภาวะติดเชื้อมีโรค มีปัญหากระดูกไม่แข็งแรง เพราะการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้สูงอายุ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการเกิดกระดูกหัก เคลื่อนได้ง่าย

1.6.1.3 การกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก (Transcranial magnetic stimulation: TMS) เป็นการกระตุ้นสมองที่ไม่รุกราน ไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ใช้เครื่องมือพิเศษที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการกำหนดความแรง ความถี่ จำนวนครั้ง และสามารถกำหนดตำแหน่งการกระตุ้นใช้ระบบนำวิถีด้วยภาพจากการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเข้าสู่สมองโดยตรง

1.6.2 การบำบัดทางจิตสังคม การบำบัดทางจิตสังคมเป็นสิ่งที่ทำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant Drugs) ซึ่งมีประสิทธิภาพมากในการรักษาผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า และเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการรักษาทางยา และมีการเผชิญปัญหาที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด การรักษาโดยการบำบัดทางจิต จะให้ผลดีในช่วง 6-8 สัปดาห์ และควรบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 1 ปี (Mackin & Areal, 2005) จากการศึกษาของ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย (2559) ได้จำแนกจิตบำบัดสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังนี้

#### 1.6.2.1 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy)

เป็นการบำบัดโดยการให้คำปรึกษา เฉพาะบุคคลหรือกลุ่ม เป็นจิตบำบัดและพฤติกรรมบำบัดด้วยการใช้รูปแบบพฤติกรรมบำบัดทางปัญญาทำให้ปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริงใน

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าและช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีทักษะในการแก้ปัญหามากขึ้น สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ดี

#### 1.6.2.2 การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy)

เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากับบุคคลอื่น มุ่งให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ สำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าปัญหาการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวสังคมเป็นปัญหาหลักปัญหาหนึ่ง การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเปลี่ยนแปลงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยกระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเข้าใจ และตระหนักถึงอิทธิพลของอารมณ์ที่เกี่ยวข้องปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การศึกษาประสิทธิผลของ IPT ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะยังมีไม่มากและมักไม่ใช้ IPT เพียงอย่างเดียว โดยพบว่าการใช้ IPT ร่วมกับยารักษาโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มจะช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ดีกว่า IPT อย่างเดียว

#### 1.6.2.3 การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) มีแนวคิดที่

เชื่อว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการแก้ปัญหาทางสังคม (social problem solving) ดังนั้นเทคนิคการบำบัด คือการช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้ามีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยการร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้ากับผู้บำบัดในการระบุปัญหาเรียงลำดับความสำคัญ ความรุนแรง และผลกระทบของปัญหา จากนั้นร่วมกันแก้ไขปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหารูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งพัฒนาพฤติกรรมการแก้ไขปัญหที่เหมาะสมทดแทนวิธีการทางลบ

#### 1.6.2.4 การบำบัดด้วยการพัฒนาทางจิตใจ (Brief dynamic therapy :

BDT) เป็นจิตบำบัดที่อ้างอิงทฤษฎีของการพัฒนาทางจิตใจ โดยมีแนวคิดที่ว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถจัดการกับความขัดแย้งในจิตใจในระดับจิตไร้สำนึกได้ เป้าหมายของการรักษา คือให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเข้าใจที่มาที่ไปของอาการซึมเศร้า สามารถจัดการกับความขัดแย้งในจิตใจได้ด้วยวิธีที่เหมาะสม

#### 1.6.2.5 การบำบัดด้วยพื้นฐานของพฤติกรรมบำบัด (Dialectical Behavior

therapy: DBT) การรักษาด้วยวิธีนี้ใช้วิธีการที่เป็นการเผชิญกับสิ่งที่กลัวและหลีกเลี่ยงการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม ( exposure and response prevention) การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง (skill training) การส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม (reinforcement) การปรับเปลี่ยนรูปแบบการนึกคิด (cognitive restructuring) เป็นต้น ร่วมกับวิธีการที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เช่น การปรับพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง การฝึกสติให้รู้ทันสิ่งที่เกิดขึ้นในใจ การจาะระไนเหตุผล

(dialectical focus) การปรับอารมณ์โดยฝึกทักษะการทนต่ออารมณ์ที่เกิดขึ้น (distress tolerance skills) และมองตนเองด้วยความมั่นคงในจิตใจมากขึ้น (increasing the stability of self - views) ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะถูกฝึกให้ยอมรับตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมแม้ว่าในขณะที่นั้นจะมีอารมณ์ที่ท่วมท้นเกิดขึ้นในใจได้ มีการปรับวิธีนี้มาใช้รักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ โดยมีเป้าหมายของการรักษาที่พฤติกรรมซึ่งเกี่ยวเนื่องจากโรคซึมเศร้าและการปรับตัวที่เป็นปัญหา

1.6.2.6 การบำบัดด้วยการผสมผสานการฝึกสติ (mindfulness) กับจิตบำบัดแบบ CBT (Mindfulness based cognitive therapy: MBCT) เป็นการรักษาด้วยการผสมผสานการฝึกสติ (mindfulness) กับจิตบำบัดแบบ CBT เพื่อใช้รักษาโรคซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดในแง่ลบและการคิดหมกมุ่น (rumination) ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลักการของการบำบัดเน้นที่การมีสติรู้ตัวว่ากำลังคิด และการฝึกสังเกตรูปแบบการคิดที่จำเพาะของตนเอง นอกจากนี้เมื่อมีความคิดเกิดขึ้นผู้ป่วยอาจใช้วิธีการแยกตัวตน (self) ออกจากความคิดด้วยการบอกกับตัวเองว่า "ความคิดไม่ใช่ตัวฉัน" หรือ "เป็นเพียงความคิดไม่ใช่ความจริง" เป็นต้น

1.6.2.7 การบำบัดโดยใช้สติบำบัดร่วมกับพื้นฐานของคำสอนของศาสนาพุทธ (Mindfulness based dynamic psychotherapy: MBDP) ในประเทศไทยมีการใช้สติบำบัดร่วมกับพื้นฐานของความเข้าใจคำสอนของศาสนาพุทธ โดยได้บูรณาการ dynamic psychotherapy กับการทำวิปัสสนากรรมฐานโดยมีกระบวนการที่สำคัญ 6 อย่าง ดังนี้

1. การรู้เฉย (bare attention) คือ การสังเกตสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริงไม่มีการปรุงแต่งเนื้อหารายละเอียดหรือเรื่องราวต่าง ๆ เข้าไป

2. การจัดการเก็บกด (de - repression) เป็นกระบวนการที่ทำให้ปัญหาความขัดแย้ง ความคิดที่ถูกเก็บกดไว้ในจิตไร้สำนึกให้ลอยตัวออกมาสู่จิตสำนึก

3. การจัดการวางเงื่อนไข (de - conditioning) เป็นการจัดการเรียนรู้เดิมที่ไม่ตรงต่อสภาวะความเป็นจริง ที่เรียกว่า "วิปลาส" (distortion) เช่น เห็นว่าสุขในสิ่งที่เป็นทุกข์ เห็นว่าเที่ยงในสิ่งที่ไม่เที่ยง เห็นว่ามีตัวตนในสิ่งที่ไม่มีความคิดอัตโนมัติสากล (universal automatic thoughts) ตามแนวคิดการบำบัดแบบ cognitive therapy

4. การเรียนรู้ใหม่ (new learning) เป็นการเรียนรู้ใหม่ เพื่อขจัดวิปลาส ดังกล่าวจนเกิดภาวะนามยปัญญา (experiential wisdom) ที่หยั่งรู้ว่าสรรพสิ่งทั้งหลายมีสามัญลักษณะหรือไตรลักษณ์ ได้แก่ ความไม่เที่ยง เป็นทุกข์และไม่ใช่อัตน

5. การพิจารณาซ้ำเพื่อแก้ปัญหา (working through) มีการพิจารณา

การหยั่งรู้ที่เกิดจากปัญญาซ้ำแล้วซ้ำอีกจนนำไปสู่การปล่อยวาง (non-attachment or letting go) ในสิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความทุกข์หรือความยึดมั่นในตัวตน

6. การแผ่เมตตาและกรุณา (extension of loving kindness and compassion) มีการแผ่เมตตาและกรุณาไปยังสรรพสัตว์ทั้งหลาย เพื่อช่วยลดแรงขับทางเพศและทางก้าวร้าว (Sexual and aggressive drives) รวมทั้งความคิดเชิงลบอื่น ๆ ด้วยกระบวนการทั้ง 6 อย่างนี้สามารถช่วยให้ปัญหาความขัดแย้ง ความคับข้องใจและอื่น ๆ ภายในจิตใจ นำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้ผลดี โดยเฉพาะในกลุ่มโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล

1.6.2.8 การบำบัดด้วยการสนับสนุนให้กำลังใจ (Supportive therapy) เป็นการรักษาที่เน้นการฟังด้วยความเข้าใจ (empathic listening) การสะท้อนความรู้สึก ทำให้เข้าใจที่มาของอารมณ์ และสนับสนุนให้กำลังใจโดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงประสบการณ์ด้านบวก เพื่อปรับมุมมองให้รู้สึกดีขึ้น

## 1.7 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ลักษณะของการดูแลและการพยาบาลเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมทั้งสามารถพัฒนารูปแบบการพยาบาล การติดตามและประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวให้มีการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข (สาวิตรี สิงหาค, 2559) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องนั้น จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน โดยดำเนินการตามกระบวนการพยาบาลและตามมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ดังนี้ (ทศา ชัยวรรณวรรต และสุจิตรา กฤตยารวรรณ, 2562)

1. การประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน (Assessment) พยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนต้องประเมินสุขภาพจิตที่มุ่งเน้นผลกระทบที่เกิดจากอาการซึมเศร้า ผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านเศร้าเป็นระยะเวลาานาน (นันทภัค ชนะพันธ์, 2563) ตลอดจนการประเมินด้านจิตสังคมพยาบาลควรตระหนักถึงการแสดงออกทางพฤติกรรม คำพูด อารมณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล การประเมินภาวะสุขภาพจิตชุมชนที่สำคัญมีดังนี้

1.1 การประเมินสุขภาพทางกาย พยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนควรจะต้องประเมินการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เนื่องจากอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะมีการแสดงทางด้านร่างกายเด่นกว่าด้านจิตใจ จำเป็นอย่างมากที่พยาบาลใน

ชุมชนต้องแยกความแตกต่างระหว่างอาการซึมเศร้าที่แสดงออกทางด้านร่างกายและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงภาวะการเจ็บป่วยจากโรคทางกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการพยาบาลและการดูแลที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วยของตน

1.2 การประเมินการใช้ยา พยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนควรประเมินการใช้ยาในปัจจุบันให้ครอบคลุม ทั้งขนาด ปริมาณ ความถี่ของการใช้ยา ยาอื่น ๆ ที่ซื้อมารับประทานเอง สมุนไพรต่างๆ การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนยาโรคประจำตัวร่วมไปถึงการใช้สมุนไพรต่าง ๆ เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อยารักษาโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

1.3 การประเมินทางด้านจิตสังคม พยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนควรตระหนักถึงการแสดงออกทางพฤติกรรม คำพูด อารมณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (วิลลาร์ธ คริสต์รักษา และทิพย์ภา เชษฐุ์เขาวลิต, 2561) ซึ่งประเมินได้ดังต่อไปนี้

1.3.1 การสังเกต (Observation) พยาบาลควรสังเกตลักษณะ ท่าทางของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หรืออาจสังเกตลักษณะคำพูดของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เช่น บ่นถึงความทุกข์ บ่นน้อยใจ ไม่อยากทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เล่าเรื่องอดีตที่เคยทำผิดพลาด เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องสังเกตสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เช่น ที่อยู่อาศัย สภาพสังคม แวดล้อม ภายในครอบครัวและชุมชน

1.3.2 การซักประวัติ (Getting a patient's information) พยาบาลควรสัมภาษณ์ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน และตรงกับความเป็นจริงสอดคล้องกับสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า การซักประวัติผู้สูงอายุควรประเมินการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และการซักประวัติผู้ดูแลทำให้พยาบาลทราบข้อมูลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่อยู่นอกเหนือจากสิ่งที่ซักประวัติได้จากผู้สูงอายุ บางครอบครัวอาจถึงขั้นต้องแยกซักประวัติระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพื่อให้ได้ข้อมูลจากทั้งสองฝ่าย

1.3.3 การประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ควรใช้ประเมินในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพื่อประเมินการแสดงออกทางพฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ ที่สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญในการให้การพยาบาลและการดูแลที่ตรงตามสภาพปัญหาที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากำลังเผชิญอยู่

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) พยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลวิชาชีพที่

ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกต (Observation) การซักประวัติ (Getting a patient's information) และผลการประเมินโดยใช้แบบสอบถามในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุสภาพปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการให้การพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุมความรุนแรง ความเร่งด่วนของปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่จำเป็น เฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพื่อให้ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมตรงกับความต้องการของบุคคล พยาบาลควรบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุมปัญหา และความต้องการโดยคำนึงถึงผลลัพธ์ที่คาดหวังที่นำไปสู่การวางแผนแก้ไขเพื่อบรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนดได้

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) พยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน จะต้องวางแผนการพยาบาลโดยกำหนดผลลัพธ์หรือเป้าหมายการพยาบาล เกณฑ์ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และกำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาล การวางแผนการพยาบาลจะต้องครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีวัตถุประสงค์ที่สามารถวัดได้และมีความเฉพาะเจาะจง มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถทำได้จริงและเป็นแนวทางที่ผู้ดูแลสามารถมีส่วนร่วมในการพยาบาล การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลจะต้องสามารถประเมินผลที่เป็นรูปธรรม ซึ่งการวางแผนการพยาบาล การกำหนดวัตถุประสงค์ทางการพยาบาล การกำหนดวิธีปฏิบัติการปฏิบัติ และเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พยาบาลจะต้องมีการวางแผนร่วมกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ครอบครัว ชุมชนรวมถึงทีมสุขภาพและภาคเครือข่ายที่อยู่ในชุมชน

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing implementation) หลักการให้การพยาบาลและดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ดำเนินชีวิตในชุมชนนั้น เป็นการผสมผสานระหว่างแนวคิดเชิงทฤษฎีการดูแลหลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และแนวคิดด้านครอบครัวและจิตเวชชุมชน ยึดหลักการให้ความสำคัญที่ความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นหลัก (ทศา ชัยวรรณวรรต และสุจิตรา กฤตยารวรรณ, 2562) โดยพยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ที่ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ควรให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม สัมพันธภาพกับผู้อื่น และที่สำคัญที่สุดคือการลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากอาการซึมเศร้าและการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในชุมชนจำเป็นที่จะต้องให้ความรู้ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อาการซึมเศร้า สาเหตุวิธีการรักษา กระบวนการรักษา การเฝ้าและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้สูงอายุ



และญาติเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สามารถที่จะดูแลตนเองได้ที่บ้าน (นันทภัก ชนะพันธ์, 2563) ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลจะต้องนำครอบครัวและชุมชนมามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน พี่งพาอาศัยกันในครอบครัวและชุมชน

5. การประเมินผล (Nursing evaluation) เป็นการประเมินผลลัพธ์ทั้งเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ครอบครัว ชุมชน เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขในการให้การพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยต้องประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะ ติดตามผลลัพธ์การพยาบาลและแผนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (ทศา ชัยวรรณวรรต และสุจิตรา กฤติยวรรณ, 2562) ตรวจสอบผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับเกณฑ์และวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล เช่น ปัญหาเรื่องของการดูแลตนเองบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้การพยาบาลไปแล้วผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้นหรือลดลง ยังมีส่วนไหนที่ต้องนำมาปรับเปลี่ยนการพยาบาลเพิ่มเติม หรือปัญหาเรื่องของอาการซึมเศร้าที่รุนแรง การทำร้ายตัวเอง หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย พยาบาลต้องตรวจสอบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ายังมีพฤติกรรมหรือความ คิดนี้ อยู่หรือไม่ หรือแม้กระทั่งความสามารถในการมองเห็นศักยภาพ คุณค่าในตนเอง สามารถตัดสินใจ หรือมีวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้อาการซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังลดลงได้ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (นันทภัก ชนะพันธ์, 2563)

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

### 2.1 ความหมายของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2561 ฉบับ 100 ปีการสาธารณสุขไทย ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า หมายถึงอาการเศร้าและขาดความสนใจต่อสิ่งรอบข้างเป็นเวลาหลายสัปดาห์ มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน อาจทำให้เกิดความเจ็บปวดทางอารมณ์อย่างมาก ทั้งต่อผู้ป่วยเองและคนใกล้ชิด รวมถึงเพื่อนฝูง และได้ให้ความหมายของอาการซึมเศร้าคือ สภาวะอารมณ์หดหู่ รู้สึกเศร้า สิ้นหวัง วิตกกังวล ไร้ความหมาย ไม่มีที่พึ่ง ไม่ภูมิใจในตนเอง รู้สึกไม่มีค่า รู้สึกผิด หงุดหงิด โกรธ อับอาย หรือกระวนกระวาย ไม่สนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ ไม่อยากอาหาร หรือกินมากเกินไป ไม่มีสมาธิ มีปัญหาทางความสัมพันธ์และอาจคิดพยายามทำการฆ่าตัวตาย นอนไม่หลับ นอนมากเกินไป อ่อนเพลีย เจ็บปวด มี

ปัญหาย่อยอาหาร และมีกำลังน้อยลง (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) เพื่อให้สอดคล้องและเข้าใจความหมายที่ตรงกันในงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยจึงใช้คำว่า “อาการซึมเศร้า”

Beck et al. (2005) กล่าวว่าอาการซึมเศร้า หมายถึงอาการและอาการแสดงที่มีความแปรปรวนทางด้านความคิดอารมณ์แรงจูงใจและพฤติกรรม โดยมีอาการซึมเศร้า หดหู่ ลักษณะของการคิดที่บิดเบือน มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง โลกและอนาคต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ซึ่งเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ

Georgeta (2013) กล่าวว่าอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นความหลงเหลือของโรคซึมเศร้าที่อยู่ในจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นยาวนานต่อเนื่อง เป็นความกดดันของอารมณ์ที่หดหู่ภายในจิตใจ ร่วมกับความรู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง อ่อนเพลีย มีความหลากหลายทางความคิด พฤติกรรม ความรู้สึก โดยมีลักษณะอาการเด่น 3 ประการ ได้แก่ 1) อารมณ์ซึมเศร้า 2) ความนับถือตนเองหรือคุณค่าในตนเองลดลง และ 3) มีการตำหนิตนเองเพิ่มขึ้น

ธมลวรรณ สีนาค และคณะ (2561) กล่าวว่าอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบมีความคิดหลงผิด รู้สึกไร้ค่า ท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกผิดโทษตนเอง มองโลกในแง่ร้าย เบื่อชีวิต และอยากตาย ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง มีความเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ประสิทธิภาพของประสาทการรับรู้และความทรงจำต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้มีปัญหาด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาจทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างไม่มีเป้าหมาย ไม่กระตือรือร้น ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังผลักดัน ผู้ป่วยมักหลีกเลี่ยงสังคมและเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจกิจกรรมของสังคม

World Health Organization (2023) กล่าวว่าอาการซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้บ่อย เกี่ยวข้องกับอารมณ์หดหู่ รู้สึกเศร้า หงุดหงิด ว่างเปล่า สูญเสียความสุข หรือความสนใจในการทำกิจกรรมเป็นระยะเวลานาน ส่งผลคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านของชีวิต รวมถึงความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน และชุมชน โดยมีอาการตลอดทั้งวันอย่างน้อยติดต่อกัน 2 สัปดาห์

สรุปได้ว่าอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หมายถึงอาการและอาการแสดงที่มีความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมีอารมณ์ซึมเศร้า หดหู่ มีความคิดอัตโนมัติเชิงลบต่อตนเอง และเหตุการณ์ต่างๆ รู้สึกตนเองไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง ซึ่งมีอาการและอาการแสดงทางกายเด่นกว่าอาการทางจิต เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากกว่าปกติ เบื่ออาหารทานได้น้อย

## 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

### 2.2.1 ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา (Biological Theory of depression)

2.2.1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory) แนวคิดนี้เชื่อว่าสาเหตุของอาการซึมเศร้านั้น เกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ซึ่งเป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) โดยเฉพาะ Serotonin (5-hydroxytryptamine or 5-HT) ที่ลดลง ส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติของการหลับนอน ความหิว พฤติกรรมทางเพศ ความจำ การรู้คิด ความสุข การที่ Serotonin ลดต่ำกว่าปกติในสมองยังส่งผลให้เกิดอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าตามมา (Moncrieff et al., 2022)

### 2.2.2 ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological Theory of depression)

2.2.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic Theory) ของ Freud (1917) ได้อธิบายว่าอาการซึมเศร้าเป็นเหมือนความเศร้าโศกที่เกิดจากปฏิกิริยาต่อการสูญเสียความสัมพันธ์ที่สำคัญ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้ 2 ประเภทดังนี้ 1) การสูญเสียที่เกิดขึ้นจริง เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และ 2) การสูญเสียเชิงสัญลักษณ์ เช่น การสูญเสียงาน การสูญเสียทั้งสองประเภทสามารถทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้โดยการทำให้บุคคลนั้นกลับไปมีประสบการณ์ในวัยเด็กอีกครั้งเมื่อเกิดการสูญเสีย และอาการซึมเศร้าหุดหุดนั้นเกิดจากทำงานของซูเปอร์อีโก้ (Superego) มากเกินไป ตรงกันข้ามกับระยะ manic phase จะเกิดขึ้นเมื่อจิตใจหรือความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลหรือที่เรียกอีโก้ (Ego) ที่เป็นระดับจิตสำนึกบางส่วนทำหน้าที่ตามหลักการแห่งความจริง (Reality Principle)

2.2.2.2 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behaviorist Theory) Lewinsohn (1974) ได้อธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากถอนแรงเสริมทางบวกออก (positive reinforcement) จากสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์บางอย่าง เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนแรงเสริมทางบวกของบุคคล ส่งผลต่อการเสริมสร้างพฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้ เช่น ร้องไห้ เศร้า หดหู่ และพูดถึงการฆ่าตัวตาย พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้บุคคลใกล้ชิดแปลกแยกในที่สุด ซึ่งจะนำไปสู่การเสริมแรงทางบวกที่ลดน้อยลงและเพิ่มความโดดเดี่ยวทางสังคม หากบุคคลขาดทักษะทางสังคมหรือมีโครงสร้างบุคลิกภาพที่เข้มงวดเป็นการยากที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งเสริมแรงทางบวกใหม่

2.2.2.3 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) เป็นแนวคิดที่อธิบายว่าอาการซึมเศร้าเป็นผลมาจากอคติเชิงลบอย่างเป็นระบบในกระบวนการคิด ซึ่งมีแนวคิดทฤษฎีที่สำคัญและถูกยอมรับอย่างแพร่หลายคือ Beck's (1967) Theory ซึ่ง Aaron Beck อธิบายกลไกที่เป็นสาเหตุของการเกิดอาการซึมเศร้า (Beck & Alford, 2009) คือ

1. กลุ่มความรู้ความเข้าใจของความคิดอัตโนมัติเชิงลบ (The cognitive triad) เป็นความคิดที่บุคคลพิจารณาตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือโลก และอนาคตในทางที่บิดเบือน คือมองตนเองในทางลบ แปรปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในเชิงความสูญเสีย ชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค เป็นโลกแห่งการถูกลงโทษ และการมองอนาคตในทางลบ ความยากลำบากในปัจจุบันจะดำเนินไปไม่มีทางสิ้นสุด ทำให้ท้อแท้สูญเสียความหวังในอนาคต ส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ และเกิดอาการซึมเศร้าตามมา

2. ความคิดที่บุคคลมีต่อตนเองในทางลบ (Negative self-schemas) การที่บุคคลมีชุดของความเชื่อและความคาดหวังต่อตนเองในเชิงลบและมองทุกสิ่งในมุมมองที่เลวร้าย อันเกิดจากเหตุการณ์หรือประสบการณ์ในวัยเด็ก เช่น การเสียชีวิตของพ่อแม่ การถูกปฏิเสธของผู้ปกครอง การโดนคำวิจารณ์หรือตำหนิ การถูกละเลย การล่วงละเมิด การโดนรังแกหรือกลั่นแกล้งจากกลุ่มเพื่อน เป็นปฏิกริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของโครงสร้างทางความคิด

3. ความคิดเชิงตรรกะที่บิดเบือน (Errors in Logic) คือ อดิเชิงลบอย่างเป็นระบบในการประมวลผลข้อมูลทางความคิดที่ผิดพลาดเชิงตรรกะ รูปแบบความคิดที่ไม่มีเหตุผลเหล่านี้เป็นการเอาชนะตนเองและอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าได้ เช่น arbitrary inference (การอนุมานตามอำเภอใจ), selective abstraction (การกำหนดสาระสำคัญแบบเลือก), over-generalization (การสรุปเหมาเกินไป), magnification (การทำเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่), และ minimization (การลดความสำคัญ)

2.2.2.4 ทฤษฎีความสิ้นหวังอันเกิดจากการเรียนรู้ หรือทฤษฎีการยอมจำนนอันเกิดจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness: Seligman's Theory of Depression) Martin Seligman (1974) เสนอคำอธิบายเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าหรือที่เรียกว่าการยอมจำนนทางการเรียนรู้ไว้ว่า อาการซึมเศร้าเป็นปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลอย่างเฉื่อยชาอันเป็นผลจากเหตุการณ์เลวร้ายที่เกิดขึ้นโดยควบคุมไม่ได้ เป็นสภาวะของบุคคลที่เรียนรู้ที่จะประพฤตินอยอย่างสิ้นหวัง ยอมจำนนและทนต่อสิ่งร้ายหรือสภาพแวดล้อมที่ไม่พึงปรารถนาหรือเป็นอันตรายที่ส่งผลกระทบต่อตนเองแม้ว่าตนจะสามารถหลีกเลี่ยงได้ก็ตาม

Seligman ได้สรุปว่า learned helplessness เกิดจากภาวะที่บุคคลรับรู้ผลที่เกิดขึ้นไม่สัมพันธ์กับการตอบสนองของตน โดยสภาวะนี้จะส่งผลให้เกิดความด้อยต่าง ๆ คือ ความด้อยทางปัญญา (ด้วยความสามารถในการเรียนรู้เรื่องอื่นๆ ในอนาคต) ความด้อยทางแรงจูงใจ (บุคคลลดแรงจูงใจในกิจกรรมการตอบสนองในเวลาต่อมา) ความด้อยทางอารมณ์ (บุคคลเกิดความรู้สึกซึมเศร้า

หรือมีอาการซึมเศร้า) นอกจากการรับรู้ความล้มเหลวในอดีตของตนแล้ว ยังมีตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความสำคัญต่อการเกิด learned helplessness ด้วยเช่น ความเชื่อในอำนาจการควบคุมของตน (internal Vs. External locus of control) บุคคลที่เชื่อว่าไม่สามารถควบคุมหรือจัดการสิ่งต่างๆ รอบตัวได้ หรือเชื่อในอำนาจภายนอกตนจะเกิด learned helplessness ได้ง่าย และการระบุสาเหตุของความล้มเหลว หากระบุว่าความล้มเหลวเกิดจากการด้อยความสามารถของตน จะเกิด learned helplessness มากกว่าการที่บุคคลระบุความล้มเหลวนั้นว่าเป็นเพราะสถานการณ์ (Chulalongkorn university, Faculty of psychology, 2020)

### 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่ามี 3 ปัจจัยสำคัญ คือ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และปัจจัยปกป้อง (Ingram et al., 1998; มุจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) กล่าวคือ

#### 2.3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย

##### 2.3.1.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา (Biological risk) ได้แก่

1. เพศ (Gender) โดยเพศหญิงจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า (Romans et al., 2007)

2. พันธุกรรม (Hereditary) พบว่าผู้สูงอายุคู่ฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน มีอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าร้อยละ 16 ของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

3. ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Reactivity of serotonergic Neurotransmission) การลดลงของซีโรโทนิน โดปามีน และนอร์อิพิเนพริน เป็นสารเคมีในสมองที่มีความสำคัญและมีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยการศึกษาพบตัวรับสารซีโรโทนิน การลดลงของการจับตัวกับระหว่างสารซีโรโทนินกับตัวรับสารซีโรโทนินในวัยสูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า (Kennis et al., 2020)

##### 2.3.1.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา (Psychological risk) ได้แก่

1. ความผิดปกติของบุคลิกภาพ (Personality disorders) ความผิดปกติของบุคลิกภาพเป็นปัจจัยที่ทำนายการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในกลุ่ม Cluster B personality disorders และยังเป็นปัจจัยการทำนายการวินิจฉัยโรค MDD (Bartz de Ávila et al., 2022) จากการศึกษาของ Skodol et al. (2011) พบว่าบุคลิกภาพที่ผิดปกติเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และเป็นปัจจัยทำนายการเกิดโรคซึมเศร้าและอาการ

ซึมเศร้ากำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และความผิดปกติด้านบุคลิกภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงของความคิดอยากตายและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Obuobi Donkor et al., 2021)

2. การมีความผิดปกติด้านความคิด (cognitive distortions) ตามทฤษฎีการรู้คิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า บุคคลที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดเชิงลบต่อตนเอง โลก และอนาคต ซึ่งเป็นแบบแผนความคิดที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ โดยมีเหตุการณ์ในอดีตเข้ามาบดบังต่อความคิดของบุคคลนั้น ซึ่งเหตุการณ์ในอดีต เช่น ความเปราะบางของจิตใจ ความอับอาย ความบกพร่องในตนเอง การไม่สามารถควบคุมหรือรับผิดชอบต่อตนเอง มีผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Renner et al., 2012)

3. พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสังคม (Social Avoidance Behavior) คือ พฤติกรรมการงดเว้นหรือหลีกเลี่ยงจากการกระทำของบุคคลหรือสิ่งของหรือขาดการกระทำในรูปแบบการรับรู้เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจหรือปฏิเสธการหลีกเลี่ยงจากประสบการณ์ส่วนตัว เช่น อารมณ์ ความคิด และความทรงจำ กล่าวคือการคงอยู่ของพฤติกรรมและแรงจูงใจในการยับยั้งพฤติกรรมระบบกระตุ้นพฤติกรรมขับเคลื่อนด้วยการเสริมแรงทางบวกในขณะที่ระบบการยับยั้งพฤติกรรมขับเคลื่อนด้วยการลงโทษ เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสังคมที่มากเกินไป ระบบการยับยั้งพฤติกรรมจะทำงานมากขึ้นตามไปด้วยส่งผลทำให้เกิดอาการซึมเศร้า พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสังคมยังส่งผลต่อคติในการประมวลความคิดเชิงลบของบุคคล ทำให้เกิดผลเชิงลบต่อความคิดและความเปราะบางต่อการถูกรบกวนทางจิตใจส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าหรือเกิดการกำเริบซ้ำของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอีกด้วย (Krieger et al., 2013; Ottenbreit et al., 2014)

2.3.2 ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (stressful life event) เป็นสถานะที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น การรับรู้ถึงเหตุการณ์ความเครียดและอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน เมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการรับรู้ความเครียดในระดับที่สูงจะส่งผลทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมาภายหลัง (Huang Lj Mm et al., 2019) เช่น การสูญเสีย การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรง และปัญหาเศรษฐกิจ เช่น การว่างงาน ความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจ ความเหลื่อมล้ำทางสังคมในผู้สูงอายุ (Haseda et al., 2018) และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยเพียงพอจะมีอาการซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยเพียงพอ เมื่อรายได้น้อยมีปัญหาทางเศรษฐกิจหลายด้านจากสถานะต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ส่งผลทำให้เกิดอาการซึมเศร้า

2.3.3 ปัจจัยป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้า ได้แก่

2.3.3.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้อง

เผชิญผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสภาวะทางสังคม และเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับภาวะของการสูญเสียทั้งร่างกายและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มักจะเกิดควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอาจเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงจากการสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง เกิดความคับข้องใจเกี่ยวกับการสูญเสีย สมรรถภาพทางร่างกายและกลัวความตายและบางครั้งรู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหว ซึมเศร้า และสิ้นหวัง มีผลกระทบต่อจิตใจ รู้สึกน้อยใจ ท้อแท้ เปื่อหน่ายในชีวิต (Orth et al., 2009) ซึ่งหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้การซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลง (มูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559)

2.3.3.2 ความเข้มแข็งทางจิตใจ (Resilience) เป็นกระบวนการของบุคคลในการสะสมประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นทักษะในการแก้ปัญหาและฟื้นฟูสภาพตนเองในยามที่เกิดเหตุที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ซึ่งกระบวนการความเข้มแข็งทางใจนี้สามารถพัฒนาได้ และจัดเป็นปัจจัยปกป้องหรือกลไกหนึ่งที่มีส่วนทำให้สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในภาวะวิกฤตได้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าควรมีความเข้มแข็งที่จะต้องยืนหยัดเผชิญ ต่อสู้กับโรคที่เป็นอย่างเข้มแข็งและแข็งแกร่งเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข ความเข้มแข็งทางใจเป็นกระบวนการความสามารถของบุคคลในการปรับตัวเผชิญกับโรคซึมเศร้า ให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข ในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือในสถานการณ์ที่ซึมเศร้า ความเข้มแข็งทางใจยังเป็นการสามารถขึ้นพื้นฐานของมนุษย์ที่เริ่มเกิดขึ้นในคนทุกๆ คน เป็นกลไกในการแก้ปัญหาการปรับตัวทางบวกของแต่ละบุคคล เพื่อให้กลับสู่สถานการณ์ในชีวิตที่เป็นปกติเมื่อเผชิญสถานการณ์กดดันหรือภาวะความยากลำบาก (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) ความเข้มแข็งทางใจสามารถส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถหาวิธีในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยใช้กระบวนการที่สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต ช่วยให้สามารถผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เป็นโรคเรื้อรังต้องใช้เวลารักษานาน อาการซึมเศร้านับเป็นปัญหาสำคัญโดยจะมีอารมณ์เศร้ามาก ไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร ซึ่งถ้าหากไม่สามารถผ่านพ้นวิกฤตนี้ไปได้จะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำหรือเกิดอาการรุนแรงจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้่าจะมีอาการซึมเศร้่าเพิ่มมากขึ้น เมื่อความเข้มแข็งทางใจลดลง ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความเข้มแข็งทางจิตใจในการยืนหยัดเผชิญ ต่อสู้กับโรคที่เป็นอย่างเข้มแข็งและแข็งแกร่ง ความเข้มแข็งทางใจมีความสำคัญกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้่า

ทำให้เกิดความเข้มแข็ง และมีความมั่นคงทางจิตใจ อันจะเป็นเกราะป้องกันไม่ให้เกิดอาการซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่ความเข้มแข็งทางจิตใจในระดับที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง (มูจรินทร์ พุทเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559)

2.3.3.3 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) การสนับสนุนทางสังคมคือการรับรู้หรือประสบการณ์ว่าตนได้รับการดูแลนับถือ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน (Taylor, 2011) การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร ส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิตใจและนำไปสู่ออาการซึมเศร้าได้ สิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่ควรได้รับการดูแลที่ดีก็คือการได้รับการสนับสนุนด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งด้านอารมณ์ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากรวัตถุ จะเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีมองเห็นคุณค่าในตนเองรู้สึกว่าการได้รับสิ่งสนับสนุนทางสังคมอย่างดี ถือเป็นกการลดการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้า (มูจรินทร์ พุทเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559)

2.3.3.4 ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดการเสื่อมของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไม่สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้า สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ การทำหน้าที่ผิดปกติร่วมกับเสียงต่อภาวะสมองเสื่อมและมีอาการซึมเศราร่วมด้วย อธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม เมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่มีอาการซึมเศราร่วมกับภาวะสมองเสื่อมร่วมกับความความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (สุภัทตา ไทยวรรณ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2559) หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่มีการแสดงของบทบาทหน้าที่ อันได้แก่ การแสดงบทบาทส่วนบุคคล และการแสดงบทบาททางสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่มีความสามารถในการทำหน้าที่มากขึ้น ส่งผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง (มูจรินทร์ พุทเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559)

2.3.3.5 ความหวัง (Hope) ความหวังเป็นสิ่งที่จำเป็นพื้นฐานซึ่งมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า การสูญเสียความหวังแม้เพียงระดับน้อยจะส่งผลให้บุคคล มีอาการซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายตามมา ดังนั้นการป้องกันการฆ่าตัวตายหรือลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่จึงต้องกระตุ้นให้บุคคลมีความหวัง เมื่อบุคคลมีความหวังจะก่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการค้นหาวิธีการปรับตัวได้ดีขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิตและความสามารถของบุคคล ทำให้บุคคลมีพลังที่จะจัดการกับความยากลำบากจนกระทั่งบรรลุเป้าหมายได้ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตทางสังคมมากขึ้น สุขภาพจิตดีขึ้น และพบว่าผู้ที่มีความหวังแรงกล้าจะมีแรง



บันดาลใจ มีพลัง มีความมั่นใจ ส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลง (Leite et al., 2019; Trezise et al., 2018)

2.3.3.6 ความเชื่อทางศาสนา (Religious belief) ความเชื่อทางศาสนามีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการทางจิตใจ ความเชื่อทางศาสนาสามารถสร้างความเป็นเหตุเป็นผลต่อความคิดอยากฆ่าตัวตายของบุคคล (पालกะวงศ์ ณ อยุธยา, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ มุจรินทร์ พุทธิเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งผลการวิจัยพบว่าความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่ความเชื่อทางศาสนาและมีการทำกิจกรรมทางศาสนาเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าลดลง

2.3.3.7 ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า (Depressive symptoms literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการระบุสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการหรืออาการแสดง การช่วยเหลือตนเองและรูปแบบการรักษาในบุคคลที่มีอาการซึมเศร้า (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563) จากการศึกษาของ Nguyen et al. (2017) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้กับอาการซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้กับอาการซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมในระดับที่ไม่เพียงพอ จะส่งผลให้บุคคลมีทัศนคติและพฤติกรรมในการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต และการเข้าถึงกระบวนการช่วยเหลือทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

2.3.3.8 ความรับผิดชอบต่อตนเอง (Personal Responsibility) การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่ความรับผิดชอบต่อตนเองต่ำ จะขาดความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเองจะส่งผลให้เกิดระดับอาการซึมเศร้ามี่เพิ่มมากขึ้น เมื่อบุคคลมีความรับผิดชอบต่อตนเอง บุคคลจะเกิดการตระหนักมากขึ้น รู้ความต้องการของตนเองและสามารถระบุวิธีการเผชิญปัญหาและจัดการกับอาการซึมเศร้ามี่ได้มากขึ้น (Mak et al., 2022)

จากการทบทวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่กล่าวมาข้างต้น พบว่าปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยบรรเทาหรือลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้ามี่ตามมามาก และหากสูงอายุโรคซึมเศร้ามี่มีปัจจัยปกป้องร่วมด้วย จะช่วยทำให้อาการซึมเศร้ามี่รุนแรงของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดลดน้อยลง มีผลทำให้อาการซึมเศร้ามี่ลดลง (มุจรินทร์ พุทธิเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) โดยเฉพาะปัจจัยปกป้องด้านความหวัง ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการ

ซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความรับผิดชอบต่อตนเอง (Leite et al., 2019; Mak et al., 2022; Nguyen et al., 2017; Trezise et al., 2018; มุจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maier et al. (2021) ที่พบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในกลุ่มโรคทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยปกป้องในด้านจิตสังคมอันประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม ความหวังในการดำเนินชีวิต การมีความรอบรู้ในเรื่องโรคซึมเศร้า และความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยปกป้องด้านจิตสังคมที่สำคัญที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### 2.4 ระดับและความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ระดับและความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสามารถ แบ่งออกได้เป็นระดับต่างๆ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1. อาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) สามารถพบได้ในผู้สูงอายุ ทั่วไปในบางครั้งเป็นภาวะอารมณ์ที่หดหู่ ไม่สดชื่นแจ่มใส เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว มักจะเปรียบเทียบกับตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตน ความตั้งใจและสมาธิในการทำงานลดลง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2. อาการซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) อาการในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้

3. อาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เกิดขึ้นยาวนานและตลอดเวลาทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ไร้ซึ่งคุณค่าในตนเอง ไม่มีประโยชน์ทำให้มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว ในผู้สูงอายุบางรายอาจมีพฤติกรรมซึม แยกตัว นั่งนิ่งๆ เฉยๆ หรืออาจมุดลูกมุดนั่ง ภาวะกรวยจิ้งหะในการพูดค่อนข้างช้า คิดช้า ตอบคำถามช้า ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้มักจะแยกตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และพยายามฆ่าตัวตาย

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้า ส่วนใหญ่ไม่คิดว่าตนมีอาการซึมเศร้า และมักมาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วยไม่สุขสบายทางกายมากกว่าอาการทางจิต (ประสพสุข ศรีแสนปาง, 2561) อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า แบ่งเป็นอาการด้านต่างๆ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล, 2555)

1. อาการทางกาย (vegetative) ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีอาการแสดงออกทางระบบประสาท

อัตโนมัติตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ใจหวิว ใจสั่น วิงเวียน มึนศีรษะ จุกเสียดท้อง อาการนอนไม่หลับ หลับไม่สนิท รู้สึกเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ส่วนอาการซึมเศร้าที่พบในวัยอื่น ได้แก่ น้ำหนักลด ไม่มีเรี่ยวแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์เพศลดลง ปวดศีรษะ วัยหนุ่มสาวอาจมีรับประทานอาหารมากนอนมากกว่าปกติ

2. พฤติกรรมคำพูด (psychomotor) ผู้สูงอายุมีอาการหลงลืมง่ายหรือซึมเศร้าแบบกระวนกระวายกระสับกระส่าย (agitated depression) มีอาการนั่งไม่ติดต้องเดินไปเดินมา รู้สึก ทรมานใจ ส่วนผู้ป่วยในวัยอื่นมักมีอาการเชื่องซึม เชื่องช้า (retardation) เหม่อลอย คิดช้า พูดช้า เคลื่อนไหวช้า พูดเสียงเบาและแยกตัวไม่ยอมพบหน้าหรือพูดจากับใคร

3. ด้านความวิตกกังวล (cognitive) เป็นอาการที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักคิดเรื่องร้ายๆ ขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจ ตัดสินใจไม่ได้แม้เรื่องเล็กน้อยๆ ในรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษหรือดูถูกตนเอง คิดฆ่าตัวตาย คิดมาก ท้อแท้ใจ รู้สึกเหงา ใจคอหดหู่ ร้องไห้ง่าย บ่นหมดอาลัยในชีวิต เป๋อหน่ายไปหมด คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย ไม่อยากอยู่เป็นภาระของลูกหลาน

อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีลักษณะที่แสดงออกของอาการซึมเศร้าที่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่างอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่กับวัยสูงอายุ

อาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่	อาการซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
มักรายงานอาการทางอารมณ์	มักรายงานอาการทางกายและปัญหาด้านการรู้คิด
รู้สึกสิ้นหวัง ไร้คุณค่า และรู้สึกว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือ	เฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น รู้สึกไม่ได้รับความช่วยเหลือ
มีทัศนคติทางลบต่อตนเอง	รู้สึกว่างเปล่า ขาดความสนใจแยกตัวจากกิจกรรมทางสังคม
นอนไม่หลับ	นอนหลับมากกว่าปกติ ตื่นเร็วกว่าปกติ
รับประทานอาหารมาก/น้อยกว่าปกติ	เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
พูดถึงความคิดฆ่าตัวตาย มากกว่าการมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย	ไม่พูดถึงการฆ่าตัวตาย แต่มีความพยายามและใช้วิธีการที่รุนแรงในการฆ่าตัวตาย

หมายเหตุ. จาก “ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : ความลุ่มลึกในการพยาบาล.” โดย ประสบสุข ศรีแสนปาง.

2561. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 41(1). 129-140.

## 2.5 การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จึงต้องใช้หลายวิธีการทั้งการสังเกตอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม การซักประวัติจากผู้สูงอายุ การซักถามผู้ดูแลและครอบครัว การประเมินจิตสังคม การรวบรวมข้อมูลประวัติ การเจ็บป่วย การรักษาและยาที่ได้รับ รวมถึงการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง (ประสพสุข ศรีแสนปาง, 2561) การประเมินอาการซึมเศร้าเป็นสิ่งที่ยากสำหรับผู้ที่มีประสบการณ์น้อยในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การนำเครื่องมือที่เป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้ามาใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งที่ช่วยยืนยันและสร้างความมั่นใจให้พยาบาลได้ระดับหนึ่ง ดังนั้นการเลือกใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าต้องพิจารณาถึงเป้าหมายในการประเมิน เช่น เพื่อคัดกรอง (screening) ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ (Case finding) หรือเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการบำบัดรักษา เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการซึมเศร้าจะมีความเฉพาะที่แตกต่างกันไป ดังนี้

2.5.1 เป้าหมายเพื่อการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ เครื่องมือจะต้องใช้ง่าย สะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย ใช้เวลาน้อย ใช้กับคนจำนวนมาก เครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เช่น

1. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พัฒนาโดยสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ (2549) เป็นเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าใช้กับผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความไวร้อยละ 97.3 (95% CI=95.4-7.6%) ความจำเพาะต่ำร้อยละ 45.6 (95%CI = 42.5-48.7%) ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (positive likelihood ratio) เท่ากับ 4.82 เท่า ซึ่งมีหลายภาษาให้เลือกใช้ตามบริบท หากตอบว่ามีในข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ แปลผลว่ามีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

2.4.2 เป้าหมายเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการบำบัดรักษา ในกรณีที่มีผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในความดูแล พยาบาลควรประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเพื่อทราบความก้าวหน้าของการบำบัดรักษา และเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดูแลมีเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในผู้สูงอายุ เช่น

1. แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลางพัฒนาขึ้นโดยธณินทร์ กองสุข และคณะ (2557) ตามระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ระดับจังหวัดทั่วประเทศ พัฒนาและปรับปรุงในปี 2561 ได้นำมาหาค่าคะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมิน 9Q คือ 4.56 (SD 7.65) คะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression คือ 3.72 (SD 4.48) หาค่าความสัมพันธ์ของค่าคะแนนจากแบบประเมิน 9Q กับแบบประเมิน Hamilton rating

scale for depression อยู่ในเกณฑ์ดีมีค่า Pearson's product-moment correlation เท่ากับ 0.719 (95% CI: 0.69 to 0.746) ค่าจุดตัดที่เหมาะสมคือคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป มีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29 ค่า positive likelihood ratio เท่ากับ 5.10 ค่า ROC area 0.897 (95% CI 0.85 to 0.943) (ชรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2561)

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย ที่พัฒนาขึ้นโดย รังสิมันต์ สุนทรไชยา และคณะ (2561) มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความซึมเศร้า มีข้อคำถาม 12 ข้อ มีค่าน้ำหนักตัวประกอบอยู่ระหว่าง 0.431- 0.784 และ 2) ความคิดฆ่าตัวตาย มีจำนวน ข้อคำถาม 4 ข้อ มีค่าน้ำหนักตัวประกอบอยู่ระหว่าง 0.451-0.933 วิเคราะห์ความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.95 (รังสิมันต์ สุนทรไชยา และคณะ, 2561)

3. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย Thai Geriatric Depression Scale พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยได้รวมกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตแพทย์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คนจาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทยในปี 2537 แบบวัดนี้มีคะแนนรวมระหว่าง 0-30 คะแนน โดยคำถามจะมี 30 ข้อ มีค่าความเที่ยงตรงในเพศหญิง เท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93. (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012)

4. Zung self-rating depression scale (SDS) พัฒนาโดย Zung แบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะเมื่อทดสอบประสิทธิภาพของยา เน้นการประเมินความสมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาท ควบคุมการทำงานของร่างกาย และด้านจิตใจ ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม แบบประเมินนี้ได้มีการตรวจสอบคุณภาพโดยหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีเทคนิคการแบ่งครึ่ง (split - half) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 และประเมินในชุมชนจำนวน 1,173 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79 แบบประเมินนี้มีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) เท่ากับ 0.68 ถึง 0.76 และมีความ สัมพันธ์กับแบบประเมิน Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale (MMPI-D) เท่ากับ 0.65 (Jokelainen et al., 2019)

5. The Center for Epidemiological Studies-Depression scale (CES-D) ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนจำนวน 20 ข้อ ไม่เหมาะสมกับผู้ที่มียุทธการมองเห็นหรือความบกพร่องด้าน cognition คะแนนเต็ม 60 หากได้คะแนน 16 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และ 23 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกว่าภาวะซึมเศร้านี้มีความสำคัญทางคลินิก ฉบับภาษาไทยมี

ความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำร้อยละ 82 แต่ยังไม่มียางานคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินนี้ในผู้สูงอายุไทย

6. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) เป็นแบบวัดมาตรฐานที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า สามารถจำแนกระหว่างผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการได้ดี รวมทั้งมีความไวในการวัดการเปลี่ยนแปลงอาการ นอกจากนี้ยังมีจำนวนข้อไม่มาก และใช้เวลาในการประเมินไม่นานนัก แบบวัดนี้ได้รับการพัฒนาโดยศาสตราจารย์ Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ในปี ค.ศ.1967 สำหรับประเทศไทย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ ได้พัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression เป็นภาษาไทย และได้รายงานการทดสอบความแม่นยำตรง และความน่าเชื่อถือได้ของแบบวัดนี้ว่าค่า interrater reliability อยู่ในเกณฑ์ดี (kappa เท่ากับ 0.87) ความแม่นยำตรงของแบบวัดเมื่อเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale (concurrent validity) อยู่ในเกณฑ์ดี Spearman's correlation coefficient = -0.8239 ( $p < 0.0001$ ) ความสอดคล้องภายในเป็นที่น่าพอใจ (standardized Cronbach's coefficient = 0.7380) (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และรณชัย คงสกนธ์, 2544)

7. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย (The Beck depression Inventory second Edition Thai version; BDI-II Thai version) (Beck et al., 1996a) ใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แปลและพัฒนาโดยศราวุธ ราชมณี และคณะ (2561) ต้นฉบับพัฒนาโดย Beck et al. (1996) ลักษณะของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ประเมินอาการที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกให้มากที่สุด ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย (คะแนน 0) ไปถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) ระดับคะแนนจะมี 0, 1, 2, 3 โดยทั้ง 21 ข้อนี้มาจากอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า DSM-IV ซึ่งสามารถแบ่งระดับความรุนแรงของอาการภาวะซึมเศร้า 4 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อยที่สุด (Minimal) 0-13 คะแนน ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild) 14-19 คะแนน ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate) 20-28 คะแนน และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe) 29-63 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง .83 ถึง 1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ภาพรวมเท่ากับ .81 มีค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถามรายข้อ (Corrected Item Total Correlation) อยู่ระหว่าง .20 ถึง .74 (Reliability) และค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ .86 (ศราวุธ ราชมณี และคณะ, 2561)

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย (The Beck depression Inventory-second Edition Thai version; BDI-II Thai version) แปลและพัฒนาโดยศราวุธ ราชมณี และคณะ (2561) เนื่องด้วยเป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐาน ข้อคำถามมีความละเอียดและชัดเจน มีข้อคำถามอาการทางร่างกายซึ่งสอดคล้องกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่มักจะมีอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายที่เด่นชัด และสามารถประเมินระดับอาการและความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ โดยจุดเด่นของแบบประเมินนี้คือ จำนวนข้อไม่มากใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที และแบบประเมินนี้ได้ถูกนำมาใช้ในผู้สูงอายุกันอย่างแพร่หลายทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ซึ่งเหมาะสมและสอดคล้องกับงานวิจัยนี้

### 3. แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

#### 3.1 ความเป็นมาการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

การฟื้นคืนสู่สุขภาพเป็นแนวคิดที่เกิดจากการศึกษาของ William Anthony ที่อธิบายว่าโรคทางจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จึงเป็นการยากสำหรับคนที่ป่วยด้วยโรคนี้จะกลับไปสู่สภาพเดิมเหมือนครั้งก่อนป่วย ดังนั้นจุดมุ่งหมายหลักในการบำบัดบุคคลที่ป่วยด้วยโรคนี้จึงควรเปลี่ยนจากการรักษาอาการทางจิต มาเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีการเรียนรู้การเจ็บป่วยและจัดการตนเองเพื่อที่จะอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วยทางจิตได้ ซึ่งในตอนนั้นเขาเรียกว่าเป็น “การฟื้นสภาพจากการเจ็บป่วยทางจิต” ในปีค.ศ. 1993 William Anthony ได้เผยแพร่แนวคิดนี้ต่อสาธารณชนโดยอธิบายว่า “การฟื้นสภาพจากการเจ็บป่วยทางจิตเป็นกระบวนการที่บุคคลปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อตนเองและการเจ็บป่วยทางจิต ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยทางจิต ได้โดยที่เขายังสามารถบรรลุเป้าหมายอื่นๆ ของชีวิต แม้ว่าจะป่วยด้วยโรคทางจิตที่รักษาไม่หายขาดก็ตาม” (Slade et al., 2008)

ในต่างประเทศได้มีการนำแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดนโยบายบริการสุขภาพจิตในหลายประเทศซึ่งพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจำนวนหนึ่งสามารถฟื้นคืนสู่สุขภาพ คืบความสำคัญของชีวิตกลับมาและทำประโยชน์ให้กับสังคม ซึ่งผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชกำหนดเป้าหมายชีวิตด้วยตนเองและเลือกที่จะเป็นอย่างไร้สาระ ทำให้เสียงเรียกร้องสิทธิ์ของผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่สามารถคืนสู่สุขภาพมีความหนักแน่นขึ้นเรื่อย ๆ เกิดการเคลื่อนไหวไปทั่วโลกให้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายในการดูแลสุขภาพจิต เป็นที่มาของการนำหลักการคืนสู่สุขภาพมาใช้ในระบบบริการสุขภาพจิตแนวใหม่คือ Recovery-Oriented Service (ROS) ตัวอย่างที่เห็นในหลายประเทศ ได้แก่

ปี 1970 ประเทศสหรัฐอเมริกาได้นำแนวความคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพะไปสอดแทรกในนโยบายบริการสุขภาพจิต จนกระทั่งปี 1995 ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการแนวใหม่ทั้งด้านการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตและกฎหมายด้านสิทธิมนุษยชน โดยเริ่มต้นจากการนิยามคำว่า การฟื้นคืนสู่สุขภาพะ และขับเคลื่อนการบริการแบบการฟื้นคืนสู่สุขภาพะทั่วทั้งองค์กร ผลการปฏิบัติดังกล่าว เห็นผลลัพธ์ช่วงแรกคือความร่วมมือในการรับบริการในระบบอย่างสม่ำเสมอ ผู้รับบริการเข้าร่วมในระบบบริการใหม่นี้อย่างสมัครใจ เกิดกลุ่มบุคลากรที่เรียกว่า Peer Specialist จำนวนมากที่ทำงานในระบบ มีรูปแบบการดูแลทางเลือกที่หลากหลาย

ปี 2002 ประเทศออสเตรเลีย พัฒนาการอบแนวคิดในการบริการสุขภาพจิตด้วยการฟื้นคืนสู่สุขภาพะโดย National Mental Health Promotion and Prevention Working Party (PPWP) ในแต่ละขั้นของการพัฒนาการบริการมีผู้เกี่ยวข้องในการกำหนดกรอบคือ ผู้รับบริการ ครอบครัว ผู้ดูแลและผู้ให้บริการรวมทั้งทบทวนวรรณกรรมและศึกษาวิจัยในพื้นที่ แล้วนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งสองส่วนมากำหนดในแผนบริการสุขภาพจิตฉบับ 2003-2008

ปี 2005 สหราชอาณาจักร The National Institute for Mental Health in England (NIMHE) สนับสนุนให้นำแนวความคิดการคืนสู่สุขภาพะ มาใช้ในการบริการสุขภาพจิตและเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน The National Health Service จึงประยุกต์หลักการการคืนสู่สุขภาพะ ในหน่วยย่อยและพัฒนาบทบาทหน้าที่ของบุคลากรเพื่อสนับสนุนการทำงานที่สอดคล้องกับแนวความคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ จนกระทั่งปี 2008 Center for Mental Health ได้เขียนนโยบายกำหนดแนวปฏิบัติเรื่อง NIMHE guiding statement of recovery เพื่อสนับสนุนการทำงานของผู้มีส่วนร่วมทั้งองค์กร เครือข่ายในระบบบริการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นการฟื้นคืนสู่สุขภาพะทั่วสหราชอาณาจักร

สำหรับในประเทศไทยกรมสุขภาพจิตได้กำหนดทิศทางนโยบายการดำเนินงาน Excellence Center ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้หน่วยงานสามารถพัฒนาสู่ความเป็น Excellence ในงานบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช ด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพประชาชนในทุกกลุ่มวัยและในทุกสภาพการณ์ ทั้งที่เป็นประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โดยมีเป้าหมายให้โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นศูนย์กลางการวิจัยและฝึกอบรมระดับนานาชาติ (Academic Hub) และความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (Excellence Center) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชด้วยแนวความคิดการคืนสู่สุขภาพะในระดับชาติ การดำเนินการเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว จึงกำหนดให้โรงพยาบาลศรีธัญญานำแนวคิดที่จะพัฒนาระบบบริการด้วยการส่งเสริมให้บุคคลมีความหวัง มีค่านิยมและเป้าหมายในการดำรงชีวิตเกิดการเรียนรู้ที่จะรับผิดชอบตนเองและมีทักษะในการจัดการกับโรค และทำบทบาทที่มี



ความหมายใช้ชีวิตอยู่ในสังคมในฐานะพลเมืองของประเทศได้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาความสัมพันธ์แบบใหม่กับบุคลากร เรียกว่ากระบวนการนี้ว่า การฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery)

โรงพยาบาลศรีธัญญา พัฒนารูปแบบการฟื้นฟูด้านจิตสังคมเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ป้องกันการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ และส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพรวมถึงสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชจะเกิดการเรียนรู้ มีพัฒนาการเพื่อต่อสู้กับโรคที่เป็นไม่ว่าจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว หากพวกเขามีจิตใจที่เข้มแข็งจะสามารถจัดการตนเองและดำรงชีวิตหลังเจ็บป่วยได้อย่างเป็นสุข ซึ่งนักวิชาการเรียกว่า Recovery หรือที่เรียกว่าการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ซึ่งใช้ในโรงพยาบาลศรีธัญญาและเครือข่าย คำนี้เกิดจากบุคคลที่เคยป่วยด้วยโรคจิตเวชเดินทางไปศึกษา Recovery Model จากผู้เชี่ยวชาญในประเทศต่างๆ แล้วมาถอดบทเรียนทำความเข้าใจความหมายของแนวคิด Recovery Model ของ William Anthony ที่สรุปได้ว่าการฟื้นคืนสู่สุขภาพทางจิตเวชคือ การเดินทางของการเยียวยาและการเปลี่ยนแปลงของผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช ไปสู่การมีชีวิตอย่างมีความหมายในสังคมของตนเอง ด้วยศักยภาพของตน มุ่งเน้นที่ตัวบุคคลและให้ความสำคัญในการช่วยเหลือให้เขาเหล่านั้นมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง

### 3.2 ความหมายการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

จากพจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2561 ฉบับ 100 ปีการสาธารณสุขไทย ให้ความหมาย recovery ว่า “การฟื้นฟู” ซึ่งหมายรวมถึง การซ่อมสร้าง (reconstruction) และการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ได้มีการริเริ่มในการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเวชในประเทศไทยได้มีการใช้คำนี้ในการศึกษาของเชษฐา แก้วพรม (2555) ซึ่งได้แปลและให้ความหมายของ recovery เป็นภาษาไทยไว้ว่า “การฟื้นฟูสภาพจิตใจ” ตามแนวคิด recovery model จากการศึกษาของนันทภัก ชนะพันธ์ (2556) ให้ความหมายของ recovery เป็นภาษาไทยไว้ว่า “การฟื้นฟู” สอดคล้องกับการศึกษาของ (ภาณุมาศ จิตสงบ, 2560; กนกวรรณ บุญเสริม และคณะ, 2562; ฐานิยา สุทะปา และคณะ, 2563) สำหรับกรมสุขภาพจิตได้กำหนดทิศทางการดำเนินงาน Excellence Center ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตโดยมีเป้าหมายให้โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นศูนย์กลางการวิจัยและฝึกอบรมระดับนานาชาติ (Academic Hub) และความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (Excellence Center) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชด้วยแนวคิดการคืนสู่สุขภาพในระดับชาติ โรงพยาบาลศรีธัญญาและเครือข่ายเดินทางไปศึกษา Recovery Model จากผู้เชี่ยวชาญในประเทศต่างๆ แล้วมาถอดบทเรียนทำความเข้าใจความหมายของแนวคิด Recovery Model ของ William Anthony และให้นิยามคำว่า Recovery เป็นภาษาไทยไว้ว่า “การฟื้นคืนสู่สุขภาพ” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาและให้ความหมายของ (ดรัณ พงศธรสกุล และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2563; นิภา ยิ้มเฟื่อง และปภาจิต บุตรสุวรรณ, 2558; ปติดา ภาณ

พิศุทธิ์ และคณะ, 2559; สาวิตรี หลักทอง และนุจรี ไชยมงคล, 2564; สุดคะนิง ฤทธิ์ธำชัย และคณะ, 2562) เพื่อให้สอดคล้องและเข้าใจความหมายที่ตรงกันในงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยจึงใช้คำว่า “การฟื้นคืนสู่สุขภาพ” โดยมีผู้ให้ความหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพไว้ดังนี้

Peden (1993) ให้ความหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพไว้ว่า การฟื้นคืนสู่สุขภาพจากโรคซึมเศร้าเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต (dynamic) โดยไม่มีรูปแบบตายตัวว่า กระบวนการฟื้นหายจะต้องเริ่มต้นที่ระยะที่ 1 แล้วไประยะที่ 2 และระยะที่ 3 อาจเกิดขึ้นในเวลา ใกล้เคียงกันหรือคาบเกี่ยวกันของระยะต่างๆ มีการเคลื่อนไหวในระยะต่างๆ ตลอดเวลา

Anthony (1993) ให้ความหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพไว้ว่า การฟื้นคืนสู่สุขภาพเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงเฉพาะบุคคลอย่างล้าลึกในด้านทัศนคติ คุณค่า ความรู้สึก เป้าหมาย ทักษะ รวมทั้งบทบาทหน้าที่ตนเอง เป็นแนวทางการดำรงชีวิตที่มีความพึงพอใจ ที่เต็มไปด้วยความหวังและอุทิศตนแม้ในความจำกัดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย เกี่ยวกับการพัฒนาความหมายและเป้าประสงค์ใหม่ในชีวิตซึ่งเติบโตขึ้นผ่านผลกระทบร้ายแรงจากโรคจิตเวช

Mary Ellen Copeland (2002) ให้ความหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพไว้ว่า การฟื้นคืนสู่สุขภาพ เป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงที่ช่วยให้บุคคลปรับปรุงสุขภาพกายและจิตของบุคคล ก้าวกับชีวิตและทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพในทุกด้านของชีวิต

Leamy et al. (2011) ให้ความหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพไว้ว่า การฟื้นคืนสู่สุขภาพ เป็นกระบวนการส่วนบุคคลที่มีความลึกซึ้งซึ่งในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก เป้าหมาย ทักษะและหรือบทบาท ตามวิถีการดำเนินชีวิตที่ตนพึงพอใจ มีความหวังและความเอื้ออาทรแม้มีข้อจำกัดที่เกิดจากความเจ็บป่วยทางจิต

Slade and Wallace (2017) ให้ความหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพไว้ว่า การฟื้นคืนสู่สุขภาพ เป็นคำที่มีความหมาย 2 อย่างคือ

1. การฟื้นคืนสู่สุขภาพทางคลินิก เกิดจากการวินิจฉัยจากผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาชีพด้านสุขภาพ และการฟื้นคืนสู่สุขภาพทางคลินิก มีคุณสมบัติ 4 ประการ อันประกอบไปด้วย 1. เป็นผลลัพธ์หรือสถานะที่เป็นแบบสองขั้ว กล่าวคือบุคคลนั้นกำลังฟื้นคืนสู่สุขภาพหรือไม่ฟื้นคืนสู่สุขภาพ 2. เป็นสิ่งที่สังเกตได้ทางคลินิก 3. เป็นการประเมินโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่ใช่ผู้ป่วย 4. คำจำกัดความของการฟื้นคืนสู่สุขภาพไม่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

2. การฟื้นคืนสู่สุขภาพส่วนบุคคล มีจุดเน้นที่แตกต่างจากการการฟื้นคืนสู่สุขภาพทางคลินิก โดยจะเน้นศูนย์กลางของความหวัง อัตลักษณ์ ความหมายในชีวิต และความรับผิดชอบส่วนบุคคล มีคุณสมบัติ 4 ประการ อันประกอบไปด้วย 1. เป็นกระบวนการหรือมีความต่อเนื่อง 2. เป็นสิ่งที่

ประเมินได้ตามอัตวิสัยโดยบุคคลนั้น ๆ 3. ประเมินโดยบุคคลที่ประสบปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งถือเป็นผู้เชี่ยวชาญในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ 4. มีความหมายและคำจำกัดความในแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน หรือมีแง่มุมในการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่เหมือนกัน

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012) ให้ความหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพไว้ว่า การฟื้นคืนสู่สุขภาพเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่บุคคลพัฒนาสุขภาพกายและจิตให้ดีขึ้น ดำเนินชีวิตด้วยตนเอง กำกับชีวิตอย่างเต็มศักยภาพของบุคคล

World Health Organization (2019) ให้ความหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพไว้ว่า การฟื้นคืนสู่สุขภาพไม่ได้หมายความว่า “หายขาด” หรือ “กลับมาปกติอีกครั้ง” แต่เป็นการได้รับหรือหวนคืนความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต การควบคุมตนเองและชีวิตของตน คงไว้ซึ่งการมีความหวังในชีวิตและใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย และดำเนินชีวิตตามทิศทางหรือกำหนดทิศทางของชีวิตด้วยความอิสระ แม้จะมีความทุกข์ทางอารมณ์ใด ๆ ที่บุคคลเคยผ่านหรือกำลังประสบอยู่ก็ตาม ภายใต้หลักสิทธิมนุษยชนซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

สรุปได้ว่าการฟื้นคืนสู่สุขภาพหมายถึง กระบวนการส่วนบุคคลที่เป็นพลวัต (dynamic) ไม่มีรูปแบบตายตัวว่ากระบวนการใดจะเกิดขึ้นก่อนหรือหลัง เป็นกระบวนการที่บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชใช้เป็นแนวทางในการดำรงชีวิตที่บุคคลพึงพอใจ หวนคืนความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต ควบคุมตนเองและกำกับชีวิตของตนที่เต็มไปด้วยความหวังและทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพในทุกด้านของชีวิตรวมถึงการมีส่วนร่วมกับชุมชน ภายใต้หลักสิทธิมนุษยชน แม้มีข้อจำกัดที่เกิดจากเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งความหมายของการฟื้นคืนสู่สุขภาพจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

### 3.3 แนวคิดทฤษฎีการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เป็นแนวคิดที่มีนักวิชาการจำนวนมากที่ทำการศึกษานักวิชาการที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่สำคัญและมีการกล่าวถึงอย่างแพร่หลายในทางจิตเวช ดังนี้

3.3.1 Recovery-Oriented Mental Health System กระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพทางสุขภาพจิต ได้พัฒนาขึ้นในปี 1993 โดย William Anthony ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการปรับระบบสนับสนุนทางสังคม community support system (CSS) ที่จะเปลี่ยนกลยุทธหลักในการเคลื่อนไหวยุทธศาสตร์ให้เกิด Recovery-Oriented Mental Health System หรือกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพทางสุขภาพจิต ที่เชื่อมโยงกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในสถาบันจิตเวช ซึ่งเดิมมุ่งเน้นการตรวจวินิจฉัยและการประเมินโปรแกรมบำบัดแบบแยกส่วนตามระดับความบกพร่อง ความผิดปกติ ความพิการ และความเสียเปรียบทางสังคม โดยเฉพาะในผู้รับบริการรายบุคคลที่เข้ามา

การรักษาซ้ำแล้วซ้ำเล่าด้วยความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่รุนแรง (Severe Mental Illness, SMI) นับว่าเป็นผู้ด้อยโอกาสในการได้รับเรียนรู้ใหม่ๆ (Relearn) ตามบริบทการใช้ชีวิตในสถานการณ์จริง โดยมีสมมติฐานพื้นฐานของกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพทางสุขภาพจิต Basic Assumptions of a Recovery-Focused Mental Health System กระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพเป็นกระบวนการที่ลึกซึ้งเนื่องด้วยความไม่แน่นอนของการฟื้นคืนสู่สุขภาพ สามารถสรุปสมมติฐานจากการเข้าร่วมและทำความเข้าใจของบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ได้ดังนี้

1. การฟื้นคืนสู่สุขภาพสามารถเกิดขึ้นได้โดยปราศจากการแทรกแซงจากผู้เชี่ยวชาญ
2. บุคคลที่มีส่วนร่วมของการฟื้นคืนสู่สุขภาพคือบุคคลที่ผู้กำลังฟื้นคืนสู่สุขภาพไว้วางใจที่จะยินดีให้ช่วยเหลือในยามที่ต้องการ
3. วิสัยทัศน์เพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพไม่ใช่หน้าที่ของทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิต
4. การฟื้นคืนสู่สุขภาพอาจเกิดขึ้นได้แม้ว่าจะมีอาการกำเริบเกิดขึ้นอีก
5. การฟื้นคืนสู่สุขภาพจะเปลี่ยนความถี่และระยะเวลาของอาการ
6. การฟื้นคืนสู่สุขภาพจะรู้สึกเหมือนเป็นกระบวนการเชิงเส้น
7. ผลลัพธ์ของการฟื้นคืนสู่สุขภาพบางครั้งยากกว่าการหายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช
8. การฟื้นคืนสู่สุขภาพจากอาการเจ็บป่วยทางจิตไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้นไม่ได้ “ป่วยทางจิต”

3.3.2 recovery-oriented practices in mental health systems แนวทางการปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพในระบบสุขภาพจิต พัฒนาขึ้นโดย Slade et al., (2009) จนถึงปี 2014 ซึ่งได้แนะนำประเด็นที่ทีมวิชาชีพทางการแพทย์ยังคงสับสนเมื่อให้บริการแนะนำการฟื้นคืนสู่สุขภาพได้อย่างไม่ถูกต้อง ประกอบด้วย

1. Recovery is the latest. ตั้งเป้าหมายทางคลินิก
2. Recovery does not to “my” patients. ใช้ในผู้รับบริการที่ไม่มีอาการทางจิตเวช
3. Services can make people recovery thorough effective treatment. ไม่แน่ใจระหว่างการฟื้นฟูสภาพทางคลินิกหรือส่วนบุคคล
4. Compulsory detention and treatment aid recovery. การหยุดให้บริการสุขภาพจิตอย่างเป็นทางการ
5. A recovery orientation means closing services. การฟื้นฟูสภาพที่พึ่งพาตนเองได้ อย่างเป็นปกติ
6. Recovery is about making people independent and normal. การส่งการรักษาให้ชุมชนช่วยฟื้นฟูสภาพ

7. Contributing to society happens only after the person is recovery. การตีตราบาปในการสนับสนุนจ้างงาน

ซึ่งต่อมา Mike Slade et al. (2014) แนะนำให้ทีมสหวิชาชีพทางการแพทย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านสามโปรแกรมการฟื้นคืนสุขภาวะในชุมชน (Community Recovery Oriented Services) ได้แก่

1. การระบุบทบาทที่ชัดเจนของนักสนับสนุนเพื่อนหรือ Peer Support Workers โดยใช้แบบจำลองการจัดการศักยภาพของผู้ใช้บริการ หรือ Strengths Model of Case Management พร้อมจัดการศึกษาแบบวิทยาลัยและสนับสนุนที่พักอาศัยและการจ้างงาน และการสัมมนาสุขภาพจิตกับจิตเวชระหว่างผู้ให้บริการ ญาติ และเพื่อน

2. การวางแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสุขภาวะหรือ Wellness Recovery Action Planning เพื่อเพิ่มสุขภาวะในชีวิตประจำวันและวางแผนการจัดการวิกฤตที่กระทบกระเทือนจิตใจ และเพิ่มความหวังจากกระบวนการที่เป็นกัลยาณมิตรต้นแบบร่วมกับจิตวิทยาเชิงบวก

3. โปรแกรมฟื้นฟูสภาพและจัดการภาวะเจ็บป่วยหรือ Illness Management & Recovery Program, IMR ในช่วง 5-10 เดือน เน้นการเพิ่มทักษะทางสังคมเพื่อจัดการปัญหารายบุคคล/กลุ่ม โดยใช้กระบวนการสุขภาพจิตศึกษาให้เข้าใจการรักษาสุขภาพจิต การบำบัดการรู้คิดพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) และการเพิ่มความมั่นใจในการจัดการภาวะเจ็บป่วยและป้องกันการเกิดอาการจิตเวชซ้ำ

จากการพัฒนากระบวนการฟื้นคืนสุขภาวะข้างต้น Slade et al. (2015) ได้ออกแบบแนวคิดเชิงระบบในปี 2015 เกิดเป็น REFOCUS model และได้พัฒนา REFOCUS intervention ที่พัฒนาขึ้นจาก REFOCUS model เพื่อเพิ่มขอบเขตที่ผู้ปฏิบัติงานสนับสนุนการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ที่ใช้บริการสุขภาพจิต ผ่านความสัมพันธ์และแนวทางปฏิบัติในการทำงาน แนวทางต่าง ๆ (Victoria Bird et al., 2014)

3.3.3 แผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (Wellness Recovery Action Plan: WRAP) พัฒนาขึ้นโดย Mary Ellen Copeland ในปี 1997 และกลุ่มคนประมาณ 30 คน ซึ่งรวมถึงบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล ได้พัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในการฟื้นคืนสู่สุขภาวะขึ้นที่เรียกว่า “Wellness Recovery Action Plan: WRAP” (Copeland, 2002) WRAP เป็นระบบที่มีโครงสร้างสำหรับติดตามภาวะการเจ็บป่วย ความรู้สึกและพฤติกรรม ผ่านการตอบสนองตามแผนที่กำหนดไว้ การลด การแก้ไข หรือกำจัดสิ่งเหล่านี้ รวมถึงแผนการตอบสนองจากบุคคลอื่นเมื่อตนเองไม่สามารถตัดสินใจได้ (Copeland, 2015) หรือเป็นกระบวนการป้องกันและดูแลสุขภาพที่บุคคลสามารถใช้เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีและทำให้ชีวิตของบุคคลเป็นไปตามที่ต้องการผ่านเครื่องมือและแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ โดย Wellness Recovery Action Plan: WRAP ออกแบบมาเพื่อลดและป้องกันความรู้สึกและพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล เพิ่มทางเลือกส่วนบุคคลเกี่ยวกับการ

ดำเนินชีวิต ปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น ช่วยให้บรรลุเป้าหมายชีวิตและความฝันของบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช (Copeland, 2018) ) โดยมีปัจจัยที่สำคัญทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความหวัง (Hope) ความหวังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและเป็นแนวคิดหลักประการแรก หากบุคคลไม่มีความหวังจะส่งผลให้ยากที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเอง เมื่อบุคคลมีความหวังทุกสิ่งทีตนเองตั้งใจก็จะเป็นไปได้ บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชต่างประสบกับปัญหาชีวิตและสุขภาพ เช่น ความท้าทายด้านสุขภาพ การเสพติด การสูญเสีย หรืออายุที่เพิ่มมากขึ้น ถึงอย่างนั้นความหวังจะช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตตามความฝันและเป้าหมายให้สำเร็จ บุคคลที่เคยรับมือกับความท้าทายมักจะพบการมีจุดมุ่งหมายเป็นก้าวแรกสู่ความสำเร็จ การพัฒนาจุดมุ่งหมายเกี่ยวข้องกับการค้นหาและยึดมั่นในความหวัง จะส่งผลให้บุคคลมีชีวิตที่มีความสุขและสามารถฟื้นคืนสู่สภาวะได้ไม่ว่าในอดีตที่ผ่านมาของบุคคลจะผ่านอะไรมาก็ตาม

2. ความรับผิดชอบส่วนบุคคล (Personal Responsibility) ความรับผิดชอบไม่ได้หมายถึงการถือโทษ อับอาย รู้สึกผิด หรือวิจารณ์ตนเอง แต่หมายถึงบุคคลสามารถที่จะรับผิดชอบต่อ การเลือกเส้นทางการฟื้นคืนสู่สภาวะของตนเอง ที่สำคัญกว่านั้นการรับผิดชอบของบุคคลช่วยให้เห็นสิ่งที่ต้องดำเนินการ หากตนเองต้องการเลือกทางเลือกอื่นในการฟื้นคืนสู่สภาวะ ความรับผิดชอบของบุคคลยังหมายถึงการพึ่งพาตนเองในการทำสิ่งต่าง ๆ ยึดมั่นในคำสัญญาต่อตนเอง และเป็นผู้จัดการตนเองในการฟื้นคืนสู่สภาวะ

3. การศึกษา (Education) การศึกษาในที่นี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้จากตำรา แต่เป็นเรื่องเกี่ยวกับกระบวนการค้นหาตนเอง การค้นหาตนเองสามารถช่วยให้บุคคลมีความสมดุล และการมีมุมมองที่สมดุลในตนเองจะส่งผลให้บุคคลเข้าใจตัวตนที่แท้จริงของตนเองได้ดีขึ้น การเรียนรู้ทุกอย่างเกี่ยวกับตนเองจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจได้ดีเกี่ยวกับทุกด้านของชีวิต เป็นพลังแก่บุคคลในการตอบสนองต่อความท้าทายของชีวิต ช่วยให้ผู้พัฒนา ความหวัง การตัดสินใจด้วยตนเองและความรับผิดชอบตนเองในการฟื้นคืนสู่สภาวะ

4. การสนับสนุนตนเอง (Self-Advocacy) การเป็นผู้สนับสนุนตนเองที่แข็งแกร่งหมายถึงการทำงานเพื่อให้ได้สิ่งที่บุคคลต้องการด้วยความกล้าหาญ ความพากเพียร และความมุ่งมั่น เมื่อบุคคลสนับสนุนตนเอง แสดงว่าบุคคลแสดงความต้องการและร้องขอด้วยความเคารพ ชัดเจน และใจเย็น ดังนั้นบุคคลจึงเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะแสดงความต้องการของตนเองต่อบุคคลอื่นอย่างไร

5. การสนับสนุนทางสังคม (support) แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ชุมชนและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ มีความสำคัญอย่างมากต่อบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช บุคคลจะรู้สึกดีขึ้นก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ วงจรของการสนับสนุนช่วยให้ชีวิตของบุคคลดีขึ้น

และมีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ให้การสนับสนุนหากรับฟังความต้องการของบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชด้วยตนเอง

3.3.4 การฟื้นคืนสู่สุขภาพและการสนับสนุนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery and Recovery Support) พัฒนาขึ้นโดย SAMHSA's (2012) การฟื้นคืนสู่สุขภาพเป็นสัญญาณที่บ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างมากสำหรับผลลัพธ์เชิงบวกในบุคคลที่ประสบภาวะทางจิตและการใช้สารเสพติด มียอมรับอย่างกว้างขวางจากรัฐ ชุมชน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อน ครอบครัว นักวิจัย และผู้สนับสนุน รวมถึงศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งสหรัฐอเมริกา (U.S. Surgeon General) และสถาบันการแพทย์แห่งชาติ (National Academy of Medicine; NAM)

หลักการชี้นำของแนวคิด (Guiding Principles) กล่าวว่า ความหวัง และความเชื่อที่ท้าทายข้อจำกัดของบุคคล เป็นรากฐานของการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่สร้างขึ้นจากจุดแข็ง พรสวรรค์ ความสามารถในการเผชิญปัญหา ทักษะ และคุณค่าโดยธรรมชาติของบุคคลอย่างเป็นองค์รวม รวมถึงครอบครัว ชุมชน การสนับสนุนจากเพื่อน และสมาชิกในครอบครัว

การฟื้นคืนสู่สุขภาพเป็นลักษณะการพัฒนาเป้าหมายและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการรักษาทางคลินิก การใช้ยาตามวิถีและความเชื่อ การช่วยเหลือจากเพื่อน การสนับสนุนจากครอบครัว การดูแลตนเอง และแนวทางอื่น ๆ ซึ่งการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีลักษณะเฉพาะคือการเติบโตอย่างต่อเนื่องและการปรับปรุงสุขภาพของบุคคล รวมถึงการจัดการกับความล้มเหลวที่เกิดขึ้น เนื่องจากความล้มเหลวเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตตามธรรมชาติ ความยืดหยุ่นจึงกลายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023) ซึ่งมีมิติของแนวคิด 4 มิติ ดังนี้

1. สุขภาพ (Health) การเอาชนะหรือรับมือกับโรคหรืออาการของตนเอง เช่น การงดแอลกอฮอล์ การใช้ยาหรือสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย ซึ่งเป็นการสนับสนุนร่างกายและความเป็นอยู่ที่ดีทางจิตใจ
2. ที่อยู่อาศัย (Home) ที่อยู่อาศัยที่มั่นคงและปลอดภัย
3. เจตนา (Purpose) เจตนาหรือความประสงค์ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีความหมาย เช่น งานโรงเรียน อาสาสมัคร การดูแลครอบครัว ความพยายามสร้างสรรค์และความเป็นอิสระ การสร้างรายได้และการมีส่วนร่วมในสังคม
4. ชุมชน (Community) การมีปฏิสัมพันธ์และเครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุน มิตรภาพ ความรัก และความหวัง

SAMHSA's ได้กล่าวถึงหลักการชี้นำของการฟื้นคืนสู่สุขภาพ 10 ประการ อันประกอบด้วย

ความหวัง (Hope) Person-Driven (การขับเคลื่อนด้วยบุคคล) ทางเลือกที่หลากหลาย (Many Pathways) องค์กรรวม (Holistic) การสนับสนุนจากเพื่อน (Peer Support) ความสัมพันธ์ (Relational) วัฒนธรรม (Culture) การได้รับการสนับสนุนจากการบาดเจ็บ (Addresses Trauma) Strengths/Responsibility (จุดแข็งและความรับผิดชอบ) และการยอมรับนับถือ (Respect) ซึ่งแนวคิด recovery ของ SAMHSA's (2012) นิยมใช้กับบุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตร่วมกับมีการใช้สารเสพติด

3.3.5 กรอบแนวคิด CHIME เพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพส่วนบุคคล (The CHIME framework for personal recovery) พัฒนาขึ้นโดย Leamy et al. (2011) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการสังเคราะห์แบบพรรณนาเกี่ยวกับกรอบแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพส่วนบุคคลทางสุขภาพจิต และได้พัฒนาขึ้นเป็นกรอบแนวคิดใหม่ที่เรียกว่า The CHIME framework for personal recovery ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้ (Piat et al., 2017)

1. ความสามารถในการเชื่อมต่อกับผู้อื่น (Connectedness) การที่บุคคลมีการติดต่อหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม รวมถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อน สมาชิกในชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ และครอบครัว

2. ความหวังและการมองโลกในแง่ดี (Hope and optimism) ประกอบด้วยความเชื่อในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง ความสัมพันธ์ที่สร้างแรงบันดาลใจด้วยความหวัง ความคิดเชิงบวกและการมองเห็นคุณค่าของความพยายาม และการมีความฝันและแรงบันดาลใจ

3. อัตลักษณ์ (Identity) ประกอบด้วยการสร้างความรู้สึกเชิงบวกของตัวตนใหม่ และการเอาชนะตราบาปของตนเอง

4. ความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต (Meaning and purpose in life) คือ เป้าหมายชีวิตและสังคม ความหมายในประสบการณ์ด้านสุขภาพจิต และชีวิตที่มีความหมายรวมถึงบทบาททางสังคมของบุคคล

5. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) การที่บุคคลจะมีการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองได้นั้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีความรับผิดชอบส่วนบุคคล สามารถควบคุมชีวิตตนเอง และการมุ่งเน้นที่จุดแข็งของตนเอง

ต่อมาในปี ค.ศ. 2014 ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความถูกต้องของกรอบแนวคิด CHIME ในประเทศอังกฤษ ออสเตรเลีย และประเทศอื่น โดยใช้การวิเคราะห์แบบจำลองในการแสวงหาความรู้แบบนิรนัยและอุปนัยโดยวิธีการเปรียบเทียบแบบคงที่ในแต่ละหมวดหมู่ของกรอบแนวคิด ผลการวิจัยพบว่าทั้งการวิเคราะห์แบบอุปนัยและแบบนิรนัยของกรอบแนวคิด CHIME ที่ประกอบด้วยหมวดหมู่ ความสามารถในการเชื่อมต่อกับผู้อื่น ความหวังและการมองโลกในแง่ดี อัตลักษณ์ ความหมายและ



จุดมุ่งหมายในชีวิต และการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้นมีความชัดเจนชัด ถูกต้องตามการวิเคราะห์ (Bird et al., 2014)

3.3.5 แนวทางปฏิบัติเพื่อการฟื้นคืนสู่สภาวะและความผาสุก (Recovery practices for mental health and well-being) พัฒนาขึ้นโดย WHO (2019) เพื่อใช้เป็นวิธีปฏิบัติและแนวทางการฟื้นคืนสู่สภาวะโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางสำหรับการให้บริการการดูแลและช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ซึ่งอธิบายว่าแนวทางการฟื้นคืนสู่สภาวะแตกต่างจากแนวทางการบำบัดรักษาแบบเดิมที่มุ่งเน้นการวินิจฉัย การใช้ยา และการบำบัดทางจิตเป็นครั้งคราว ซึ่งแนวทางการฟื้นคืนสู่สภาวะมุ่งเน้นที่จะจัดการหรือลดอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งได้นำกรอบแนวทางการฟื้นคืนสู่สภาวะส่วนบุคคล CHIME ของ Leamy et al. (2011) มาพัฒนาเป็นแนวทางการให้บริการการฟื้นคืนสู่สภาวะ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การเชื่อมต่อกับผู้อื่น (Connectedness) การฟื้นคืนสู่สภาวะโดยเชื่อมต่อกับผู้อื่น หมายถึง บุคคลต้องสามารถเข้าถึงโอกาส บริการ และทรัพยากรในชุมชนได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น บริการที่ส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะควรได้รับอิทธิพลและขึ้นอยู่กับบริบทและความต้องการของท้องถิ่น และความสัมพันธ์เป็นกุญแจสำคัญในชีวิตของบุคคล ดังนั้นเพื่อน สมาชิกในครอบครัว แพทย์ เจ้าหน้าที่ที่ให้การช่วยเหลือ เพื่อนร่วมงาน และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ต่างมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการฟื้นคืนสู่สภาวะของบุคคล

2. ความหวัง (Hope) การฟื้นคืนสู่สภาวะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความหวังและการมองโลกในแง่ดีสำหรับอนาคต ความหวังเป็นกุญแจสำคัญในการฟื้นคืนสู่สภาวะ หากบุคคลปราศจากความหวังจะละทิ้งการเดินทางเพื่อการมีสภาวะที่ดีของตน ซึ่งปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจ จิตวิญญาณ คุณภาพชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความหวัง และความเชื่อในการเปลี่ยนแปลงชีวิตเป็นศูนย์กลางของแนวทางการฟื้นคืนสู่สภาวะ ซึ่งสามารถส่งเสริมให้เกิดความเชื่อด้วยความสัมพันธ์ที่สร้างแรงบันดาลใจด้วยความหวัง เพื่อน ครอบครัว ผู้ดูแล ผู้ปฏิบัติงาน และผู้สนับสนุนอื่น ๆ จำเป็นต้องรับรู้และให้คุณค่ากับความสำเร็จ และส่งเสริมความฝันและแรงบันดาลใจ

3. อัตลักษณ์ (Identity) การฟื้นคืนสู่สภาวะหมายถึงการสำรวจตนเอง โดยอัตลักษณ์สามารถนิยามได้ว่าการที่บุคคลมองตนเองในฐานะปัจเจกบุคคลและสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและชุมชนที่เราอาศัยอยู่ อัตลักษณ์ของบุคคลสามารถสร้างและกำหนดขึ้นใหม่ หมายรวมถึงการเอาชนะความรู้สึกเก็บกดภายในจิตใจหรือการตีตราในตนเองที่อาจทำให้ตนเองเผชิญกับความเสี่ยง รวมถึงประสบการณ์เกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพจิตและการรักษาที่ตนเคยได้รับ

4. ความหมายในชีวิต (Meaning in life) จุดมุ่งหมายในชีวิตและการค้นหาความหมายในชีวิตแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งความฝันและความทะเยอทะยานเป็นกุญแจสำคัญในการฟื้นคืนสู่สภาวะสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจและการสนับสนุนตัวบุคคลในการค้นหาความหมายและความเต็มเต็มในชีวิตของบุคคล

5. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) การฟื้นคืนสู่สภาวะเป็นความหมายเชิงบวกที่ให้อำนาจและการควบคุมด้วยตัวบุคคลเอง การควบคุมและทางเลือกเป็นศูนย์กลางของการฟื้นคืนสู่สภาวะ รวมถึงเคารพสิทธิของบุคคลในการฟื้นคืนสู่สภาวะโดยใช้ความสามารถทางกฎหมายสิทธิของบุคคลที่จะตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง โดยมีหรือไม่มี การสนับสนุนจากผู้อื่น และการเสริมสร้างทักษะในการช่วยเหลือตนเองสามารถเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์หรือช่วงเวลาเชิงลบของชีวิตและควบคุมชีวิตและความเป็นอยู่ของตนเองได้

6. การรับความเสี่ยง (Risk-taking) การฟื้นคืนสู่สภาวะเกี่ยวข้องกับการยอมรับความเสี่ยง อาจจำเป็นที่บุคคลต้องยอมรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหากบุคคลเดินทางเพื่อการฟื้นคืนสู่สภาวะบุคคลต้องมีอิสระที่จะเสี่ยงและทำผิดพลาดเหมือนคนอื่นทั่วไป เพื่อให้สามารถเข้าถึงโอกาสในการเรียนรู้และเติบโตจากประสบการณ์ของตน การปฏิบัติที่มุ่งเน้นการฟื้นคืนสู่สภาวะกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงาน ครอบครัว ผู้ดูแล และผู้สนับสนุนอื่น ๆ ยอมรับสิทธิของบุคคลที่จะเกิดความเสี่ยง และความคิดสร้างสรรค์และความกล้าหาญเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อสนับสนุนการรับความเสี่ยงในเชิงบวกเพื่อช่วยให้บุคคลก้าวไปสู่เป้าหมายการฟื้นคืนสู่สภาวะที่ตั้งไว้

3.3.6 กระบวนการฟื้นคืนสู่สภาวะจากโรคซึมเศร้า (The Recovering Process from Depression) พัฒนาขึ้นโดย Peden (1993) การพัฒนากระบวนการเริ่มจากการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเกี่ยวกับกระบวนการฟื้นคืนสู่สภาวะจากโรคซึมเศร้าในสตรีที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 7 คน กระบวนการฟื้นคืนสู่สภาวะตามแนวคิดประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ประกอบด้วยจุดเปลี่ยนวิกฤต (Turning pointer crisis) หมายถึงภาวะวิกฤตในชีวิตที่ทำให้บุคคลเริ่มการฟื้นคืนสู่สภาวะ เป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญในการฟื้นคืนสู่สภาวะจากโรคซึมเศร้า และการได้รับการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Professional Support) หมายถึงการอำนวยความสะดวกให้การสนับสนุนและส่งเสริมทักษะที่จำเป็นต่อการฟื้นคืนสู่สภาวะ

ระยะที่ 2 ประกอบด้วยการกำหนดตนเอง (Determination) การสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว (Support of Friends and family) การทำงานล่วงเวลา (Work over time) และการประสบความสำเร็จ (Successes) ซึ่งทั้ง 4 หมวดหมู่ที่กล่าวมาข้างต้นไม่มีลำดับการเกิดขึ้นที่เฉพาะว่าหมวดหมู่ไหนเกิดก่อนและหลัง และระยะที่ 2 เป็นระยะที่มีการเคลื่อนไหวแบบไดนามิกระหว่างหมวดหมู่

ระยะที่ 3 ประกอบด้วยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และการดำรงความสมดุล (maintaining balance) ซึ่งกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพจะต้องเริ่มต้นที่ระยะที่ 1 แล้วไประยะที่ 2 และระยะที่ 3 และอาจเกิดขึ้นในเวลาใกล้เคียงกันหรือคาบเกี่ยวกันของระยะต่างๆ แต่ระยะระยะมีการเคลื่อนไหว ตลอดเวลา ซึ่งทุกระยะของกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีความเชื่อมโยงกับ ต่อมาในปี 1996 Peden ได้ติดตามกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยและพัฒนากระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีการฟื้นคืนสู่สุขภาพอย่างสมบูรณ์ (Full recovery) ซึ่งกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพยังประกอบด้วย 3 ระยะเหมือนเดิม และได้เพิ่มกิจกรรมการพยาบาลอันได้แก่ Education and information, Support group, Cognitive techniques เพื่อให้เกิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพอย่างเต็มที่ (Full recovery) (Peden, 1996)

**3.3.7 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพื่อการคืนสู่สุขภาพ** โรงพยาบาลศรีธัญญา (2559) พัฒนารูปแบบการให้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชตามกรอบแนวคิดการคืนสู่สุขภาพ (Recovery orientation) คือ การบูรณาการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชกับการรักษา ให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับการตัดสินใจของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) แผนทางคลินิก (Clinical recovery) โดยบุคลากรทางสุขภาพจิต ลดอาการ คงสภาพทางสังคม หรืออีกนัยหนึ่งให้กลับคืนสู่สภาพปกติ

2) แผนส่วนบุคคล (Personal recovery) ขบวนการเฉพาะส่วนบุคคลในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติค่านิยม ความรู้สึก จุดประสงค์ทักษะและบทบาท เน้นวิถีการดำรงชีวิตด้วยความพึงพอใจภายใต้ขีดจำกัดของความเจ็บป่วย ซึ่งแผนนี้จะรวมถึงแผนพัฒนาการคืนสู่สุขภาพด้านการปฏิบัติหน้าที่และด้านทักษะทางสังคม ดังนั้นแนวทางปฏิบัติ ของแต่ละบุคคลจะต้อง

#### **องค์ประกอบสำคัญของการคืนสู่สุขภาพ 10 ประการ**

การคืนสู่สุขภาพ เป็นการที่ผู้รับบริการสามารถควบคุมตัวเอง ทั้งอาการและอารมณ์มีความหวัง เพื่อให้ก้าวเดิน ไปข้างหน้าเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ทำให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีมีสุขภาพจิตที่ดีและมีความสุขมากขึ้น องค์ประกอบสำคัญของหลักการคืนสู่สุขภาพมี 10 ประการ ซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติตัวของทั้งบุคลากรและผู้รับบริการ ได้แก่

1. Self-direction มีอิสระในการตัดสินใจเลือกจุดมุ่งหมายในชีวิตและออกแบบเส้นทางเดินเพื่อให้บรรลุ จุดประสงค์เหล่านั้น
2. Individualized and person-centered มีการวางแผนเป็นรายบุคคล โดยการค้นหาความสุขภาวะของแต่ละ บุคคลขึ้นอยู่กับจุดเด่น ความต้องการ ความชอบ ประสบการณ์และพื้นฐานทางวัฒนธรรม
3. Empowerment การเสริมสร้างพลังชีวิตให้กับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถเลือกและมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจทุกอย่างที่จะมีผลต่อการดำเนินชีวิต มีความสามารถที่จะร่วมกับผู้อื่น ในการเรียกร้องตามความต้องการ และสามารถควบคุมเส้นทางชีวิตของตนเองได้
4. Holistic บริการแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ครอบคลุมทุกด้านของชีวิต เช่น การประกอบอาชีพ การศึกษา สุขภาพจิต ยาเสพติด สื่อทางสังคม และการสนับสนุนจากครอบครัว ฯลฯ
5. Nonlinear เป็นขบวนการที่มีพื้นฐานจากการเจริญเติบโตและการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง ระยะเวลาต้องตระหนักรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้แล้วจึงเริ่มดำเนินการสู่การคืนสู่สุขภาวะ
6. Strengths-based ต้องนำจุดเด่นและความสามารถของบุคคลนั้นมาใช้โดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ในลักษณะการให้การสนับสนุนและการให้ความเชื่อถือซึ่งกันและกัน
7. Peer support บุคคลที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิตมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นให้เกิดพลัง ทำให้ทุกคนมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและชุมชน
8. Respect การยอมรับ การชื่นชมและการให้เกียรติบุคคล รวมทั้งการปกป้องสิทธิส่วนบุคคล และลดการถูกกีดกันทางสังคม
9. Responsibility บุคคลจะต้องมีความรับผิดชอบเรื่องการดูแลตนเอง
10. Hope การมีความหวัง คือ จุดเริ่มต้นของการคืนสู่สุขภาวะที่บุคคลจะสามารถเอาชนะสิ่งกีดขวาง และอุปสรรคที่คุกคามอยู่

### ขั้นตอนของการคืนสู่สุขภาวะ

- โรงพยาบาลศรีธัญญาได้อธิบายขั้นตอนการคืนสู่สุขภาวะซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอนหลักดังนี้
- ขั้นตอนที่ 1 ยอมรับการเจ็บป่วย เป็นการทำความเข้าใจและยอมรับสภาพการเจ็บป่วย
  - ขั้นตอนที่ 2 สร้างความหวัง เป็นการค้นหาเป้าหมายของการดำเนินชีวิต สร้างแรงบันดาลใจที่จะมีสภาพชีวิตที่ดีขึ้น และค้นหากิจกรรมหรือบุคคลที่จะช่วยให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต
  - ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาตัวตนใหม่ เป็นการพัฒนาตัวตน (self) ให้มีความเข้มแข็ง เห็นคุณค่าของตนเองและมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยทางจิต

ขั้นตอนที่ 4 สร้างความรับผิดชอบในตนเอง เป็นการกำหนดวิถีการดำเนินชีวิตและตัดสินใจในเรื่องต่างๆด้วย ตัวเองตลอดจนกำหนดหน้าที่รับผิดชอบด้วยตัวเองที่จะดำเนินชีวิต

ขั้นตอนที่ 5 ต่อสู้อุปสรรคและปัญหา เป็นการต่อสู้เพื่อเอาชนะปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางจิตตลอดจนพิสูจน์ตนเองให้สังคมและยอมรับในฐานะบุคคลเหมือนคนอื่น ๆ

ขั้นตอนที่ 6 มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง เป็นการออกไปพบปะหรือทำกิจกรรมร่วมกับคนรอบข้างตลอดจนการติดต่อเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

### 3.4 การประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

การประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีความยากต่อการประเมินเนื่องด้วยแนวคิดของการฟื้นคืนสู่สุขภาพไม่ได้มีแนวคิดที่กำหนดไว้ชัดเจน และแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีความแตกต่างกันของแต่ละแนวคิด รวมถึงองค์ประกอบของแนวคิดและการให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไป ทำให้การใช้แบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพจึงมีอุปสรรคในการประเมิน จากการทบทวนวรรณกรรมเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพของ Philip Burgess et al. (2010) พบเครื่องมือที่ใช้ในการวัดการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่มีความเหมาะสมตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด โดยแบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพส่วนบุคคล 4 รายการ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินบริการการฟื้นคืนสู่สุขภาพสำหรับบุคลากร 4 รายการ ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอเฉพาะแบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพส่วนบุคคลเนื่องด้วยแนวคิดที่ผู้วิจัยนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพส่วนบุคคล โดยมีแบบประเมินดังนี้

1. Recovery Assessment Scale (RAS) พัฒนาขึ้นโดย Giffort et al. (1995) ต้นฉบับของแบบประเมินมีทั้งหมด 41 ข้อคำถาม มีระดับการให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ประกอบด้วย 5 โดเมน 1. ความเชื่อมั่นส่วนบุคคลและความหวัง (Personal confidence and hope) 2. ความสนใจในการขอความช่วยเหลือ (Willingness to ask for help) 3. การวางเป้าหมายและความสำเร็จ (Goal and success orientation) 4. การพึ่งพาบุคคลอื่น (Reliance on others) 5. ปราศจากการครอบงำของอาการ (No domination by symptoms) มีความสอดคล้องภายในในระดับที่ดี ( $\alpha = 0.93$ ) สามารถวัดได้ตรงกับสภาพที่เป็นจริงในระดับที่ดี (Concurrent Validity) และมีความน่าเชื่อถือในการทดสอบซ้ำที่ดี ( $r = 0.88$ ) (Corrigan et al., 1999) ต่อมาในปี ค.ศ. 2005 Hancock และผู้ช่วยทางจิตจำนวนมากกว่า 250 คน เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจิต 50 คน และองค์กรเอกชน 3 องค์กรได้นำแบบประเมิน Recovery Assessment Scale (RAS) มาพัฒนาให้มีความเหมาะสมในการวัดระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพส่วนบุคคลด้วยตัวบุคคลเองมากกว่าการประเมินโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ พัฒนาขึ้นเป็นแบบประเมิน Recovery Assessment Scale – Domains and Stages (RAS-DS)

(Hancock et al., 2016) ที่ประกอบด้วย 38 ข้อคำถาม มีระดับการให้คะแนน 4 ลำดับ ประกอบด้วย 4 โดเมนได้แก่ กำลังทำสิ่งที่ฉันให้คุณค่า (Doing Things I Value) กำลังมองไปข้างหน้า (Looking Forward) กำลังเป็นนายจัดการเจ็บป่วยของฉัน (Mastering My Illness) และกำลังติดต่อและสร้างสัมพันธ์กัน (Connecting and Belonging) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย (ศุภลักษณ์ เข็มทอง, 2559) ซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม 38 ข้อ มีองค์ประกอบของการฟื้นคืนสู่สุขภาพ 4 ด้าน ดังนี้ องค์ประกอบ 1) การฟื้นคืนสู่สุขภาพด้านกายใจ ข้อ 1-6 2) การฟื้นคืนสู่สุขภาพด้านบุคคล ข้อ 7-24 3) การฟื้นคืนสู่สุขภาพด้านคลินิก ข้อ 25-31 4) การฟื้นคืนสู่สุขภาพด้านสังคม ข้อ 32-38 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-4 คะแนน แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีคะแนนตั้งแต่ 38-152 คะแนน โดยผู้ประเมินรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน 38 –75 คะแนน หมายถึง การฟื้นคืนสู่สุขภาพไม่ดี คะแนน 76 –114 คะแนน หมายถึง การฟื้นคืนสู่สุขภาพปานกลาง คะแนน 114 –152 คะแนน หมายถึง การฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดี มีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ .94 และทำการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีความเที่ยงเท่ากับ .93 (ดรัณ พงศธร สุกุล และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2563)

2. Illness Management and Recovery (IMR) Scales พัฒนาขึ้นโดย Mueser และคณะ ในปีค.ศ. 2004 เพื่อวัดผล Illness Management and Recovery Program ซึ่ง IMR Program เป็นแนวทางปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ออกแบบมาเพื่อช่วยให้บุคคลที่มีความบกพร่องทางจิตสามารถจัดการความเจ็บป่วยทางจิตและสามารถก้าวไปสู่เป้าหมายทางสุขภาพ โดยยึดแบบจำลองความเปราะบางจากความเครียดของการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง (The stress vulnerability model) แบบประเมิน IMR Scales มี 2 version 1. Client version และ 2. Clinician version ทั้งสอง version มี 15 ข้อคำถามซึ่งแต่ละข้อคำถามมีการจัดอันดับคะแนน 5 ระดับ ซึ่งแบบประเมิน IMR Scales ทั้งสอง version มีความสอดคล้องภายในระดับดี ( $\alpha = 0.68-0.72$  และ  $0.71-0.80$ ) ตามลำดับ (Mueser et al., 2005)

3. Stages of Recovery Instrument (STORI) พัฒนาขึ้นโดย Andresen et al. (2006) เพื่อใช้วัดระยะการฟื้นคืนสู่สุขภาพตามแนวคิด five stages of recovery แบบประเมิน STORI ประกอบด้วย 50 ข้อคำถาม มีระดับการให้คะแนน 6 ระดับ 0 = Not true at all now to 5 = Completely true now โดยมีระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพทั้ง 5 ระดับ Moratorium, Awareness, Preparation, Rebuilding และ Growth ตามลำดับ แบบประเมิน STORI มีความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) ในระดับปานกลางถึงดี และมีความสอดคล้องภายในระดับดี (good internal consistency) ( $\alpha = 0.88-0.94$ )

4. Recovery Process Inventory (RPI) พัฒนาขึ้นในปีค.ศ. 2006 เพื่อใช้ในการวัดการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้รับบริการทางการสุขภาพจิต ประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม มีระดับการให้คะแนน 5 ระดับ 1 = being I strongly disagree และ 5 = being I strongly agree ซึ่งข้อคำถามพัฒนาขึ้นจาก 10 องค์ประกอบของการฟื้นคืนสู่สุขภาพอันประกอบด้วย (Hope, Empowerment/Self-control, Self-esteem, Self-management, Social Relations, Family Relations, Housing, Employment, Stigma, and Spirituality) แบบประเมิน RPI มีความสอดคล้องภายในระดับดี ( $\alpha = .71-.81$ ) มีความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) ในระดับดี และมีค่าความเที่ยงหรือความน่าเชื่อถือของแบบประเมินด้วยวิธีทดสอบซ้ำ Test-retest reliability ในระดับปานกลาง ( $r = .36 - .63$ ) (Jerrell et al., 2006)

### 3.5 บทบาทพยาบาลในการฟื้นคืนสู่สุขภาพจากโรคซึมเศร้า

เป้าหมายสำคัญของการพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้สูงอายุปลอดภัยและมีความสุขสบาย โดยการประคับประคองและกระตุ้นให้สูงอายุได้ทำสิ่งใหม่ๆ เช่น รูปแบบการดำเนินชีวิต การได้มีปฏิสัมพันธ์ที่มีความหมายและมีเป้าหมายชีวิต มีความหวังในการดำเนินชีวิต ส่งเสริมคุณค่าในผู้สูงอายุ (สาวิตรี สิงหาต, 2559) ซึ่งการเสริมสร้างความหวังเป็นหัวใจสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ที่สำคัญเรื่องการฟื้นคืนสู่สุขภาพไม่ใช่เรื่องใหม่ เพียงแต่นำมากล่าวถึงในแง่มุมใหม่ที่ทำให้ความสำคัญของการฟื้นคืนสู่สุขภาพทางสังคมจิตใจมากกว่าการฟื้นคืนสู่สุขภาพทางการแพทย์ ดังนั้นจึงเป็นงานท้าทายสำคัญของพยาบาลจิตเวชไทยในการเรียนรู้ ทำความเข้าใจ และนำแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพมาใช้ในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (ปติดา ภาณุพิศุทธิ์ และคณะ, 2559) โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการทำงานที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุโดยเริ่มตั้งแต่การประเมินข้อมูลของผู้ป่วยว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยอะไร ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามักน้อยเพียงใด จะต้องวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างไรเพื่อให้

ผู้ป่วยสูงอายุสามารถฟื้นคืนสู่สภาวะจากโรคซึมเศร้า หรือขณะนี้ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระยะใดของกระบวนการฟื้นคืนสู่สภาวะ ในแต่ละระยะของกระบวนการฟื้นคืนสู่สภาวะพยาบาลจะต้องวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ และเมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุแล้วผลลัพธ์เป็นอย่างไร ต้องปรับปรุงแก้ไขการพยาบาลอย่างไรบ้าง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถฟื้นคืนสู่สภาวะจากอาการซึมเศร้าได้ การที่พยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ว่ามีการดำเนินของโรคอย่างไร สาเหตุของการเกิดโรค การบำบัดรักษา และโอกาสในการหาย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า พร้อมทั้งจะรับการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุ เกิดความรับผิดชอบต่อตนเอง ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา ผู้ป่วยสูงอายุจะได้รู้สึกถึงศักยภาพในความสามารถในการกำกับตนเอง ทำให้เกิดการรักษาที่ต่อเนื่อง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ศรัทธาและเชื่อมั่น กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ตัวผู้ป่วยเองแล้ว พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องด้วยครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการฟื้นหายจากอาการซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าแก่ครอบครัว เมื่อครอบครัวมีความรู้ มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยสูงอายุจะส่งผลให้ครอบครัวมีการปฏิบัติ ดูแลเอาใจใส่ สนับสนุนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น รวมถึงการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตกับผู้ป่วยสูงอายุ และครอบครัว และอีกบทบาทที่สำคัญคือการประสานงานและให้ความร่วมมือกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการฟื้นคืนสู่สภาวะจากโรคซึมเศร้าได้นั้นตัวผู้ป่วยสูงอายุเองเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด เพราะว่าหากผู้ป่วยสูงอายุยังคงรู้สึกมีอาการซึมเศร้า จมอยู่กับตัวเอง มีความคิดซ้ำ ๆ อยู่ตลอดเวลา ไม่พยายามที่จะลุกขึ้นมาเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมตัวเอง ถึงแม้จะมีการรักษาแต่ไหนก็ไม่สามารถที่จะทำให้เกิดการหายจากโรคซึมเศร้าได้ (นันทศักดิ์ ชนะพันธ์, 2556)




#### 4. การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จากแนวคิดแผนปฏิบัติการการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002) ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความหวัง ความรับผิดชอบส่วนบุคคล การศึกษา การสนับสนุนตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 6 กิจกรรมดำเนินการเป็นรายกลุ่มใช้เวลา 3 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลานานครั้งละ 60-90 นาที จากการพัฒนาทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงพัฒนากิจกรรมให้สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว และประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนเพื่อลดอาการซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังแสดงในตารางที่ 3


ตารางที่ 3 แสดงการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

แนวคิดแผนปฏิบัติการการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) Copeland (2002)	คำอธิบายรายละเอียดแนวคิด	การบูรณาการแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม
องค์ประกอบ ที่ 1 : ความหวัง (Hope)	ความหวังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ เมื่อบุคคลมีความหวังจะช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตตามความฝันและเป้าหมายได้สำเร็จ และส่งผลให้บุคคลมีชีวิตที่มีความสุขและสามารถฟื้นคืนสู่สุขภาพ	<b>กิจกรรมที่ 1 ค้นหาและสร้างความหวังในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ</b> กิจกรรมที่สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรม และเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความหวังในการดำเนินชีวิต การมีความหวังจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

แนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) Copeland (2002)	คำอธิบายรายละเอียดแนวคิด	การบูรณาการแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม
		<p>มีเป้าหมายในการต่อสู้กับโรคและอาการซึมเศร้า โดยผู้วิจัยแจกใบงานที่ 1.1 และให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเขียนหรือเล่าเกี่ยวกับความหวังเดิม ความหวังในปัจจุบัน และความหวังในอนาคต ในทุกมิติของชีวิตตนเอง และให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าวิเคราะห์ถึงความยากง่ายที่จะทำให้ความหวังเหล่านั้นสำเร็จ ให้เลือกจะทำให้ความหวังในเรื่องใดสำเร็จเป็นอันดับแรก เน้นที่ความหวังในระยะสั้น และสามารถและเป็นไปได้ เขียนบันทึกลงในใบงานที่ 1.1 และค้นหาวิธีการที่จะทำให้ความหวังที่ตั้งไว้ประสบความสำเร็จ สร้างแรงจูงใจให้กับตนเองเพื่อให้เกิดการกระทำอย่างต่อเนื่อง (อรณลิน สิงขรณ์ และภาวดี เหมทานนท์, 2564) รวมถึงให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มค้นหาอุปสรรคหรือปัญหาที่จะทำให้ความหวังที่ตนตั้งไว้ไม่ประสบความสำเร็จ และช่วยกันค้นหาวิธีที่จะรับมือกับอุปสรรคเหล่านั้น รวมถึงวิธีการเผชิญกับความคิดที่เป็นอุปสรรคต่อความหวังของตนเองเขียนบันทึกลงในใบงานที่ 1.2 (Copeland, 2018; Kirmani et al., 2015)</p>

แนวคิดแผนปฏิบัติ การฟื้นคืนสู่สุขภาพ ภาวะ (wellness recovery action plan : WRAP) Copeland (2002)	คำอธิบายรายละเอียด แนวคิด	การบูรณาการแนวคิดในการพัฒนา โปรแกรม
องค์ประกอบที่ 3 : การศึกษา (Education)	<p>การศึกษาตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ คือ กระบวนการค้นหาตนเอง การค้นหาตนเองสามารถช่วยให้บุคคลมีความสมดุล เข้าใจตัวตนที่แท้จริงของตนเอง การเรียนรู้ทุกอย่างเกี่ยวกับตนเองจะช่วยให้คุณตัดสินใจได้ดีในทุกด้านของชีวิต เป็นพลังแก่บุคคลในการตอบสนองต่อความท้าทายของชีวิต และเข้าใจสภาพความเป็นจริงของการเจ็บป่วย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วย เหตุผลของการรักษา ส่งผลให้บุคคลยอมรับการเจ็บป่วยของตน</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 2 แผนดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ</b></p> <p>กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์และความเข้าใจของตนเอง มีหัวข้อในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ “ โรคซึมเศร้าในความคิดของทุกท่านหมายถึง และมีอาการอย่างไร เกิดจากสาเหตุอะไรบ้าง และทุกท่านมีวิธีการดูแลตนเองที่ผ่านมาอย่างไร ” ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า โดยแจกใบความรู้ที่ 1 ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและอาการแสดง แนวทางการบำบัดรักษาและคำแนะนำในการรับประทานยา ผู้วิจัยให้ความรู้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ โดยผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 2 ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ รวมถึงให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสร้างแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองลงในใบงานที่ 2 เพื่อที่จะเป็นกรอบและแนวทางปฏิบัติเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดี (Copeland, 2002, 2015, 2018)</p>

แนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) Copeland (2002)	คำอธิบายรายละเอียดแนวคิด	การบูรณาการแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม
องค์ประกอบที่ 4 : การสนับสนุนตนเอง (Self-Advocacy)	การสนับสนุนตนเองตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ หมายถึงการปฏิบัติเพื่อให้ได้สิ่งที่บุคคลต้องการด้วยความกล้าหาญ ความพากเพียร และความมุ่งมั่น เมื่อบุคคลสนับสนุนตนเอง แสดงว่าบุคคลแสดงความต้องการและร้องขอด้วยความเคารพชัดเจน ดังนั้นบุคคลจึงเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะแสดงความต้องการของตนเองต่อบุคคลอื่นอย่างไร และเมื่อใดที่ตนต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น	<p><b>กิจกรรมที่ 3 แผนรับมือตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน</b> กิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าฝึกรตัดสินใจอย่างเป็นระบบในการจัดการตนเองเมื่อมีสัญญาณเตือนเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าผ่านใบความรู้ที่ 3 และผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาสัญญาณเตือนของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในตนเองจากการทบทวนจากประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและสร้างแผนการตอบสนองของตนเองเมื่อมีสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นจากประสบการณ์เดิมของตนหรือจากการบอกเล่าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าท่านอื่นบันทึกลงในใบงานที่ 3.1 และ 3.2 (Copeland, 2002, 2015, 2018)</p> <p><b>กิจกรรมที่ 4 แผนรับมือภาวะวิกฤติ</b> กิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าวางแผนเพื่อตอบสนองต่อภาวะวิกฤติการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นและให้แนวทางปฏิบัติสำหรับตนเองและผู้อื่นในการช่วยเหลือจากภาวะวิกฤติ โดยที่ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับภาวะวิกฤติอาการซึมเศร้า และให้ความรู้</p>

แนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) Copeland (2002)	คำอธิบายรายละเอียดแนวคิด	การบูรณาการแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม
		<p>เกี่ยวกับภาวะวิกฤติอาการซึมเศร้า ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามุ่งหาลักษณะของภาวะวิกฤติของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในตนเอง โดยทบทวนจากประสบการณ์เดิมของตนและสร้างแผนการรับมือภาวะวิกฤติในใบงานที่ 4 โดยมีรายละเอียดที่เกี่ยวกับ จัดทำรายชื่อ บทบาทหน้าที่ และสถานที่ติดต่อของบุคคลที่ตนต้องการให้ช่วยเหลือ สถานที่บำบัดที่พึงประสงค์ที่จะเข้ารับการรักษาหากเกิดภาวะวิกฤติ ยารักษาโรคของตน การบำบัดรักษาที่ตนพึงประสงค์ (Copeland, 2002, 2015, 2018)</p>
องค์ประกอบ ที่ 5 : การสนับสนุนทางสังคม (social support)	<p>การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพหมายถึงการได้รับสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ชุมชน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากต่อบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช บุคคลจะรู้สึกดีขึ้นก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ วงจรของการสนับสนุนช่วยให้</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 5 แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ</b> กิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามุ่งหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่แหล่งสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร จะส่งผลให้เกิดความมั่นใจทางสภาพจิตใจ เกิดความพึงพอใจและมีความหวังในการดำเนินชีวิต โดยผู้วิจัยแจกใบงานที่ 5.1 พร้อมอุปกรณ์วาดภาพ โดยให้วาดรูปที่เกี่ยวข้องกับบ้านสมาชิกในครอบครัวอย่างอิสระและตั้งชื่อบ้าน เมื่อวาดเสร็จผู้วิจัยกระตุ้นถามถึงสิ่งที่ได้จากการ</p>

แนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) Copeland (2002)	คำอธิบายรายละเอียดแนวคิด	การบูรณาการแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม
	<p>ชีวิตของบุคคลดีขึ้น และมีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ให้การสนับสนุน หากรับฟังความต้องการของบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชด้วยความเข้าใจ</p>	<p>สร้างบ้านหรือครอบครัวร่วมกัน ตามถึงสิ่งที่เห็นในภาพที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสร้างขึ้น ตามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อช่วยกันสร้างบ้านสำเร็จ ตัวอย่างคำถาม เช่น “รู้สึกอย่างไรกับบรรยากาศภายในบ้านที่ได้วาด” “อยากให้บ้านที่ร่วมกันสร้างเป็นอย่างไร” “ท่านอยากให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในบ้านและท่านเป็นอย่างไร” และผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรมและการนำไปใช้เช่น การยอมรับความคิดของผู้อื่น การยอมรับซึ่งกันและกัน เพื่อการอยู่ร่วมกันที่ดีต่อมุมมองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าด้านจิตวิญญาณ (อรพิน พรรคโยภณ, 2561) และผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยยกสถานการณ์ตัวอย่างเกี่ยวปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นคืนสู่สุขภาพแล้วให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มได้ค้นหาแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยเหลือ บันทึกลงในใบงานที่ 5.2 เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซักถามและแจกใบความรู้ที่ 5 รวมถึงให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชนของตน (ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558)</p>

แนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) Copeland (2002)	คำอธิบายรายละเอียดแนวคิด	การบูรณาการแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม
องค์ประกอบที่ 2 : ความรับผิดชอบส่วนบุคคล (Personal Responsibility)	ความรับผิดชอบส่วนบุคคลตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ หมายถึง การบุคคลสามารถที่จะรับผิดชอบต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนเอง ความรับผิดชอบของบุคคลยังหมายถึงความตั้งใจในการรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง การพึ่งพาตนเองในการทำอะไรต่าง ๆ ยึดมั่นในคำสัญญาต่อตนเอง และเป็นผู้จัดการตนเองในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ การที่บุคคลมีความรับผิดชอบต่อตนเองจะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีในระดับที่สูง มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตของตน	<b>กิจกรรมที่ 6 ความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ</b> กิจกรรมที่เน้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับผิดชอบต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพและรู้สิทธิของตนเอง ให้ความรู้เรื่อง สิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุขั้นพื้นฐาน (ประสานบุญโสภาคย์ และคณะ, 2564) ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มรับผิดชอบที่จะปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพโดยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแต่ละท่านทำกิจกรรมในใบงานที่ 6.1 รวมถึงให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยชินที่จะส่งผลทำให้ตนเองไม่ปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพบันทึกลงในใบงานที่ 6.2 และให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าตระหนักถึงการพัฒนาแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนหลังจากภาวะวิกฤตเกิดขึ้นอยู่เสมอเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดีของตน (Copeland, 2015, 2018; นิภา ยิ้มเฟื่อง และภาจิต บุตรสุวรรณ, 2558)

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภานุมาศ จิตสงบ (2560) ศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งเพศหญิงและชาย วัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและมีการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า จำนวน 13 รายผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกได้ให้ความหมายของประสบการณ์การฟื้นฟู คือ การกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม ส่วนประสบการณ์การฟื้นฟูแบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ยอมรับและเข้าใจว่าป่วย 2) ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 3) กำลังใจเป็นสิ่งมีค่าและสำคัญ และ 4) กลับมาทำบทบาทและหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตได้ตามปกติ

ฐานิยา สุทะปา และคณะ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 36 คน ใช้เวลา ทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประกอบด้วยสัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดประคับประคองรายกลุ่ม และสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว โดยครอบคลุมการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง แหล่งทักษะภายในตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม การป้องกัน/ลดการดื่มสุรา และความร่วมมือในการรับประทานยาผลการวิจัย พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูมีค่าผลต่างของการฟื้นฟูหลังการทดลอง (mean = 97.17, SD = 11.48) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (mean = 75.94, SD = 15.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $p < .01$

Cook et al. (2012) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่ออาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และการฟื้นคืนสู่สภาวะของบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชตามแนวคิดของCopeland (2002) มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 519 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 251 คน และกลุ่มควบคุม 268 คน ดำเนินการทดลองทั้งหมด 8 สัปดาห์ ติดตามประเมินผล 2 และ 8 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวลลดลงและระดับคะแนนการฟื้นคืนสู่สภาวะเพิ่มขึ้น

Mak et al. (2022) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะฉบับย่อต่ออาการ ซึมเศร้า อาการวิตกกังวล การเสริมสร้างพลังอำนาจ ความหวัง และการฟื้นคืนสู่สภาวะของบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในประเทศฮ่องกงตามแนวคิดของ Copeland (2002) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 182 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 86 คน กลุ่มควบคุม 96 คน ดำเนินการทดลองทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง วัดผลการทดลองทันทีหลังจากสิ้นสุด



กิจกรรม และติดตามประเมินผลอีก 3 เดือน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวลลดลง การเสริมสร้างพลังอำนาจ ความหวังและมีคะแนนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของบุคคลเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้นพบว่าโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพสามารถลดอาการซึมเศร้า และช่วยส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพะในบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ถึงแม้จะมีการศึกษาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพะในต่างประเทศ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพะที่นำไปจัดกระทำต่อปัจจัยปกป้องเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ (wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพะผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพื่อลดอาการซึมเศร้าโดยจัดกระทำกับปัจจัยปกป้องซึ่งเป็นปัจจัยที่ลดอิทธิพลและความรุนแรงของปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอันส่งต่อการลดลงของอาการซึมเศร้า ซึ่งแสดงในภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

## 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland, (2002) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม

**กิจกรรมที่ 1 ค้นหาและสร้างความหวังในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสร้างสัมพันธ์ภาพให้เกิดความไว้วางใจระหว่างพยาบาล ร่วมกับให้ค้นหาและสร้างความหวังในการดำเนินชีวิต ค้นหาวิธีที่จะทำให้ความหวังสำเร็จ รวมถึงค้นหาอุปสรรคที่จะทำให้ความหวังที่ตั้งไว้ไม่สำเร็จและสร้างแผนรับมืออุปสรรคต่อความหวังของตน

**กิจกรรมที่ 2 แผนดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์และความเข้าใจของตนเอง รวมถึงมีแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเพื่อเป็นแนวทางเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดี

**กิจกรรมที่ 3 แผนรับมือตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน** เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ค้นหาตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้า สร้างแผนการตอบสนองของตนเองเมื่อเกิดสัญญาณเตือนเพื่อใช้ในการกำกับดูแลตนเองเมื่อมีสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น

**กิจกรรมที่ 4 แผนรับมือภาวะวิกฤต** เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าวางแผนเพื่อตอบสนองต่อภาวะวิกฤตการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นและให้แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้อื่นในการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต

**กิจกรรมที่ 5 แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ค้นหาแหล่งสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร เมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีแหล่งสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร จะส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางสภาพจิตใจ เกิดความพึงพอใจ และมีความหวังในการดำเนินชีวิต

**กิจกรรมที่ 6 ความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** เป็นกิจกรรมที่เน้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับผิดชอบต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพและรู้สิทธิของตนเอง โดยกำกับและรับผิดชอบต่อตนเอง ให้ปฏิบัติตามแผนฟื้นคืนสู่สุขภาพ และตระหนักถึงการพัฒนาแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนหลังจากภาวะวิกฤตเกิดขึ้นอยู่เสมอเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดีของตน

อาการซึมเศร้า  
(Beck et al,  
1996)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และเพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

#### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้า

การออกแบบการวิจัย ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยโดยใช้แบบแผนการทดลอง ดังนี้

O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	กลุ่มทดลอง
O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>	กลุ่มควบคุม

โดยกำหนดให้

O<sub>1</sub> หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

O<sub>2</sub> หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

X หมายถึง โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

O<sub>3</sub> หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O<sub>4</sub> หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) และเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ในจังหวัดสมุทรสงคราม

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) และเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนภลัย และโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 23 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางโดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย (The Beck Depression Inventory-Second Edition Thai Version; BDI-II Thai Version) (Beck et al., 1996a) แปลและพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยศรารุชราชมณี และคณะ (2561) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 14 – 28 คะแนน
2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แปลและพัฒนาขึ้นโดย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) มีคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป
3. สื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและทางจิตจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้

## การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลองอย่างน้อยควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่าง 30 คนขึ้นไปเพื่อให้ข้อมูลเกิดการกระจายตัวเป็นโค้งปกติสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด (Grove et al., 2012) ด้วยวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักการ Power Analysis ซึ่งใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power 3.1.9.7 ในการคำนวณโดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.79 จากผลการศึกษาวิจัยเรื่อง A Randomized Controlled Trial of Effects of Wellness Recovery Action Planning on Depression, Anxiety, and Recovery (Cook et al., 2012) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดค่าอำนาจทดสอบที่ .80 ผลการ

คำนวณพบว่าได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 23 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion Criteria) และผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการทดลองโดยการจับคู่ (Matched Pair) เพศ (มูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า (โชติมันต์ ชินวรารักษ์ และพิรพนธ์ ลีบุญธรวัชชัย, 2559) เนื่องด้วยปัจจัยด้านเพศ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เมื่อทำการจับคู่ได้ครบ 23 คู่ ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากทีละคู่เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบทั้ง 23 คู่ ผลจากการดำเนินการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง Drop out จำนวน 4 คน เนื่องจากไม่สามารถเดินทางมาเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกกิจกรรมตามที่ผู้วิจัยได้กำหนด ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 42 คน เป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน

### ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานกับพยาบาลจิตเวชประจำคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย และโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อขออนุญาตสำรวจข้อมูลรายชื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด
2. เมื่อได้รายชื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด โดยมีรายละเอียดดังนี้ เป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) และเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย และโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม มีอาการซึมเศร้ารระดับน้อยถึงปานกลางโดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย (The Beck Depression Inventory-Second Edition Thai Version; BDI-II Thai Version) (Beck et al., 1996a) แปลและพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยศราวุธ ราชมณี และคณะ (2561) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับไทย แปลและพัฒนาขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์

ผู้สูงอายุ (2542) และยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้

3. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) และเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย และโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด และผู้วิจัยทำการคัดเลือกโรงพยาบาลที่จะทำการวิจัย โดยการจับสลากเพื่อสุ่มโรงพยาบาลที่จะใช้ในการทดลอง ผลการจับสลากได้โรงพยาบาลนภาลัยเป็นกลุ่มทดลอง โรงพยาบาลอัมพวาเป็นกลุ่มควบคุม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกันมากที่สุด และเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการทดลองผู้วิจัยจึงทำการจับคู่ (Matched Pair) ด้วยเพศ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้ขอความเห็นชอบการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยเรื่องนี้โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม และได้ผ่านการรับรองเลขที่โครงการวิจัย COA No. ๒๐/๒๕๖๖ วันที่รับรอง 25 กรกฎาคม 2566 วันที่หมดอายุ 24 กรกฎาคม 2567 โดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์พร้อมทั้งเครื่องมือทุกชุดที่ใช้ในการวิจัย นำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองพร้อมสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายถึงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือ ทั้งนี้ได้ชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลจากการวิจัยได้รับการปกปิดเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย รวมทั้งหากมีข้อสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย** คือโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Wellness Recovery Action Plan : WRAP) ของ Copeland (2002) ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความหวัง ความรับผิดชอบส่วนบุคคล การศึกษา การสนับสนุนตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยมีขั้นตอนในการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เกี่ยวกับแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Wellness Recovery Action Plan : WRAP) ของ Copeland (2002) แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery) และแนวคิดที่เกี่ยวกับการลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โปรแกรมการบำบัดเกี่ยวกับการลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2. เข้าร่วมอบรมการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ WHO: Recovery and Right to Health ในช่วงระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน 2565 – 1 กรกฎาคม 2565 โดยรายละเอียดภายในการประชุมมีการกล่าวบรรยายหัวข้อการคืนสู่สุขภาพ (Recovery) การนำหลักการด้านการคืนสู่สุขภาพเข้าสู่การปฏิบัติ และมีกิจกรรมการแบ่งกลุ่มทบทวนหัวข้อการส่งเสริมให้เกิดการคืนสู่สุขภาพและบทบาทของนักวิชาชีพในการส่งเสริมให้เกิดสุขภาพในระบบบริการด้านสุขภาพจิต

3. พัฒนาโครงร่างเนื้อหาในโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยนำแนวคิดและโปรแกรมต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาร่วมกับปัญหาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและการจัดการกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยทุกขั้นตอนของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ได้วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

4. พัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้พัฒนาเป็นโปรแกรมที่ประกอบด้วย 6 กิจกรรมดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลา 3 สัปดาห์ แต่ละสัปดาห์ประกอบด้วย 2 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลานานครั้งละ 60-90 นาที โดยมีรายละเอียดในแต่ละกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 ค้นหาและสร้างความหวังในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** เป็นกิจกรรมที่สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรม และเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาและสร้างความหวังในการดำเนินชีวิต การมีความหวังจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง มีเป้าหมายในการต่อสู้กับโรคและอาการซึมเศร้า โดยผู้วิจัยแจกใบงานที่ 1.1 และให้สมาชิกเขียนหรือเล่าเกี่ยวกับความหวังเดิม ความหวังในปัจจุบัน และความหวังในอนาคต ในทุกมิติของชีวิตตนเอง เช่น ความหวังในชีวิต ครอบครัว สังคม และสุขภาพ

เป็นต้น หลังจากนั้นให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ถึงความยากง่ายที่จะทำให้ความหวังเหล่านั้นสำเร็จ ให้สมาชิกเลือกว่าจะทำให้ความหวังในเรื่องใดสำเร็จเป็นอันดับแรก รวมถึงค้นหาวิธีการที่จะทำให้ความหวังที่ตนตั้งไว้ประสบความสำเร็จโดยให้สมาชิกเขียนบันทึกลงในใบงานที่ 1.1 (อรณลิน สิงขรณ์ และภาวดี เหมทานนท์, 2564) รวมถึงให้สมาชิกภายในกลุ่มค้นหาอุปสรรคหรือปัญหาที่จะทำให้ความหวังที่ตนตั้งไว้ไม่ประสบความสำเร็จ และให้สมาชิกค้นหาวิธีที่จะรับมือกับอุปสรรคเหล่านั้น รวมถึงวิธีการเผชิญกับความคิดที่เป็นอุปสรรคต่อความหวังของตนเองเขียนบันทึกลงในใบงานที่ 1.2 (Copeland, 2018; Kirmani et al., 2015)

**กิจกรรมที่ 2 แผนดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และมีการวางแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันของตน โดยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์และความเข้าใจของตนเอง ซึ่งมีหัวข้อในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ดังนี้ “ โรคซึมเศร้าในความคิดของทุกท่านหมายถึง และมีอาการอย่างไร เกิดจากสาเหตุอะไรบ้าง และท่านมีวิธีการดูแลตนเองที่ผ่านมาอย่างไร ” ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยแจกใบความรู้ที่ 1 ให้สมาชิกภายในกลุ่มซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและอาการแสดง แนวทางการบำบัดรักษาและคำแนะนำในการรับประทานยา (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563) ร่วมให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ โดยผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 2 ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ และให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสร้างแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของตน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันและเป็นกรอบแนวทางปฏิบัติเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดีลงในใบงานที่ 2 (Copeland, 2002, 2015, 2018)

**กิจกรรมที่ 3 แผนรับมือตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน** เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาตัวกระตุ้น และสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้า โดยแจกใบความรู้ที่ 3 ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับตัวกระตุ้น และสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้า รวมถึงให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าฝึกการตัดสินใจอย่างเป็นระบบในการจัดการตนเองเมื่อมีตัวกระตุ้นเข้ามากระทบและมีสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาตัวกระตุ้นที่ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าและสร้างแผนรับมือการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นบันทึกลงในใบงานที่ 3.1 รวมถึงค้นหาสัญญาณเตือนของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในตนเองจากการทบทวนจากประสบการณ์เดิมของสมาชิก และสร้างแผนการตอบสนองของตนเองเมื่อมีสัญญาณอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นและให้สมาชิกสร้างแผนการตอบสนองจากประสบการณ์เดิมของตนหรือจากการบอกเล่าของสมาชิกท่านอื่นบันทึกลงในใบงานที่ 3.2 (Copeland, 2002, 2015, 2018)



**กิจกรรมที่ 4 แผนรับมือภาวะวิกฤต** เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าวางแผนเพื่อตอบสนองต่อภาวะวิกฤตการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นและให้แนวทางปฏิบัติสำหรับตนเองและผู้อื่นในการช่วยเหลือจากภาวะวิกฤต โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะวิกฤตคือการซึมเศร้าผ่านใบความรู้ที่ 4 รวมถึงให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาลักษณะของภาวะวิกฤตของการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในตนเองจากการทบทวนจากประสบการณ์เดิมของสมาชิกในใบงานที่ 4 ส่วนที่ 1 และให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสร้างแผนการรับมือภาวะวิกฤตในใบงานที่ 4 ส่วนที่ 2 ซึ่งมีรายละเอียดที่เกี่ยวกับ จัดทำรายชื่อ บทบาทหน้าที่ และสถานที่ติดต่อของบุคคลที่ตนต้องการให้ช่วยเหลือ สถานที่บำบัดที่พึงประสงค์ที่จะเข้ารับการรักษาหากเกิดภาวะวิกฤต ยารักษาโรคของตน การบำบัดรักษาที่ตนพึงประสงค์ในระหว่างบำบัดรักษา(Copeland, 2002, 2015, 2018)

**กิจกรรมที่ 5 แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีแหล่งสนับสนุนและแหล่งทรัพยากรจะส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางสภาพจิตใจ เกิดความพึงพอใจและมีความหวังในการดำเนินชีวิต โดยผู้วิจัยแจกใบงานที่ 5.1 พร้อมอุปกรณ์วาดภาพ โดยให้วาดรูปที่เกี่ยวข้องกับบ้านอย่างอิสระและตั้งชื่อบ้าน เมื่อวาดเสร็จผู้วิจัยกระตุ้นถามถึงสิ่งที่ได้จากการสร้างบ้านหรือครอบครัวร่วมกัน ถามถึงสิ่งที่เห็นในภาพที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสร้างขึ้น ถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อช่วยกันสร้างบ้านสำเร็จ ตัวอย่างคำถามเช่น “รู้สึกอย่างไรกับบรรยากาศภายในบ้านที่ได้วาด” “อยากให้บ้านที่ร่วมกันสร้างเป็นอย่างไร” “ท่านอยากให้สมาชิกในบ้านและท่านเป็นอย่างไร” และผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรมและการนำไปใช้เช่น การยอมรับความคิดของผู้อื่น การยอมรับซึ่งกันและกัน เพื่อการอยู่ร่วมกันที่ดีต่อมุมมองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าด้านจิตวิญญาณ (อรพิน พรรคโยภณ, 2561) และผู้วิจัยให้สมาชิกภายในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยยกสถานการณ์ตัวอย่างเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นคืนสู่สุขภาพแล้วให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มได้ค้นหาแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยเหลือ บันทึกลงในใบงานที่ 5.2 และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซักถามและแจกใบความรู้ที่ 5 รวมถึงให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชนของตน (ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558)

**กิจกรรมที่ 6 ความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** เป็นกิจกรรมที่เน้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับผิดชอบต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพและรู้สิทธิของตนเอง โดยผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มเกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุ และให้ความรู้เรื่องสิทธิในการฟื้นคืนสู่สุขภาพแก่สมาชิก มีรายละเอียดอันได้แก่ สิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี สิทธิที่จะได้รับคำปรึกษา และทราบข้อมูลทุกด้านเกี่ยวกับการบริการที่ตนได้รับ ผ่านใบความรู้ที่ 6 (ประสาน บุญโสภากย์ และ

คณะ, 2564) และผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มรับผิดชอบที่จะปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพโดยผู้วิจัยแจกใบงานที่ 6.1 ให้สมาชิกได้เขียนเกี่ยวกับเส้นทางการเติบโตของต้นไม้และผู้วิจัยผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแต่ละท่านเล่าถึงข้อดีหากตนเองปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ รวมถึงให้สมาชิกวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยชินที่จะส่งผลทำให้ตนเองไม่ปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพบันทึกลงในใบงานที่ 6.2 และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าตระหนักถึงการพัฒนาแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนหลังจากภาวะวิกฤตเกิดขึ้นอยู่เสมอเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดีของตนเอง (Copeland, 2015, 2018; นิภา ยิ้มเฟื่อง และภาจิต บุตรสุวรรณ, 2558)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยนำโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้พัฒนาขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสม จากนั้นนำโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ก อันประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse: APN) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความสอดคล้อง ความถูกต้องของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า รวมถึงระยะเวลาของกิจกรรม วัตถุประสงค์ของกิจกรรม สื่อและวัสดุอุปกรณ์ของกิจกรรม วิธีดำเนินการกิจกรรม เนื้อหาของกิจกรรม และข้อเสนอหรือความคิดเห็นเพิ่มเติม โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากทั้งหมด 5 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตามข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติมของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้โปรแกรมมีความชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และมีความถูกต้องของเนื้อหาที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ค้นหาและสร้างความหวังในการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ เพิ่มวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ปรับตารางการดำเนินกิจกรรมโดยเพิ่มช่องขั้นตอนการดำเนินการกลุ่ม และเพิ่มกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ และเปลี่ยนคำอธิบายมออบหมายให้สมาชิกเขียนหรือเล่าเกี่ยวกับความหวัง จากเดิมเป็น “ความหวังในการเรียน การทำงาน ครอบครัว สังคม และสุขภาพ” เปลี่ยนเป็น “ความหวังในชีวิต ครอบครัว สังคม และสุขภาพ”

กิจกรรมที่ 2 แผนดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาในการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ เพิ่มวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ปรับตารางการดำเนินกิจกรรมโดยเพิ่มช่องขั้นตอนการดำเนินการกลุ่ม เพิ่มเนื้อหาในใบความรู้ที่ 1 โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในส่วนการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า และตัดข้อความเกี่ยวกับตัวยารักษาโรคซึมเศร้าที่เป็นภาษาอังกฤษ ปรับเนื้อหาในใบความรู้ที่ 2 การฟื้นคืนสู่สุขภาพะ ให้กระชับและเป็นภาษาที่ผู้สูงอายุเข้าใจง่าย และปรับใบงานที่ 2 แผนการดำเนินชีวิตประจำวันในฟื้นคืนสู่สุขภาพะ ของฉัน โดยเพิ่มใบงานในส่วนของเป้าหมายในการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ ภาพฉันเมื่อสบายดี และเพิ่มตารางกิจกรรมสิ่งที่ฉันทำเพื่อจิตใจเบิกบาน

กิจกรรมที่ 3 แผนรับมือตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน เปลี่ยนชื่อกิจกรรมจากเดิมชื่อ “แผนรับมือสิ่งเร้าและสัญญาณเตือน” เพิ่มวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ปรับตารางการดำเนินกิจกรรมโดยเพิ่มช่องขั้นตอนการดำเนินการกลุ่ม ปรับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมจากเดิม 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาสิ่งเร้าที่ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าและสร้างแผนรับมือการตอบสนองต่อสิ่งเร้า-แรงกระตุ้น 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาสัญญาณเตือนของอาการซึมเศร้าและสร้างแผนการตอบสนอง เปลี่ยนเป็น 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาตัวกระตุ้นที่ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าและวางแผนรับมือได้อย่างเหมาะสม 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาสัญญาณเตือนของอาการซึมเศร้าและวางแผนรับมือได้อย่างเหมาะสม ปรับสาระสำคัญของกิจกรรมให้มีความกระชับ เข้าใจง่าย เพิ่มใบความรู้ที่ 3 ตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้า ปรับใบงานที่ 3 ในส่วนกิจกรรมการค้นหาและวางแผนรับมือตัวกระตุ้นโดยการทำช่องตารางออกเป็น 3 ตาราง ตารางที่ 1 คนพฤติกรรม สถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น ตารางที่ 2 เหตุการณ์สำคัญในชีวิตหรือกิจกรรมที่เป็นตัวกระตุ้น และตารางที่ 3 ยา อาหาร สารเสพติดที่เป็นตัวกระตุ้น และปรับใบงานที่ 3 ในส่วนของกิจกรรมการค้นหาและวางแผนรับมือสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าโดยแบ่งสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าออกเป็น 2 ส่วนคือ สัญญาณเตือนระยะแรก และสัญญาณเตือนระยะหลัง

กิจกรรมที่ 4 แผนรับมือภาวะวิกฤต เพิ่มวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ปรับตารางการดำเนินกิจกรรมโดยเพิ่มช่องขั้นตอนการดำเนินการกลุ่ม ปรับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมจากเดิม 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาและสร้างแผนรับมือภาวะวิกฤต 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแสดงเจตนาารมณ์เรื่องการดูแลรักษาของตน เปลี่ยนเป็น 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาและวางแผนรับมือภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าบอกถึงความตั้งใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ปรับสาระสำคัญของกิจกรรมให้มีความกระชับ เข้าใจง่าย และเพิ่มใบความรู้ที่ 4 ภาวะวิกฤตอาการซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 5 แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ เพิ่มวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ปรับตารางการดำเนินกิจกรรมโดยเพิ่มช่องขั้นตอนการดำเนินการกลุ่ม

กิจกรรมที่ 6 ความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ เปลี่ยนชื่อกิจกรรมจากเดิมชื่อ “สิทธิและความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ” ในส่วนของการสะท้อนให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า รับผิดชอบการฟื้นคืนสู่สุขภาพะผู้วิจัยได้เพิ่มใบงานที่ 6.1 ต้นไม้ของฉัน เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และเปลี่ยนชื่อใบงานที่ 6.2 จากเดิมชื่อ “แผนรับมืออุปสรรคการฟื้นคืนสู่สุขภาพะหลังภาวะวิกฤต” เปลี่ยนเป็น “แผนรับมืออุปสรรคการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ”

จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพะผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลอง

ใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 10 คน จนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรม รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการนำไปทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้สำหรับกลุ่มตัวอย่างจริง โดยมีประเด็นที่ปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ค้นหาและสร้างความหวังในการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ การให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ค้นหาความหวังโดยการแจกใบงานที่ 1.1 ให้สมาชิกเขียนหรือเล่าเกี่ยวกับความหวังเดิม ความหวังในปัจจุบัน และความหวังในอนาคตในตารางแต่ละช่องของใบงานที่ 1.1 พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการ สับสนของตารางแต่ละช่อง ผู้วิจัยจึงปรับแก้ไขใบงานที่ 1.1 โดยปรับตารางของความหวังเป็นกล่องข้อความเดียวเพื่อให้ง่ายต่อการเขียนของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และผู้วิจัยปรับใบงานที่ 1.2 แผนรับมืออุปสรรคต่อความหวังของฉัน โดยเปลี่ยนรูปแบบจากตารางเป็นกล่องข้อความเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไม่เกิดความสับสนและเพื่อเป็นการเพิ่มความน่าสนใจของใบงานที่จะนำไปใช้จริง

กิจกรรมที่ 2 แผนดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาในการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ การให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเขียนเป้าหมายในการฟื้นคืนสู่สุขภาพะพบว่ามีความซ้ำซ้อนกับกิจกรรมที่ 1 ในส่วนของการค้นหาความหวังที่ต้องการบรรลุ ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความหวังที่ต้องการบรรลุเหมือนกับเป้าหมายในการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ ผู้วิจัยจึงตัดกิจกรรมในส่วนนี้ออก และการให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเขียนแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของตนลงในใบงานที่ 2 พบว่าใบงานในส่วนของหัวข้อภาพตัวฉันเมื่อสบายดี สิ่งที่ทำเป็นประจำทุกวัน และสิ่งที่ฉันทำเพื่อให้จิตใจเบิกบาน ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความสับสนและไม่เข้าใจเกี่ยวกับคำชี้แจงและไม่สามารถเขียนแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของตนออกมาได้ รวมถึงใบงานที่ 2 ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

วางแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงปรับใบงานที่ 2 เป็นตารางในการทำกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ตื่นนอน-ก่อนนอน โดยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเลือกกิจกรรมต่าง ๆ ในตารางที่สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของตน เพื่อให้เกิดการสร้างแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านำไปใช้ได้จริง

กิจกรรมที่ 3 แผนรับมือตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน การให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามุ่งหาสัญญาณเตือนระยะแรก สัญญาณเตือนระยะหลัง ในใบงานที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสับสนของความแตกต่างระหว่างสัญญาณเตือนระยะแรก สัญญาณเตือนระยะหลัง และผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าบางท่านไม่สามารถค้นหาสัญญาณเตือนของอาการซึมเศร้าได้ ผู้วิจัยจึงปรับใบงานที่ 3 ออกเป็นใบงานที่ 3.1 แผนรับมือตัวกระตุ้นของฉันทัน ใบงานที่ 3.2 แผนรับมือสัญญาณเตือนของฉันทันซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ใบงานที่ 3.2 ส่วนที่ 1 สัญญาณเตือน เป็นใบงานที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าโดยการเลือกสัญญาณเตือนที่เคยเกิดขึ้นกับตนเอง ในแต่ละสัญญาณเตือนที่ผู้วิจัยนำมาจะมีรูปภาพประกอบ และใบงานที่ 3.2 ส่วนที่ 2 แผนรับมือสัญญาณเตือน เป็นใบงานที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสร้างแผนจัดการหรือวิธีรับมือกับสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายในตนเองโดยการเลือกวิธีการที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้จริง

กิจกรรมที่ 4 แผนรับมือภาวะวิกฤติ การให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามุ่งหาลักษณะของภาวะวิกฤติของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในตนเองจากการทบทวนประสบการณ์เดิมของตนที่ผ่านมาในใบงานที่ 4 พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถเข้าใจเกี่ยวกับภาวะวิกฤตอาการซึมเศร้าแต่ไม่สามารถเขียนภาวะวิกฤตออกมาได้ ผู้วิจัยจึงปรับใบงานที่ 4 แผนรับมือภาวะวิกฤติของฉันทัน ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ใบงานที่ 4 ส่วนที่ 1 ลักษณะของภาวะวิกฤติ เป็นใบงานที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามุ่งหาภาวะวิกฤตอาการซึมเศร้าภายในตนเอง โดยการเลือกลักษณะภาวะวิกฤตที่สอดคล้องกับตนเองในอดีตที่ผ่านมา และใบงานที่ 4 ส่วนที่ 2 แผนรับมือภาวะวิกฤติ เป็นใบงานที่ให้ผู้สูงอายวางแผนเพื่อตอบสนองต่อภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับตนเองและผู้อื่นในการช่วยเหลือจากภาวะวิกฤติ

กิจกรรมที่ 5 แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ การให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามุ่งหาและรับรู้แหล่งสนับสนุนในการฟื้นคืนสู่สุขภาพผ่านใบงานที่ 5.1 บ้านแห่งความสุข เมื่อทำใบงานที่ 5.1 เสร็จผู้วิจัยกระตุ้นถามถึงสิ่งที่ได้จากการสร้างบ้านด้วยคำถาม “รู้สึกอย่างไรกับกิจกรรมที่ร่วมกันทำ” “อยากให้บ้านที่ร่วมกันสร้างเป็นอย่างไร” “ท่านอยากให้สมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร” “ถ้าสมาชิกในบ้านสมัครร่วมกันทำกิจกรรมผลออกมาจะเป็นอย่างไร” พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความเข้าใจและสะท้อนคิดไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้ผู้สูงอายรรู้ถึงแหล่งสนับสนุนในครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ผู้วิจัยจึงปรับคำถามเป็น “รู้สึกอย่างไรกับบรรยากาศภายใน

บ้านที่ได้วาด” “อยากให้บ้านที่ร่วมกันสร้างเป็นอย่างไร” “ท่านอยากให้สมาชิกในบ้านและท่านเป็นอย่างไร” และเพิ่มการสรุปจากการทำกิจกรรมโดยสะท้อนให้เห็นถึงแหล่งสนับสนุนในครอบครัวของตน การให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือกันภายในครอบครัว และความรักความอบอุ่นในครอบครัว ผู้วิจัยได้ตัดกิจกรรม “บัตรคำแหล่งสนับสนุนทางสังคม” เนื่องจากกิจกรรมไม่สามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคตามวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยตั้งไว้ และเพิ่มกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมเข้ามาเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยตั้งไว้

กิจกรรมที่ 6 ความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุ พบว่าการให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าบางท่านเกิดความสับสนในสิทธิบางข้อ เนื่องจากคำพูดที่ผู้วิจัยสื่อสารมีความเป็นทางการมากเกินไป ผู้วิจัยจึงปรับการให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิเป็นภาษาพูดที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเข้าใจง่าย สั้น กระชับ

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อความ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นข้อความที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ก ตรวจสอบ ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและปรับแก้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ให้มีเนื้อหาที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

ข้อความข้อที่ 9 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า จากเดิมจะอยู่ในช่วง 1-2, 3-5, 6-10, และมากกว่า 10 ปี ปรับเป็น 1-5, 6-10, 11-15, และมากกว่า 15 ปี และได้เพิ่มข้อความข้อที่ 10 พฤติกรรมการรับประทานยา ข้อที่ 11 เคยได้รับการบำบัดรูปแบบอื่นมาก่อน และข้อที่ 12 ผู้ดูแลหลัก

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย (The Beck Depression Inventory Second Edition Thai Version; BDI-II Thai Version) (Beck et al., 1996a) ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า แบบประเมินนี้ได้รับการแปลและพัฒนาโดยศราวุธ ราชมณี และคณะ (2561) ต้นฉบับพัฒนาโดย Beck et al. (1996) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยแต่ละข้อความอยู่ระหว่าง .83 ถึง 1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ภาพรวมเท่ากับ .81 มีค่าอำนาจจำแนกของข้อความรายข้อ (Corrected Item Total Correlation) อยู่ระหว่าง .20 ถึง .74 (Reliability) และค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทยทั้งฉบับ เท่ากับ .86 ลักษณะของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II)

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ประเมินอาการที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกให้มากที่สุด ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย (คะแนน 0) ไปถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) ระดับคะแนนจะมี 0, 1, 2, 3 โดยทั้ง 21 ข้อนี้มาจากอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า DSM-IV ซึ่งสามารถแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 4 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อยที่สุด (Minimal) 0-13 คะแนน ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild) 14-19 คะแนน ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate) 20-28 คะแนน และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe) 29-63 คะแนน (ศราวุธ ราชมณี และคณะ, 2561)

การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0-13 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (Minimal Depression)
คะแนน 14-19 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (Mild Depression)
คะแนน 20-28 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (Moderate Depression)
คะแนน 29-63 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (Severe Depression)

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย (The Beck Depression Inventory-Second Edition Thai Version; BDI-II Thai Version) แปลและพัฒนาโดยศราวุธ ราชมณี และคณะ (2561) ปรีกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสม จากนั้นนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ก อันประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse: APN) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถาม และข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นเพิ่มเติม โดยให้ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นระดับ 1-4 คะแนน โดยระดับ 1 คะแนน หมายถึงไม่สอดคล้อง ระดับ 2 คะแนนหมายถึงสอดคล้องบางส่วน ระดับ 3 คะแนนหมายถึงค่อนข้างสอดคล้อง และระดับ 4 คะแนนหมายถึงมีความสอดคล้องมาก และให้ผู้ทรงคุณวุฒิลงคะแนนและข้อเสนอแนะความคิดเห็นเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยใช้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิลง

ความเห็นตรงกันในระดับ 3 และ 4 มีค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาใช้สูตร ดังนี้

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

$$CVI = \frac{17}{21}$$

$$CVI = .81$$

จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย ได้เท่ากับ .81 และผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้แบบประเมินและข้อคำถามมีความถูกต้องของเนื้อหาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ใช้ประเมิน ก่อนนำไปทดลองใช้จริง โดยมีข้อคำถามและประเด็นที่ปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

ข้อคำถามที่ 2 การมองโลกในแง่ร้าย ในระดับคะแนนที่ 2 และ 3 ปรับเป็น 2 รู้สึกหมดหวังกับตนเอง 3 รู้สึกว่าหมดหวังกับอนาคต

ข้อคำถามที่ 3 ความล้มเหลวในอดีต ในระดับคะแนนที่ 1 2 และ 3 ปรับเป็น 0 มองย้อนกลับไปในอดีตไม่ได้รู้สึกล้มเหลวเลย 1 มองย้อนกลับไปในอดีตรู้สึกล้มเหลว 2 มองย้อนกลับไปในอดีตรู้สึกล้มเหลวมาก 3 มองย้อนกลับไปในอดีตรู้สึกว่าเป็นบุคคลล้มเหลวทุกเรื่อง

ข้อคำถามที่ 4 การสูญเสียความพอใจหรือความสนุกสนาน ปรับชื่อเป็น การสูญเสียความพึงพอใจในชีวิต และในระดับคะแนนที่ 0 1 2 3 และ 4 ปรับเป็น 0 รู้สึกพึงพอใจมากในสิ่งที่เคยทำแล้วมีความสุข 1 รู้สึกไม่มีความสุขเหมือนที่เคยเป็น 2 รู้สึกพึงพอใจเพียงเล็กน้อยในสิ่งที่เคยทำแล้วมีความสุข 3 ไม่เกิดความรู้สึกพึงพอใจใดๆ ในสิ่งที่เคยทำแล้วมีความสุข

ข้อคำถามที่ 5 ความรู้สึกผิด ปรับชื่อเป็น ความรู้สึกผิดต่อตนเอง และในระดับคะแนนที่ 0 1 2 และ 3 ปรับเป็น 0 ไม่รู้สึกผิดกับตัวเอง 1 รู้สึกผิดต่อสิ่งที่ทำเล็กน้อย 2 รู้สึกผิดต่อสิ่งที่ทำมาก 3 รู้สึกผิดต่อสิ่งที่ทำตลอดเวลา

ข้อคำถามที่ 6 ความรู้สึกของการลงโทษ ปรับชื่อเป็น ความรู้สึกของการโดนลงโทษ และในระดับคะแนนที่ 0 1 2 และ 3 ปรับเป็น 0 ไม่มีความรู้สึกโดนลงโทษ 1 ฉันรู้สึกว่าอาจโดนลงโทษ 2 ฉันรู้สึกคาดหวังว่าจะได้รับการลงโทษ 3 ฉันรู้สึกว่ากำลังได้รับการลงโทษ

ข้อคำถามที่ 7 การไม่ชอบตนเอง ปรับชื่อเป็น ความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง และในระดับคะแนน



ที่ 0 1 2 และ 3 ปรับเป็น 0 รู้สึกปกติ 1 รู้สึกเสียความมั่นใจในตนเอง 2 รู้สึกผิดหวังต่อตนเอง 3 รู้สึกเกลียดตนเอง

ข้อคำถามที่ 8 การวิพากษ์วิจารณ์ตัวเอง ปรับชื่อเป็น การตำหนิตนเอง และในระดับคะแนนที่ 0 1 2 และ 3 ปรับเป็น 0 ไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษตนเองมากกว่าที่เคยเป็น 1 ตำหนิตนเองมากขึ้นกว่าที่เคยเป็น 2 ตำหนิตนเองทุกครั้งที่ทำผิด 3 กล่าวโทษว่าทุกสิ่งที่ไม่ดีเกิดจากตนเอง

ข้อคำถามที่ 9 ความคิดหรือความปรารถนาที่จะฆ่าตัวตาย ปรับชื่อเป็น ความคิดหรือความต้องการ

ฆ่าตัวตาย และในระดับคะแนนที่ 0 1 2 และ 3 ปรับเป็น 0 ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย 1 มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยยังคิดวณเกี่ยวกับการตาย 2 อยากจะฆ่าตัวตาย 3 อยากลงมือฆ่าตัวตายถ้ามีโอกาส

ข้อคำถามที่ 10 การร้องไห้ ในระดับคะแนนที่ 0 1 2 และ 3 ปรับเป็น 0 ไม่ร้องไห้มากกว่าที่เคยเป็น 1 ร้องไห้มากกว่าที่เคยเป็น 2 ร้องไห้ง่ายกับทุกเรื่อง 3 รู้สึกอยากร้องไห้จนไม่สามารถควบคุมตนเองได้

ข้อคำถามที่ 11 อาการกระสับกระส่าย ในระดับคะแนนที่ 2 และ 3 ปรับเป็น 2 รู้สึกกระสับกระส่าย ไม่สงบ อยู่ไม่นิ่ง 3 รู้สึกกระสับกระส่ายตลอดเวลา

ข้อคำถามที่ 12 การสูญเสียความสนใจ ในระดับคะแนนที่ 0 1 2 และ 3 ปรับเป็น 0 ฉันทสนใจในกิจกรรมต่างๆ 1 ฉันทมีความสนใจในกิจกรรมต่างๆ น้อยกว่าแต่ก่อน 2 ฉันทไม่ค่อยสนใจในกิจกรรมต่างๆ 3 ฉันทไม่มีความสนใจในกิจกรรม ต่างๆ

ข้อคำถามที่ 13 ความลังเล ปรับชื่อเป็น การตัดสินใจ และในระดับคะแนนที่ 0 1 2 และ 3 ปรับเป็น 0 ฉันทตัดสินใจได้ดี 1 ฉันทตัดสินใจยากขึ้นกว่าปกติ 2 ฉันทมีความยากลำบากในการตัดสินใจมากขึ้นกว่าเคยเป็น 3 ฉันทมีปัญหาในการตัดสินใจ

ข้อคำถามที่ 14 ความไร้ค่า ปรับชื่อเป็น ความรู้สึกไร้คุณค่าในตัวเอง และในระดับคะแนนที่ 1 2 และ 3 ปรับเป็น 1 รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์เท่าที่ควร 2 รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่าเมื่อเทียบกับคนอื่น 3 รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่าต่อทุกสิ่ง

ข้อคำถามที่ 15 การสูญเสียพลังงาน ปรับชื่อเป็น ความรู้สึกไร้เรี่ยวแรง และในระดับคะแนนที่ 0 1 2 และ 3 ปรับเป็น 0 มีเรี่ยวแรงมากเท่ากับที่เคยเป็น 1 มีเรี่ยวแรงน้อยกว่าที่เคยเป็น 2 ไม่มีเรี่ยวแรงมากพอที่จะทำสิ่งต่างๆ 3 ไม่มีเรี่ยวแรงมากพอที่จะทำทุกสิ่งทุกอย่างได้เลย

ข้อคำถามที่ 16 การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ ในระดับคะแนนที่ 0 1 2 และ 3 ปรับเป็น 0

นอนหลับปกติ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง 2a นอนหลับมากขึ้นกว่าปกติ 2b นอนหลับน้อยลงกว่าปกติ 3a นอนหลับมากเป็นส่วนใหญ่ 3b ตื่นนอนก่อนเวลาประมาณ 1-2 ชม. และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

ข้อคำถามที่ 17 ความหงุดหงิด ปรับชื่อเป็น ความรู้สึกหงุดหงิด และในระดับคะแนนที่ 0 1 2 และ 3 ปรับเป็น 0 ไม่รู้สึกหงุดหงิดกว่าที่เคยเป็น 1 รู้สึกหงุดหงิดมากกว่าที่เคยเป็น 2 รู้สึกหงุดหงิดมากขึ้นเป็นส่วนใหญ่ 3 รู้สึกหงุดหงิดอยู่ตลอดเวลา

ข้อคำถามที่ 18 การเปลี่ยนแปลงในรับประทานอาหาร ในระดับคะแนนที่ 0 1 2 และ 3 ปรับเป็น 0 ความอยากอาหารปกติ 1a ความอยากอาหารค่อนข้างน้อยกว่าปกติ 1b ความอยากอาหารค่อนข้างมากกว่าปกติ 2a ความอยากอาหารน้อยลงมากกว่าปกติ 2b ความอยากอาหารมากขึ้นกว่าปกติ 3b มีความอยากอาหารตลอดเวลา

ข้อคำถามที่ 19 การมีสมาธิ ปรับชื่อเป็น การมีสมาธิในการทำสิ่งต่าง ๆ และในระดับคะแนนที่ 0 1 2 และ 3 ปรับเป็น 0 มีสมาธิปกติ 1 ไม่มีสมาธิเล็กน้อย 2 ไม่มีสมาธิอย่างมาก 3 ไม่มีสมาธิเลยในการทำสิ่งต่าง ๆ

ข้อคำถามที่ 20 ความเหน็ดเหนื่อยหรือความเมื่อยล้า ปรับชื่อเป็น ความรู้สึกเหนื่อยหรืออ่อนล้า และในระดับคะแนนที่ 0 1 2 และ 3 ปรับเป็น 0 รู้สึกปกติ 1 รู้สึกเหนื่อยหรืออ่อนล้ามากกว่าที่เคยเป็นเล็กน้อย 2 รู้สึกเหนื่อยหรืออ่อนล้ามากขึ้น ในการทำสิ่งต่างๆ ที่เคยทำมาก่อน 3 รู้สึกเหนื่อยหรืออ่อนล้ามากขึ้นเป็นส่วนใหญ่ ในการทำสิ่งต่างๆ ที่เคยทำมาก่อน

ข้อคำถามที่ 21 การสูญเสียความสนใจด้านเพศสัมพันธ์ ในระดับคะแนนที่ 0 1 2 และ 3 ปรับเป็น 0 ฉันไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงด้านเพศสัมพันธ์ 1 ฉันมีความสนใจด้านเพศสัมพันธ์น้อยกว่าที่เคยเป็น 2 ตอนนี้ฉันมีความสนใจด้านเพศสัมพันธ์น้อยมาก 3 ฉันคิดว่าตัวเองสูญเสียความสนใจด้านเพศสัมพันธ์อย่างสมบูรณ์

**การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย (The Beck Depression Inventory Second Edition Thai Version; BDI-II Thai Version) (Beck et al., 1996a) แปลและพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยศราวุธราชมณี และคณะ (2561) ที่ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และปรับปรุงการใช้ภาษาให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .80 ดังแสดงในภาคผนวก ค

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery Assessment Scale – Domains and Stages : RAS-DS) ของ (Hancock et al., 2016) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย (ศุภลักษณ์ เข็ม

ทอง, 2559) เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเที่ยงเท่ากับ .93 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 ซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม 38 ข้อ มีองค์ประกอบของการฟื้นคืนสู่สุขภาพ 4 ด้าน ดังนี้ องค์ประกอบ 1) การฟื้นคืนสู่สุขภาพด้านกายใจ ข้อ 1-6 2) การฟื้นคืนสู่สุขภาพด้านบุคคล ข้อ 7-24 3) การฟื้นคืนสู่สุขภาพด้านคลินิก ข้อ 25-31 4) การฟื้นคืนสู่สุขภาพด้านสังคม ข้อ 32-38 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-4 คะแนน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ไม่แน่นอน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	1
ไม่จริงบางส่วน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง	2
จริงบางส่วน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก	3
จริงแน่นอน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด	4

**การแปลผล** คะแนนฟื้นคืนสู่สุขภาพมีคะแนน ตั้งแต่ 38-152 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

คะแนน 38 –75 คะแนน	หมายถึง การฟื้นคืนสู่สุขภาพไม่ดี
คะแนน 76 –114 คะแนน	หมายถึง การฟื้นคืนสู่สุขภาพปานกลาง
คะแนน 114 –152 คะแนน	หมายถึง การฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดี

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ RAS-DS (Recovery Assessment Scale – Domains and Stages) – Thai Translation (Hancock et al., 2016) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย (ศุภลักษณ์ เข็มทอง (2559)ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสม จากนั้นนำแบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ฉบับภาษาไทย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ก อันประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse: APN) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถาม และข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นเพิ่มเติม โดยให้ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นระดับ 1-4 คะแนน โดยระดับ 1 คะแนน หมายถึงไม่สอดคล้อง ระดับ 2 คะแนนหมายถึงสอดคล้องบางส่วน ระดับ 3 คะแนนหมายถึงค่อนข้างสอดคล้อง และระดับ 4 คะแนนหมายถึงมีความสอดคล้องมาก และให้ผู้ทรงคุณวุฒิลงคะแนนและข้อเสนอแนะความคิดเห็นเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ

โดยใช้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิลงความเห็นตรงกันในระดับ 3 และ 4 มีค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาใช้สูตร ดังนี้

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

$$CVI = \frac{35}{38}$$

$$CVI = .90$$

จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะ ฉบับภาษาไทย ได้เท่ากับ .90 และผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้แบบประเมินและข้อคำถามมีความถูกต้องของเนื้อหาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ใช้ประเมิน ก่อนนำไปทดลองใช้จริง โดยมีประเด็นที่ปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

ข้อคำถามที่ 6 จากเดิม “ฉันทำในสิ่งที่ทำให้ฉันมีความรู้สึกพึงพอใจเป็นอย่างมาก” ปรับเป็น “ฉันทำในสิ่งที่ทำให้ฉันมีความรู้สึกยินดีอย่างยิ่ง”

ข้อคำถามที่ 10 จากเดิม “ฉันมีเป้าหมายในชีวิตที่ต้องการทำให้สำเร็จ” ปรับเป็น “ฉันมีเป้าหมายในชีวิตที่ต้องการจะไปให้ถึง ”

ข้อคำถามที่ 11 จากเดิม “ฉันเชื่อว่าฉันสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้” ปรับเป็น “ฉันเชื่อว่าฉันสามารถบรรลุเป้าหมายส่วนตัวของฉันในปัจจุบันได้”

ข้อคำถามที่ 15 จากเดิม “ถ้าคนรู้จักฉันจริง พวกเขาจะชอบฉัน” ปรับเป็น “ถ้าคนรู้จักฉันจริงฉันว่าพวกเขาจะชอบฉัน”

ข้อคำถามที่ 17 จากเดิม “ฉันมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างให้ฉัน” ปรับเป็น “ฉันมีความคิดเกิดขึ้นในใจเกี่ยวกับบุคคลที่ฉันต้องการจะเป็น”

ข้อคำถามที่ 26 จากเดิม “ฉันมีแผนของตัวเองสำหรับการที่จะดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดี” ปรับเป็น “ฉันมีแผนของตัวเองสำหรับการที่จะดำรงชีวิตอยู่หรือกลายเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีได้อย่างไร”

ข้อคำถามที่ 27 จากเดิม “มีวิธีการหลายอย่างที่ผมสามารถทำเพื่อช่วยจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ได้” ปรับเป็น “หลายสิ่งที่คุณสามารถทำที่จะช่วยให้ฉันจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์”

ข้อคำถามที่ 29 จากเดิม “แม้ว่าอาการป่วยของฉันอาจจะแย่ลง แต่ฉันก็รู้ว่าฉันสามารถจัดการกับมันได้” ปรับเป็น “แม้ว่าอาการของฉันอาจจะแย่ลง แต่ฉันก็รู้ว่าฉันสามารถจัดการกับมันได้”

ข้อคำถามที่ 33 จากเดิม “เมื่อใดที่ฉันไม่เชื่อมั่นในตัวเอง แต่ยังมีคนอื่นที่มีความเชื่อมั่นในตัวฉัน” ปรับเป็น “เมื่อใดที่ฉันไม่เชื่อมั่นในตัวเอง แต่ยังมีคนอื่นที่มีความเชื่อมั่น”

ข้อคำถามที่ 35 จากเดิม “ฉันมีเพื่อนที่ประสบอาการป่วยทางจิตเหมือนฉัน” ปรับเป็น “ฉันมีเพื่อนที่ประสบอาการป่วยทางจิตด้วย”

**การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ RAS-DS (Recovery Assessment Scale – Domains and Stages)-Thai Translation (Hancock et al., 2016) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย (ศุภลักษณ์ เข็มทอง (2559) ที่ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และปรับปรุงการใช้ภาษาให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ .84 ดังแสดงในภาคผนวก ค

#### ส่วนที่ 4 เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับไทย Mini - Mental State Examination : Thai Version (MMSE – Thai 2002) (MMSE-Thai 2002) แปลและพัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2542) เป็นแบบวัดความสามารถทางสมองระดับความบกพร่องในการรู้คิด (Cognitive Impairment) การแปลผลขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา โดยคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน บ่งบอกว่าการสูญเสียการทำหน้าที่เกี่ยวกับปัญญาโดยมีค่าความเที่ยง (Reliability) .98 ใช้ได้กับประชากรที่มีการศึกษาและไม่มีการศึกษาประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ด้าน ได้แก่ 1. การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา (Orientation for time) 2. การรับรู้สถานที่ (Orientation for Place) 3. การบันทึกความจำ (Registration) 4. การมีสมาธิ (Attention/ Calculation) 5. ความจำระยะสั้น (Recall) 6. การบอกชื่อ (Naming) 7. การพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (Repetition) 8. การเข้าใจความหมายและทำตามสั่ง (Verbal Command) 9. การอ่าน การเข้าใจและทำตามสั่ง (Written Command) 10. การเขียนอย่างมีความหมาย (Writing) 11. ความสัมพันธ์การทำงานระหว่างมือกับตา (Visuoconstruction) ซึ่งมีจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมดังนี้

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านหนังสือไม่ออก) จุดตัดคะแนนที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน (ตัดข้อ 4, 9 และ 10)

ผู้สูงอายุที่เรียนจบประถมศึกษา จุดตัดคะแนนที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน

ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา จุดตัดคะแนนที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน

## กระบวนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้การดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพและให้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

### 1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แนวคิดที่เกี่ยวกับการลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โปรแกรมการบำบัดเกี่ยวกับการลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery) โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Wellness Recovery Action Plan : WRAP) ของ Copeland (2002) โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา หนังสือ เอกสารงานวิจัยเกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ร่วมกับได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และพัฒนาทักษะการให้ความรู้ การสอน และทำความเข้าใจกับเครื่องมือที่สร้างขึ้น

1.2 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery) โดยเข้าร่วมอบรมการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ WHO: Recovery and right to health ในช่วงระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน 25 – 1 กรกฎาคม 2565 โดยรายละเอียดภายในการประชุมมีการกล่าวบรรยายหัวข้อการคืนสู่สุขภาพ (Recovery) การนำหลักการด้านการคืนสู่สุขภาพเข้าสู่การปฏิบัติ และมีกิจกรรมการแบ่งกลุ่มทบทวนหัวข้อการส่งเสริมให้เกิดการคืนสู่สุขภาพและบทบาทของนักวิชาชีพในการส่งเสริมให้เกิดสุขภาพในระบบบริการด้านสุขภาพจิต

1.3 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในด้านการฝึกปฏิบัติทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงมหามานูเชตรวิบูลย์ ในเรื่องขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเพิ่มเติมพจนประสพการณ์การทำกลุ่มบำบัด ณ ตึกพยับหมอก สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงมหามานูเชตรวิบูลย์ ในระหว่างวันที่ 19-23 มิถุนายน 2566 ตั้งแต่เวลา 9.00-15.00 น. โดยมีนางสาวโสธรา ศุภโรจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในด้านการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ให้ความรู้และทักษะในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด รวมถึงเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในระหว่างที่นิสิตได้ลงปฏิบัติการทำกิจกรรมกลุ่มด้วยตนเอง

1.4 ผู้วิจัยพัฒนาโครงร่างเนื้อหาในโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรค

ซึมเศร้าในชุมชน โดยนำแนวคิดและโปรแกรมต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ร่วมกับปัญหาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและการจัดการกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยทุกขั้นตอนของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ได้วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

1.5 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน และจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck Depression Inventory II, BDI-II Thai Version) แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery Assessment Scale - Domains and Stages : RAS-DS) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับไทย Mini-Mental State Examination : Thai Version (MMSE-Thai 2002) และได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ก่อนนำไปทดลองใช้จริงในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

1.6 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์พร้อมทั้งเครื่องมือทุกชุดที่ใช้ในการวิจัยนำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัปดาห์ทดลองในการวิจัย

1.7 เมื่อได้รับการพิจารณาอนุมัติแล้วผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยประสานกับพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภากาศ และโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงได้สำรวจข้อมูลรายชื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

1.8 เมื่อได้รายชื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกโรงพยาบาลที่จะทำการวิจัย โดยการจับสลากเพื่อสุ่มโรงพยาบาลที่จะใช้ในการทดลอง ผลการจับสลากได้โรงพยาบาลนภากาศเป็นกลุ่มทดลอง โรงพยาบาลอัมพวาเป็นกลุ่มควบคุม และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

1.7 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางโดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับไทย และยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจสื่อสาร

ด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการทดลองโดยการจับคู่ (Matched Pair) เพศ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อทำการจับคู่ได้ครบ 23 คู่แล้ว ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากทีละคู่เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบทั้ง 23 คู่

1.8 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดครบตามจำนวนที่ต้องการแล้ว ผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยขออนุญาตจากหัวหน้าพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย และโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงครามเพื่อขอใช้สถานที่ในการทดลอง และเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ท่าน เป็นพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อย่างน้อย 5 ปี เพื่อเป็นผู้ช่วยวิจัยและช่วยผู้นำกลุ่มในการเก็บข้อมูลและร่วมสังเกตในระหว่างการทำกิจกรรม โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย รายละเอียดโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบอย่างละเอียด

1.9 ก่อนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยประสานงานไปยังพยาบาลจิตเวชประจำคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย และโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อแจ้งขอความร่วมมือในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยอธิบายชี้แจงข้อมูลรายละเอียดในการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินระดับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Pre-test) ซึ่งก่อนการดำเนินการทดลองผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมดังนี้

2.1.1 กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติระหว่างการดำเนินการวิจัยโดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติตามรูปแบบแนวทางของคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งมีรูปแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก มีการค้นหาประเมินปัญหาจิตสังคม และคัดกรองอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q หากพบว่ามีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป และมีความเสี่ยงคิดทำร้ายตนเองจะส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยทำการรักษาในลำดับต่อไป และพยาบาลจิตเวชจะแจ้งผลการประเมินและ



ให้สุขภาพจิตศึกษาและส่งต่อข้อมูลการรักษาและประสานงานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการนัดติดตามอาการซึมเศร้า

2.1.2 กลุ่มทดลอง จะได้รับการพยาบาลตามปกติตามรูปแบบแนวทางของคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ร่วมกับการได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10-12 คน ใช้เวลา 3 สัปดาห์ แต่ละสัปดาห์ประกอบด้วย 2 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที

2.2 ในระยะการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

**กลุ่มควบคุม** ระหว่างการดำเนินการทดลองในสัปดาห์ที่ 1-3 กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติตามรูปแบบแนวทางของคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

**กลุ่มทดลอง** ระหว่างการดำเนินการทดลองในสัปดาห์ที่ 1-3 กลุ่มทดลองจะได้รับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10-12 คน ใช้เวลา 3 สัปดาห์ แต่ละสัปดาห์ประกอบด้วย 2 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ตารางกำหนดการกิจกรรมโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

วัน/เดือน/ปี	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1		
จันทร์	กลุ่มที่ 1 เวลา 08.30-10.00 กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30-12.00	กิจกรรมที่ 1 ค้นหาและสร้างความหวังในการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพ
พฤหัสบดี	กลุ่มที่ 1 เวลา 08.30-10.00 กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30-12.00	กิจกรรมที่ 2 แผนการดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาในการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพ
สัปดาห์ที่ 2		
จันทร์	กลุ่มที่ 1 เวลา 08.30-10.00 กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30-12.00	กิจกรรมที่ 3 แผนรับมือตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน
พฤหัสบดี	กลุ่มที่ 1 เวลา 08.30-10.00 กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30-12.00	กิจกรรมที่ 4 แผนรับมือภาวะวิกฤต
สัปดาห์ที่ 3		

จันทร์	กลุ่มที่ 1 เวลา 08.30-10.00 กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30-12.00	กิจกรรมที่ 5 แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ
พฤหัสบดี	กลุ่มที่ 1 เวลา 08.30-10.00 กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30-12.00	กิจกรรมที่ 6 ความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

รายละเอียดกิจกรรมและการประเมินผลกิจกรรมฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยสรุปได้ดังต่อไปนี้

### กิจกรรมที่ 1 : ค้นหาและสร้างความหวังในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจระหว่างสมาชิกและผู้วิจัย
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาและสร้างความหวังในการดำเนินชีวิต

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกภายในกลุ่มและผู้วิจัยมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างดำเนินกิจกรรม
2. สมาชิกภายในกลุ่มสามารถค้นหาความหวังและวิธีการสร้างความหวังด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม
3. สมาชิกภายในกลุ่มสามารถเขียนแผนรับมือกับอุปสรรคต่อความหวังได้อย่างเหมาะสม

#### สาระสำคัญ

การค้นหาและการสร้างความหวังเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า การมีความหวังในการฟื้นคืนสู่สุขภาพจะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงตนเอง มีเป้าหมายในการต่อสู้กับโรคและอาการซึมเศร้า รวมไปถึงมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ซึ่งภายในกิจกรรมจะให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาความหวัง วางแผน กำหนดวิธีการสร้างความหวังตามความสามารถของตนเองเพื่อที่จะทำให้ความหวังที่ตนตั้งไว้ประสบความสำเร็จ ตลอดจนการค้นหาอุปสรรคที่จะทำให้ความหวังที่ตนตั้งไว้ไม่สำเร็จ และค้นหาวิธีการรับมือกับอุปสรรคต่อความหวัง

ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 60 นาที

#### สื่อ/วัสดุอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1.1 ความหวังของฉัน
2. ใบงานที่ 1.2 แผนรับมืออุปสรรคต่อความหวังของฉัน
3. ดินสอ ยางลบ และปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรม

#### การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ ข้อตกลงระหว่างดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

2. ผู้วิจัยให้สมาชิกภายในกลุ่มแนะนำชื่อตนเอง โดยแนะนำตามจังหวะประกอบเพลง “คุณชื่ออะไร คุณชื่ออะไร คุณชื่อ.....คุณชื่อ.....ชอบทำทำอะไรอย่างนี้ ชอบทำทำอะไรอย่างนี้” (ให้สมาชิกแต่ละคนตอบชื่อ และทำท่าทางประกอบที่ตนเองชอบ) ทำแล้วสบายใจดี ทำแล้วสบายใจดี ทำท่าแบบนี้สบายใจจัง” ร้องเพลงจนครบสมาชิกทุกคนภายในกลุ่ม เพื่อเป็นการละลายพฤติกรรม และสร้างสัมพันธ์ภาพของสมาชิกภายในกลุ่ม

3. ผู้วิจัยกล่าวเปิดประเด็นเกี่ยวกับความหวังในชีวิตและแจกใบงานที่ 1.1 อธิบายมอบหมายให้สมาชิกเขียนหรือเล่าเกี่ยวกับความหวังเดิม ความหวังในปัจจุบัน และความหวังในอนาคตในทุกมิติของชีวิตตนเอง เช่น ความหวังในชีวิต ครอบครัว สังคม และสุขภาพ เป็นต้น

4. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกวิเคราะห์ถึงความยากง่ายที่จะทำให้ความหวังเหล่านั้นประสบความสำเร็จ ได้แก่ แหล่งสนับสนุน หรือปัจจัยเอื้อต่อการบรรลุตามความหวัง และปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และถึงให้สมาชิกจัดลำดับความสำคัญของความหวัง และให้สมาชิกเลือกว่าจะทำให้ความหวังในเรื่องใดสำเร็จเป็นอันดับแรก โดยเน้นให้เห็นถึงความหวังในปัจจุบันที่สามารถบรรลุได้ในเวลาอันสั้น และเขียนบันทึกลงในใบงานที่ 1.1

5. ผู้วิจัยให้สมาชิกภายในกลุ่มค้นหาวิธีที่จะทำให้ความหวังที่ตนตั้งไว้ประสบความสำเร็จโดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของวิธีการปฏิบัติที่ตนสามารถทำได้จริง เขียนบันทึกลงในใบงานที่ 1.2

6. ผู้วิจัยให้สมาชิกภายในกลุ่มค้นหาอุปสรรคหรือปัญหาที่จะทำให้ความหวังที่ตนตั้งไว้ไม่ประสบความสำเร็จ และให้สมาชิกช่วยกันค้นหาวิธีที่จะรับมือกับอุปสรรคเหล่านั้น รวมถึงวิธีการเผชิญกับความคิดที่เป็นอุปสรรคต่อความหวังของตนเองเขียนบันทึกลงในใบงานที่ 1.2

7. ผู้วิจัยให้กำลังใจสมาชิกและฝึกให้สมาชิกสนทนาเชิงบวกกับตนเอง เช่น “ฉันมั่นใจว่าทำได้” “ทำวันนี้ให้ดีที่สุด” “ฉันจะทำให้ความหวังเรื่องนี้ประสบความสำเร็จ” เป็นต้น เพื่อให้สมาชิกมีพลังใจมองโลกในแง่ดี สามารถเอาชนะความหดหู่ ความสิ้นหวังได้ และผู้วิจัยให้สมาชิกทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้และนัดหมายครั้งถัดไป

### การประเมินผล

1. จากการสังเกตของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยพบว่าก่อนการดำเนินกิจกรรมสมาชิกและผู้วิจัยยังไม่เกิดความคุ้นชิน แต่หลังจากการให้สมาชิกภายในกลุ่มแนะนำชื่อตนเองพบว่าสมาชิกแต่ละท่านสามารถพูดคุยและสื่อสารกันภายในกลุ่มมากขึ้นในระหว่างการทำกิจกรรม ทำให้การดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นไปด้วยความราบรื่นและสมาชิกภายในกลุ่มให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. จากการสังเกตของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยในกิจกรรมการค้นหาและวิธีการสร้างความหวัง

พบว่าสมาชิกภายในกลุ่มสามารถค้นหาความหวังและมีวิธีการที่จะทำให้ความหวังที่ตนตั้งไว้บรรลุและสำเร็จได้ ซึ่งสมาชิกภายในกลุ่มสามารถเขียนและบันทึกลงในใบงานที่ 1.1 ได้รวมไปถึงมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิกภายในกลุ่มในประเด็นดังกล่าว ดังประโยคคำพูดของสมาชิกที่กล่าวว่า

กลุ่มที่ 1 “ฉันป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามานานหลายสิบปี ขอแค่ฉันอยู่ได้นอนหลับได้” “มาหาคุณหมอตามนัด กินยาตลอดไม่ขาดยา ปลุกต้นไม้”

กลุ่มที่ 1 “มีหวังว่าอยากหาย อยากอยู่ได้ไม่ต้องกินยาตลอด อายุเยอะแล้วมาหาหมอรับยาลำบาก” “ฟังธรรมะ ไม่คิดมาก”

กลุ่มที่ 1 “อยากหาย แต่ถ้าไม่หายก็กินยา” “กินยาสม่ำเสมอ เคยไม่กินยาแล้วอยู่ไม่ได้ นอนไม่หลับ”

กลุ่มที่ 1 “ทุกวันนี้ผมก็นอนหลับดี แต่อยากเลิกเครียด” “ผมไม่ค่อยได้กินยานอนหลับนะ เพราะหลับดีอยู่แล้ว ถ้าผมเครียดก็ฟังเทศฟังธรรม บริจาคเงินช่วยเหลือวัดต่าง ๆ การแบ่งปันทำให้จิตใจสงบ”

กลุ่มที่ 2 “เหมือนกันครับ อยากนอนหลับได้ปกติ” “ไม่คิดเยอะ อย่าไปเก็บเอาคำพูดคนอื่นมาใส่ใจ กินยาสม่ำเสมอครับ”

กลุ่มที่ 2 “อยากหายจากอาการหงุดหงิด” “ทำใจให้สงบ กินยาแบบสม่ำเสมอ”

กลุ่มที่ 2 “มีความหวังอยากหายจากอาการเครียด” “อาการเครียดเป็นมานาน เวลาเครียดก็หาอย่างอื่นทำให้ไม่ต้องคิดเกี่ยวกับมัน”

กลุ่มที่ 2 “นอนไม่ค่อยหลับ อยากนอนหลับได้ดี” “กินยาที่หมอให้ แต่ก็ยังมีนอนไม่หลับ หรือนอนหลับไม่สนิท เวลาตื่นนอนกลางดึกนะไม่หลับอีกเลย ก็พยายามไม่นอนกลางวันเพื่อให้นอนหลับในเวลากลางคืน”

3. จากการสังเกตของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยในกิจกรรมการค้นหาอุปสรรคต่อความหวังและรับมือกับอุปสรรคต่อความหวัง สมาชิกภายในกลุ่มสามารถค้นหาอุปสรรคต่อความหวังของตนเองได้และมีวิธีการรับมืออย่างเหมาะสมที่สามารถปฏิบัติได้จริงมีการเขียนบันทึกลงในใบงานที่ 1.2 และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิกภายในกลุ่มในประเด็นดังกล่าว ดังประโยคคำพูดของสมาชิกที่กล่าวว่า

กลุ่มที่ 1 “กินยาไม่เสมอ ไม่มาหาหมอตตามนัด” “อย่าขาดยา เพราะเคยขาดแล้วนอนไม่หลับ มันอยู่ไม่ได้เวลากลางคืน”

กลุ่มที่ 1 “เก็บเอาสิ่งที่คนอื่นพูดมาคิด” “ฟังธรรมะก็ช่วยได้ ไม่คิดมากในเรื่องที่เขาพูด”

กลุ่มที่ 1 “การกินยา เพราะมียาหลายอย่างให้กินยาความดัน เบาหวาน กินที่ 5 6 เม็ด” “ถ้า

อยากหายก็ต้องกิน มันหยุดกินไม่ได้หรอก”

กลุ่มที่ 1 “กินกาแฟทำให้ออนไม่หลับ” “แต่กาแฟต่อไปนี้จะกินให้น้อยลง”

กลุ่มที่ 2 “คิดมากแล้วทำให้ไม่หายสักที” “หาอะไรทำ ไม่คิดมากในเรื่องที่คนอื่นพูดไม่ดีไม่ร้ายใส่เรา”

กลุ่มที่ 2 “อารมณ์โกรธ หงุดหงิดง่าย” “พยายามควบคุมอารมณ์ของตนเอง”

กลุ่มที่ 2 “เครียดง่าย เครียดเรื่องหนี้สินเยอะ” “ปล่อยวางกับชีวิต ไม่คิดเยอะ ไม่คิดถึงสิ่งที่ทำให้ชีวิตไม่มีความสุข”

กลุ่มที่ 2 “ชอบนอนกลางวัน กลางคืนเลยไม่นอน” “กินยาที่ช่วยแต่ก็ยังไม่นอน ไม่นอน วันนี้หมอบริบยาให้แล้วน่าจะนอนหลับดีขึ้น”

## กิจกรรมที่ 2 : แผนดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าวางแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกภายในกลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าตามการรับรู้และประสบการณ์ของตน
2. สมาชิกภายในกลุ่มสามารถวางแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนได้อย่างเหมาะสม

### สาระสำคัญ

การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองที่ผ่านมา จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดีและลดอาการซึมเศร้าได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับลักษณะของการเจ็บป่วย แนวทางการบำบัดรักษา วิธีการจัดการอาการซึมเศร้า รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับยา การบริการจัดการเรื่องยาของตน และการพบแพทย์เพื่อติดตามอาการ เพื่อที่จะต่อสู้กับโรคและอาการซึมเศร้า ตลอดจนสามารถดูแลตนเองและอยู่ร่วมในสังคมได้ รวมถึงผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะต้องมีเป้าหมายในการฟื้นคืนสู่สุขภาพและแผนดำเนินชีวิตประจำวันของตนเพื่อที่จะเป็นกรอบและแนวทางปฏิบัติเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดี

ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 60 นาที

### สื่อ/วัสดุอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1 : โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. ใบความรู้ที่ 2 : การฟื้นคืนสู่สุขภาพ
3. ใบงานที่ 2 : แผนการดำเนินชีวิตประจำวันของฉัน
4. ดินสอ ยางลบ และปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรม

### การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก บอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมข้อตกลงระหว่างดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้สมาชิกทราบ และกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยกล่าวประเด็น “โรคซึมเศร้าในความคิดของทุกท่านเกิดจากสาเหตุอะไรบ้าง มีอาการอย่างไร มีแนวทางการบำบัดรักษาและการดูแลตนเองที่ผ่านมาอย่างไร” โดยให้สมาชิกภายในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์และความเข้าใจของตนเองอย่างอิสระ
3. ผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 1 และให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการและอาการแสดง แนวทางการบำบัดรักษาและคำแนะนำในการรับปรึกษา
4. ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจของสมาชิกเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ “การฟื้นคืนสู่สุขภาพในความเข้าใจของสมาชิกแต่ท่านคืออะไร” และผู้วิจัยให้ความรู้สมาชิกเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ โดยผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 2 ให้สมาชิกเพื่อให้สมาชิกเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ
5. ผู้วิจัยเกริ่นนำก่อนแจกใบงานที่ 2 “การที่ท่านจะมีการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดี จำเป็นอย่างยิ่งที่ท่านต้องมีแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันของท่าน” ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 2 และให้สมาชิกเขียนแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองลงในใบงานที่ 2
6. ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่สมาชิกภายในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฟื้นคืนสู่สุขภาพ รวมถึงให้สมาชิกทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้และนัดหมายครั้งถัดไป

### การประเมินผล

1. จากการสังเกตของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยในกิจกรรมที่ให้สมาชิกภายในกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยสมาชิกแต่ละท่านบอกเล่าเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาและแนวทางการดูแลตนเองได้ ดังประโยคคำพูดของสมาชิกที่กล่าวว่า

กลุ่มที่ 1 “ฉันว่าสาเหตุมันเกิดจากฉันเครียด มีอาการนอนไม่หลับ กินยาและทำจิตใจไม่ให้เครียด”

กลุ่มที่ 1 “โรคที่ฉันเป็นเกิดจากที่ฉันเครียดมานานแล้ว ตอนนั้นที่ฉันเป็นใหม่ ๆ ก่อนที่จะมาหาหมอ ฉันมีอาการคิดวุ่นแต่เรื่องที่ทำให้ฉันเครียด นอนไม่หลับ และฉันก็โทษตัวเอง มาหาหมอกินยาตามที่หมอให้มันก็ช่วยได้เยอะนะ”

กลุ่มที่ 1 “มันเกิดมาตั้งแต่สามมีฉันเสีย ตั้งแต่ตอนนั้นมาฉันนอนไม่หลับ หลับ ๆ ตื่น ๆ ถ้าตื่นมาตอนดึกก็ไม่หลับอีกเลย ไม่ค่อยอยากกินข้าวกินน้ำ ฉันก็มีลูกนี้แหละที่คอยดูแลพามาหาหมอตามนัด กินยาของหมอก็นอนหลับได้”

กลุ่มที่ 1 “สาเหตุของผมเกิดมาจากภรรยาผมขอแยกทาง ผมไม่ค่อยมีอาการอะไรนะ ไม่กินกาแฟ ทำจิตใจให้สงบ”

กลุ่มที่ 1 “ของผมเริ่มตั้งแต่คนมาพูดนินทาใส่ร้าย ช่วงที่ก่อนจะมาหาหมอกินยามีอาการนอนไม่หลับ ไม่ค่อยสนใจอยากทำอะไร ไม่อยากเจอผู้คน ผมดูแลตัวเองโดยไม่คิดมากเรื่องคนที่มาว่าไม่ดีใส่เรา เรื่องนอนไม่หลับก็กินยามาหาหมอตตามนัด”

กลุ่มที่ 2 “ฉันเข้าใจว่าเกิดจากสารในสมองไม่สมดุลและก็เกิดจากความเครียดจากที่ฉันรู้มานะ หมอ ฉันมีอาการนอนไม่หลับ ไม่ค่อยอยากกินอะไร ฉันก็ทำบุญสวดมนต์ กินยานอนหลับ ”

กลุ่มที่ 2 “เคยดูใน YouTube เขาบอกว่ามันเกิดสารเคมีในสมองมันเสียสมดุล อาการนอนไม่หลับ มองคนอื่นและตนเองในด้านไม่ดี ทุกวันนี้ดูแลตนเองโดยการกินยาสม่ำเสมอทำใจไม่ให้กังวล”

กลุ่มที่ 2 “ของฉันทันเองมันเกิดจากการกังวลเรื่องหนี้สิน ติดหนี้เยอะ พอติดหนี้เยอะแล้วมันเครียดกังวล นอนไม่หลับ คิดโทษตัวเองว่าทำไมอายุเยอะแล้วยังต้องมาติดหนี้ติดสินความคิดเรื่องหนี้สินมันรุมเร้า กินยานอนหลับไม่กินก็ไม่หลับ ส่วนเรื่องหนี้สินก็ปล่อยวางใช้ไป”

กลุ่มที่ 2 “เริ่มเป็นมาตั้งแต่ตาป่วยแล้วนอนติดเตียงเราก็ต้องดูแลแทบจะไม่ได้ไปไหนมาไหนเลย อาการที่เริ่มเป็นก็เรื่องนอนไม่หลับ กินยาตามที่หมอให้แต่ก็ยังไม่หลับอยู่ดีวันนี้หมอเขาปรับยาให้แล้วอาจหลับได้มากขึ้น”

2. จากการสังเกตของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยในกิจกรรมที่ให้สมาชิกภายในกลุ่มมีการวางแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนได้ พบว่าสมาชิกภายในกลุ่มสามารถบอกเล่าและเขียนบันทึกลงในใบงานที่ 2 ได้อย่างเหมาะสม และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิกภายในกลุ่มในประเด็นดังกล่าว ดังประโยคคำพูดของสมาชิกที่กล่าวว่า

กลุ่มที่ 1 “ตอนเช้าออกกำลังกายตามที่ได้ เหยียงแขนขา หากิจกรรมทำไม่ให้เครียด ทุกวันนี้อยู่ได้เพราะการกินยาสม่ำเสมอ”

กลุ่มที่ 1 “ตื่นเช้ามาก็เลี้ยงหลาน กินข้าวกินยา ช่วงค่ำ ๆ ก็พาหลานไปหาเพื่อนบ้านข้าง ๆ ก่อนนอนก็กินยา”

กลุ่มที่ 1 “แต่ละวันของฉันทำทุกอย่างตั้งแต่ไปรับ-ส่งหลานไปโรงเรียน ทำกับข้าวให้หลานกิน เรื่องการกินยาของฉันกินไม่เคยขาดเลยนะ”

กลุ่มที่ 1 “ตื่นเช้ามากินข้าวกินยา เข้าสวนมะพร้าว กว่าจะได้ออกมาก็เป็นช่วงบ่ายพอดีกับมา กินข้าวเที่ยง ช่วงเย็น ๆ ก็หาอย่างอื่นทำให้ชีวิตมีความสุข เรื่องการกินยาผมกินเช้าเย็นไม่เคยขาด”

กลุ่มที่ 2 “ส่วนใหญ่ในแต่ละวันก็ทำงานบ้านเช้า-เย็น เวลาว่าง ๆ ก็ทำกิจกรรมในชมรม ผู้สูงอายุ กินยาให้สม่ำเสมอเป็นสิ่งที่สำคัญในแต่ละวันฉันเองไม่เคยขาดเลย”

กลุ่มที่ 2 “ตื่นเช้ามาฉันเองทำกับข้าวดูแลหลาน เวลากิจกรรมว่าง ๆ ช่วงเย็น ๆ ฉันชอบปลูกต้นไม้ฉันทำแล้วชีวิตฉันมีความสุข กินยาฉันกิน 2 เวลาคือเช้า-ก่อนนอน”

กลุ่มที่ 2 “ฉันเป็นคนตื่นเช้า ในแต่ละวันช่วยหลานสอนทำขนม ช่วยเย็บใบตอง ช่วงเย็น ๆ เวลาลูกเอาขนมไปส่งก็จะดูแลหลาน การกินยาฉันกินเช้าและเย็น กินประจำไม่เคยขาดยา”

กลุ่มที่ 2 “ชอบทำงานต่าง ๆ ไม่ชอบให้ตัวเองว่าง เวลาว่างแล้วจะเครียด เข้า-เย็น ก็ทำงานบ้านปกติแบบนี้ทุกวัน สิ่งที่สำคัญในแต่ละวันคืออย่าปล่อยให้ตัวเองว่างและต้องกินยาตลอดห้ามขาด”

ซึ่งสมาชิกภายในกลุ่มโดยภาพรวมให้ความร่วมมือในระหว่างการทำกิจกรรม แต่ยังมี การสนทนาระหว่างบุคคลภายในกลุ่ม และเกิดการพูดแทรกระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มท่านอื่นพูด ทำให้บรรยากาศในการทำกลุ่มไม่เป็นตามขั้นตอนและระยะเวลาที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ และในขั้นปิดกลุ่มผู้วิจัยให้สมาชิกภายในกลุ่มทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้ สมาชิกส่วนใหญ่สามารถสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในการทำกิจกรรมได้ดังประโยคคำพูดของสมาชิกที่กล่าวว่า

“โรคซึมเศร้าเกิดจากสารเคมีในสมองไม่สมดุลและเกิดเรื่องเครียดในชีวิต ทำให้มีอาการนอนไม่หลับ ไม่อยากกินอาหาร ดูแลตนเองด้วยการกินยามาหาหมอตามนัด”

“ได้รู้จักการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ได้รู้ว่าการฟื้นคืนสู่สุขภาพคืออะไร”

“ได้สร้างแผนการดำเนินชีวิตในแต่ละวันของตัวเอง ตั้งแต่ตื่นนอน-ก่อนนอน ทำให้รู้ว่าสิ่งที่ตัวเองกำลังทำอยู่เป็นสิ่งที่ทำให้เราสุขภาพกายและสุขภาพใจดี”

“ได้รู้ที่ไปที่มาของโรคที่เป็นอยู่ ว่าทำไมตัวเองต้องกินยา กินยาแล้วยาไปช่วยอะไร ได้พูดคุยกับคนอื่นทำให้ตัวเองเข้าใจว่าไม่ใช่แค่ตัวเองกำลังเผชิญเรื่องนอนไม่หลับ”

### กิจกรรมที่ 3 : แผนรับมือตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาตัวกระตุ้นที่ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าและวางแผนรับมือได้อย่างเหมาะสม



2. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาสัญญาณเตือนของอาการซึมเศร้าและวางแผนรับมือได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกภายในกลุ่มสามารถระบุตัวกระตุ้นของการเกิดอาการซึมเศร้าภายในตนเองได้ และภายในกลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนและบอกเล่าประสบการณ์ของแต่ละบุคคลได้อย่างอิสระ

2. สมาชิกภายในกลุ่มสามารถค้นหาและระบุสัญญาณเตือนของอาการซึมเศร้าภายในตนเองได้ และภายในกลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนและบอกเล่าประสบการณ์ของแต่ละบุคคลอย่างอิสระ

### สาระสำคัญ

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องมีความเข้าใจและรับรู้ถึงสิ่งที่มากระตุ้นอารมณ์ ความรู้สึกที่อาจส่งผลต่อการเพิ่มหรือทำให้เกิดอาการซึมเศร้า พร้อมทั้งมีการวางแผนรับมือต่อสิ่งที่มากระตุ้นอย่างเหมาะสม สัญญาณเตือนมักเป็นสัญญาณภายในที่สังเกตได้ยาก ที่เกิดจากการตอบสนองต่อตัวกระตุ้น การรู้จักสัญญาณเตือนจะทำให้เราสามารถจัดการและวางแผนรับมือก่อนที่อาการซึมเศร้าจะเลวร้ายลง

ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 60 นาที

### สื่อ/วัสดุอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3.1: แผนรับมือตัวกระตุ้นของฉัน
2. ใบงานที่ 3.2: แผนรับมือสัญญาณเตือนของฉัน
3. ใบความรู้ที่ 3: ตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้า
4. ดินสอ ยางลบ และปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรม

### การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก บอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมข้อตกลงระหว่างดำเนินกิจกรรมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้สมาชิกทราบ และกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา

2. ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจของสมาชิกเกี่ยวกับตัวกระตุ้น “ตัวกระตุ้นในความคิดของท่านคืออะไร และอะไรบ้างคือตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า” ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สอบถามและให้ความรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้นอาการซึมเศร้า

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกค้นหาตัวกระตุ้นที่ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าและสร้างแผนรับมือและจัดการตัวกระตุ้นเขียนบันทึกลงในใบงานที่ 3

4. ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจของสมาชิกเกี่ยวกับสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้า “สัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าในความคิดของท่านคืออะไร และอะไรบ้างคือสัญญาณเตือนของอาการซึมเศร้า” ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สอบถามและให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้า

5. ผู้วิจัยให้สมาชิกค้นหาสัญญาณเตือนของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในตนเอง และวางแผนรับมือเมื่อมีสัญญาณอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น จากประสบการณ์เดิมของตนหรือจากการบอกเล่าของสมาชิกท่านอื่น และให้สมาชิกเขียนบันทึกลงในใบงานที่ 3

6. ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์และความเข้าใจจากการทำกิจกรรมในวันนี้ ในประเด็นเกี่ยวกับตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้า การสร้างแผนการรับมือ และนัดหมายสมาชิกในครั้งถัดไป

#### การประเมินผล

1. จากการสังเกตของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยในกิจกรรมที่ให้สมาชิกภายในกลุ่มค้นหาตัวกระตุ้นของการเกิดอาการซึมเศร้าภายในตนเอง พบว่าสมาชิกภายในกลุ่มสามารถค้นหาและระบุตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าภายในตนเองได้ สามารถเขียนบันทึกตัวกระตุ้นของอาการซึมเศร้าภายในตนเองลงในใบงานที่ 3 ได้อย่างเหมาะสม และภายในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนและบอกเล่าประสบการณ์ของตนเกี่ยวกับตัวกระตุ้นของอาการซึมเศร้าและวิธีการรับมือเมื่อมีตัวกระตุ้นเข้ามากระทบ ดังประโยคคำพูดของสมาชิกที่กล่าวว่า

กลุ่มที่ 1 “ความเครียดภายในครอบครัว ทำให้สบายอะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด ”

กลุ่มที่ 1 “คำพูดไม่ดีของคนอื่น ไม่เก็บมาใส่ใจ”

กลุ่มที่ 1 “เหตุการณ์ตอนโควิดระบาดขายของไม่ได้ แก้ปัญหาโดยการหารายได้ทางอื่นเพิ่ม ”

กลุ่มที่ 1 “เครียดสะสมหลายเรื่องรวมกัน จัดการปัญหาที่สำคัญและเร่งด่วนก่อน”

กลุ่มที่ 1 “เรื่องการหารายได้ที่ไม่พอใช้จ่าย ประหยัดมากขึ้นและหาเงินให้ได้มากกว่าเดิม”

กลุ่มที่ 1 “การสูญเสียคนในครอบครัว กว่าที่จะผ่านมาได้ก็ใช้เวลายาวนานเหมือนกันนะยอมรับความจริงว่าคนเรามีเกิด แก่ เจ็บตาย เป็นเรื่องทั่วไป”

กลุ่มที่ 1 “เรื่องหนี้สินรุมเร้า มีลูกช่วยแบ่งเบาภาระก็ทำให้ไม่กังวลเหมือนช่วงแรก ๆ”

กลุ่มที่ 1 “คนในบ้านทะเลาะกัน เวลาที่เขาทะเลาะกันฉันก็จะเดินหนีเพราะถ้าอยู่ในสถานการณ์นั้นฉันจะยิ่งเครียดกว่าเดิม”

กลุ่มที่ 1 “คิดมากเรื่องการเจ็บป่วยทางกาย ปล่อยวางเรื่องการเจ็บป่วยเวลาไม่สบายกินยารักษาโรคประจำตัวประจำทำให้ไม่คิดถึงมัน”

กลุ่มที่ 1 “แมวหาย ลูกซื้อแมวมาให้เลี้ยงใหม่อีกตัวเป็นแมวตัวสีขาว”

กลุ่มที่ 2 สมาชิกภายในกลุ่มมีตัวกระตุ้นของอาการซึมเศร้าเหมือนกันทุกข้อในใบงาน 3.1 ซึ่งประกอบไปด้วย ความตึงเครียดในครอบครัว สภาพแวดล้อมที่อึดอัดเสียงดัง คำวิพากษ์ของคนอื่น การทำงาน/หารายได้ที่ยากลำบาก การทำหน้าที่ภายใต้ความกดดัน วันสำคัญของบุคคลอันเป็นที่รัก กินยาโรคซึมเศร้าไม่ต่อเนื่อง และเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ น้ำอัดลม ดังประโยคคำพูดของสมาชิกที่กล่าวว่า “สิ่งที่พูดมาทั้งหมดเป็นสิ่งที่ทำให้อาการซึมเศร้า เครียด จากที่สงบอยู่ก็ทำให้เกิดความรุนแรงขึ้น”

2. จากการสังเกตของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยในกิจกรรมที่ให้สมาชิกภายในกลุ่มค้นหาและระบุสัญญาณเตือนของอาการซึมเศร้าภายในตนเอง พบว่าสมาชิกภายในกลุ่มสามารถค้นหาและระบุสัญญาณเตือนของอาการซึมเศร้าภายในตนเองได้ สามารถเขียนบันทึกสัญญาณเตือนของอาการซึมเศร้า และวิธีการรับมือภายในตนเองลงในใบงานที่ 3.2 ได้อย่างเหมาะสม และภายในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนและบอกเล่าประสบการณ์ของตนเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของอาการซึมเศร้าและวิธีการรับมือจากประสบการณ์เดิมของตน โดยส่วนใหญ่จากการบอกเล่าของสมาชิกถึงสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าภายในตนเองสอดคล้องกับสัญญาณเตือนในใบงานที่ 3.2 ซึ่งประกอบด้วย เครียด/อารมณ์แปรปรวน/ปวดศีรษะ, แยกตัวอยู่โดดเดี่ยว/หลีกเลี่ยงสังคม, ไม่มีสมาธิ/ความคิดฟุ้งซ่าน, เบื่ออาหารทานได้น้อย/มากเกินไป, นอนหลับไม่สนิท/นอนมากเกินไป, มีแต่ความคิดในแง่ลบ, เบื่อหน่าย/ท้อแท้/สิ้นหวัง, เริ่มมีความคิดอยากตาย และวิธีการจัดการและรับมือของสมาชิกโดยส่วนใหญ่จะเน้นนั่งสมาธิ/สวดมนต์/ทำจิตใจให้สงบ, หันเหความสนใจโดยการทำกิจกรรมอื่น ๆ, พูดคุยกับบุคคลที่ไว้วางใจ เนื่องจากสมาชิกภายในกลุ่มส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามาเป็นระยะเวลายาวนาน หากเกิดสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้นจะจัดการโดยรับปรึกษาแพทย์โดยเพิ่มขนาดยาตามคำแนะนำของแพทย์ผู้ให้การรักษา

#### กิจกรรมที่ 4 : แผนรับมือภาวะวิกฤติ

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาและวางแผนรับมือภาวะวิกฤติที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าบอกถึงความตั้งใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

##### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกภายในกลุ่มสามารถระบุภาวะวิกฤติของอาการซึมเศร้าภายในตนเองได้ และภายในกลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนและบอกเล่าประสบการณ์ของแต่ละบุคคลอย่างอิสระ
2. สมาชิกภายในกลุ่มสามารถเขียนแผนการรับมือภาวะวิกฤติของตนเองได้

##### สาระสำคัญ

แผนรับมือภาวะวิกฤติเป็นการวางแผนรับมือต่อเหตุการณ์วิกฤติที่อาจเกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับตนเองและผู้อื่นในการช่วยเหลือจากภาวะวิกฤติ ภาวะวิกฤติมีความหมายที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล ภาวะวิกฤติอาจหมายถึงภาวะที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน การวางแผนการรับมือกับภาวะวิกฤติยังสามารถทำให้บุคคลแสดงถึงความตั้งใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมทั้งก่อนและหลังภาวะวิกฤติที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นการวางแผนรับมือภาวะวิกฤติต้องเขียนอธิบายให้ชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้จริง

**ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 60 นาที**

### **สื่อ/วัสดุอุปกรณ์**

1. ใบความรู้ที่ 4 : ภาวะวิกฤติอาการซึมเศร้า
2. ใบงานที่ 4 : แผนรับมือภาวะวิกฤติของฉัน
3. ดินสอ/ยางลบ และปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรม

### **การดำเนินกิจกรรม**

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก บอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมข้อตกลงระหว่างดำเนินกิจกรรมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้สมาชิกทราบ และกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจของสมาชิกเกี่ยวกับภาวะวิกฤติ “ภาวะวิกฤติในความคิดของท่านคืออะไรและลักษณะของภาวะวิกฤติของอาการซึมเศร้า”
3. ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สอบถามและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะวิกฤติของอาการซึมเศร้า
4. ผู้วิจัยให้สมาชิกค้นหาลักษณะของภาวะวิกฤติของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในตนเองจากการทบทวนจากประสบการณ์เดิมของสมาชิก โดยเขียนและบันทึกลงในใบงานที่4
5. ผู้วิจัยให้สมาชิกสร้างแผนการรับมือภาวะวิกฤติในใบงานที่4 ดังต่อไปนี้
  - 5.1 จัดทำรายชื่อ บทบาทหน้าที่ และสถานที่ติดต่อ ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล หน่วยงานอื่นๆ ที่ท่านต้องการมีส่วนร่วมหรือครอบครัวและมิตรสหาย
  - 5.2 สถานที่บำบัดที่พึงประสงค์ที่จะเข้ารับการรักษาหากเกิดภาวะวิกฤติ เช่น โรงพยาบาล สถานดูแลชั่วคราว หรือให้มีคนมาดูแลที่บ้าน เป็นต้น
  - 5.3 ยารักษาโรค ระบุชื่อยาที่จำเป็นต้องรับประทาน ชนิด และประโยชน์ที่ได้รับยานั้น รวมถึงยาที่ต้องหลีกเลี่ยง
  - 5.4 การบำบัดรักษา เช่นการบำบัดรักษาที่เป็นประโยชน์ เช่น การมีพยาบาล เจ้าหน้าที่ ฝึาเมื่อไม่ปลอดภัย และการบำบัดรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์/ต้องหลีกเลี่ยง เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) การอยู่ในห้องแยก เป็นต้น

6. ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์และความเข้าใจจากการทำกิจกรรมในวันนี้ ในประเด็นเกี่ยวกับภาวะวิกฤติอาการซึมเศร้าและการสร้างแผนการรับมือ รวมถึงผู้วิจัยนัดหมายสมาชิกในครั้งถัดไป

### การประเมินผล

1. จากการสังเกตของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยในกิจกรรมที่ให้สมาชิกภายในกลุ่มค้นหาลักษณะของภาวะวิกฤติของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในตนเองจากการทบทวนประสบการณ์เดิมของตน พบว่าสมาชิกภายในกลุ่มสามารถค้นหาและระบุภาวะวิกฤติของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในตนเองได้ รวมไปถึงมีการเขียนบันทึกแผนการรับมือภาวะวิกฤติของตนลงในใบงานที่ 4 ได้อย่างเหมาะสม และภายในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนและบอกเล่าประสบการณ์ของตนเกี่ยวกับลักษณะของภาวะวิกฤติของอาการซึมเศร้าและวิธีการจัดการและรับมือที่ผ่านมา ดังประโยคคำพูดของสมาชิกที่กล่าวว่า

กลุ่มที่ 1 “วิกฤตตอนนั้นเริ่มด้วยมีอาการท้อแท้ โมโหง่าย นอนไม่หลับทั้งวันทั้งคืนติดต่อกันเป็นเดือน อนามัยไปคัดกรองเขาบอกว่าซึมเศร้ารุนแรง เขาเลยส่งมาที่โรงพยาบาลเพื่อเอายาไปกิน กินยาแล้วดีขึ้นและก็มาตลอด กลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ ”

กลุ่มที่ 1 “เครียดมากแล้วคิดย้อนหลังกับคำพูดที่ไม่ดีของคนอื่นตลอดเวลา มาหาหมอและซื้อยากินเองแล้วอาการดีขึ้น ขาดยาไม่ได้ถ้าขาดแล้วจะกลับมากังวล”

กลุ่มที่ 1 “นอนไม่หลับ เครียดกังวลติดต่อกันนานเป็นเดือนสองเดือน เพราะช่วงนั้นโควิดระบาด หยุดทำงานไป 2 ปี ใช้วิธีคิดหาสูตรขนมทำและมาหาหมอเอายาไปกินก็อาการดีขึ้น ”

กลุ่มที่ 1 “นอนไม่หลับ เครียดมากเดินไปกลับจากบ้านมาโรงพยาบาลติดต่อกันประมาณ 2 สัปดาห์ หมอเลยให้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล หลังจากกลับไปกินยาแล้วอาการเครียดนอนไม่หลับก็ดีขึ้น”

กลุ่มที่ 1 “นอนไม่หลับประมาณ 1 เดือน มาหาหมอเอาไปกิน กินยามาตลอด อาการนอนไม่หลับและอาการเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังก็ดีขึ้น”

กลุ่มที่ 1 “โกรธง่าย โมโหง่าย นอนไม่หลับ ไม่อยากตื่นขึ้นมา เป็นอาการแบบนี้ติดต่อกันหลายเดือน เริ่มปรึกษาเจ้าหน้าที่อนามัยเขาคัดกรองภาวะซึมเศร้าแล้วส่งมาที่โรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ ได้ยากลับไปทาน ทานยาแล้วอาการดีขึ้น เคยหยุดยาไป 1 ปี แล้วกลับมามีอาการเหมือนเดิม ตอนนี้นำกลับมาหาหมอแล้วก็ทานยาตามที่หมอให้ไม่เคยขาด”

กลุ่มที่ 1 “เครียดมากเป็นอยู่นาน ไปหาหมอที่คลินิกประมาณ 1-2 ปี หมอฉีดยาบำรุงให้ แต่ก่อนที่จะมารักษาที่นี่ถูกคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยอนามัย แล้วอนามัยส่งมาพบหมอ ได้ยาไปกินแล้วอาการที่เป็นอยู่ที่ว่าเครียดก็ดีขึ้น”

กลุ่มที่ 1 “เริ่มมีอาการมาจากปวดหัว ไปหาหมอตามที่ต่าง ๆ เขาก็บอกว่าเครียด และเป็นหนักมากขึ้นจนมีอาการนอนไม่หลับลุกเดินไปมาในตอนกลางคืน เลยตัดสินใจมาหาหมอได้ยากกลับไปกินปรับยาอยู่เรื่อย ๆ จนถึงปัจจุบัน อาการก็ดีขึ้นมาเรื่อยๆตั้งแต่มาหาหมอกินยา ”

กลุ่มที่ 1 “ตอนอายุ 39 เป็นอัมพฤกษ์ขาแขนขาครึ่งซีกและเริ่มมีอาการทางกายไม่ทราบสาเหตุ มีคนพาไปที่สถาบันกัลยา ฯ ได้ยามากินแล้วขอหยุดยา จนมีเหตุการณ์ความเครียดเรื่องงานและกลับมามีอาการโกรธ ฉุนเฉียว กลับมาพบหมอได้ยากกลับไปกิน ก็กินยามาตลอดแล้วอาการก็ดีขึ้น”

กลุ่มที่ 1 “เริ่มจากแมวหาย ร้องไห้เสียใจ นอนไม่หลับ แล้วก็มาหาหมอกินยา ปัจจุบันได้แมวตัวใหม่สีขาวมาเลี้ยง อาการก็ดีขึ้น”

กลุ่มที่ 2 “โดนขโมยถังบ้านและช่วงนั้นแยกทางกับภรรยา เริ่มมีอาการเครียด นอนไม่หลับจึงมาหาหมอได้ยากกลับไปกิน กินยามาตลอดแล้วอาการดีขึ้น”

กลุ่มที่ 2 “มีอาการเศร้ามาก เครียด นอนไม่หลับหลายเดือน มาพบแพทย์ได้ยากไปกินแล้วสบายใจ”

กลุ่มที่ 2 “เครียดเรื่องคนในบ้าน มีแต่คนสุขภาพไม่ดี เริ่มมีอาการนอนไม่หลับ ก็มาพบแพทย์ได้ยากกลับไปกินก็ยังหลับไม่ดี”

กลุ่มที่ 2 “เริ่มจากมีอาการนอนไม่หลับ รู้สึกว่าหลับได้น้อยเป็นแบบนี้อยู่นานจนมันส่งผลต่อชีวิต ตัดสินใจมาหาหมอกินยา”

กลุ่มที่ 2 “ช่วงที่หนักสุด ๆ คือสามีป่วย บ้านจะถูกไล่ที่ ลูกก็กำลังเรียน เริ่มมีอาการเครียดกังวล กินข้าวได้น้อยลง นอนหลับได้น้อย จึงมาหาหมอกินยาอาการที่วามาก็เริ่มดีขึ้นเรื่อย ๆ”

กลุ่มที่ 2 “เครียดเรื่องเศรษฐกิจ เป็นหนี้สินเยอะ มีอาการนอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลานานหลายเดือน มาหาหมอหมอให้ยาไปกิน กินแล้วอาการก็ดีขึ้นนอนหลับได้ ไม่ค่อยเครียด”

จากการสังเกตของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยจะสังเกตได้ว่าภาวะวิกฤตของอาการซึมเศร้าในสมาชิกกลุ่มที่ 1 และ 2 ส่วนใหญ่จะเริ่มมาจากการเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและจะตามมาด้วยอาการนอนไม่หลับ และมีวิธีการจัดการต่อภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่จะเน้นการรักษาทางการแพทย์โดยการมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาและการรับประทานยา

## กิจกรรมที่ 5 : แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาและรับรู้แหล่งสนับสนุนในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกภายในกลุ่มสามารถวาดรูปบ้านแห่งความสุขได้อย่างเหมาะสม และสมาชิกแต่ละท่านสามารถสะท้อนความคิด ความรู้สึกในสิ่งที่ตนวาดออกมาได้อย่างอิสระและมีความเป็นเหตุเป็น

ผลที่สอดคล้องกับภาพที่วาด รวมถึงเกิดการตระหนักถึงความรักความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวของตน อันเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของสมาชิก

2. สมาชิกภายในกลุ่มสามารถระบุและค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนของตนได้เมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคของการฟื้นคืนสู่สภาวะและภายในกลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนและบอกเล่าประสบการณ์ของแต่ละบุคคลอย่างอิสระ

### สาระสำคัญ

การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้ความรัก ความเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง รวมไปถึงรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีแหล่งสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร จะส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางสภาพจิตใจ เกิดความพึงพอใจและมีความหวังในการดำเนินชีวิต

ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 45 นาที

### สื่อ/วัสดุอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5.1 : บ้านแห่งความสุข
2. ใบงานที่ 5.2 : แหล่งสนับสนุนในชุมชนของฉัน
3. ใบความรู้ที่ 5 : แหล่งสนับสนุนทางสังคม
4. ดินสอ ยางลบ ปากกาหรือดินสอสีสำหรับวาดภาพระบายสี

### การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก บอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมข้อตกลงระหว่างดำเนินกิจกรรมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้สมาชิกทราบ และกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 5.1 พร้อมอุปกรณ์วาดภาพ โดยให้วาดรูปที่เกี่ยวข้องกับบ้านอย่างอิสระและตั้งชื่อบ้านหรือไม่ก็ได้ เมื่อวาดเสร็จผู้วิจัยกระตุ้นถามถึงสิ่งที่ได้จากการสร้างบ้านหรือครอบครัวร่วมกัน ถามถึงสิ่งที่เห็นในภาพที่สมาชิกสร้างขึ้น ถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น ตัวอย่างคำถามเช่น “รู้สึกอย่างไรกับบรรยากาศภายในบ้านที่ได้วาด” “อยากให้บ้านที่ร่วมกันสร้างเป็นอย่างไร” “ท่านอยากให้มีสมาชิกในบ้านและท่านเป็นอย่างไร”
3. ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรมและการนำไปใช้เช่น แหล่งสนับสนุนในครอบครัวของตน การให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือกันภายในครอบครัว และความรักความอบอุ่นในครอบครัวของตน
4. ผู้วิจัยให้สมาชิกภายในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นคืนสู่สภาวะแล้วให้สมาชิกภายในกลุ่มได้ค้นหาแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยเหลือ บันทึกลงในใบงานที่ 5.2

5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและแจกใบความรู้ที่ 5 รวมถึงให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชนของตน

6. ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์และความเข้าใจจากการทำกิจกรรมในวันนี้ ในประเด็นเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมถึงผู้วิจัยนัดหมายสมาชิกในครั้งถัดไป

### การประเมินผล

1. จากการสังเกตของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยในกิจกรรมวาดรูปบ้านแห่งความสุขพบว่าสมาชิกภายในกลุ่มวาดรูปบ้านแห่งความสุขลงในใบงานที่ 5.1 ได้อย่างเหมาะสม รวมไปถึงเกิดการตระหนักถึงความรักความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวของตน ดังประโยคคำพูดของสมาชิกที่กล่าวในลักษณะเดียวกัน

“คนในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ เวลาที่เจ็บป่วยก็มีพวกเขาเป็นคนที่พามาหาหมอ”

“เวลาที่คนในครอบครัวมีปากเสียงกัน มันทำให้อาการเครียด เศร้ามันแย่ง ถ้าคนในบ้านสามัคคีกัน ไม่ทะเลาะกัน อาการเครียด ก็ลดลง”

“อยู่คนเดียวมาตลอดชีวิต เวลาที่มีปัญหาต่าง ๆ เข้ามาก็จะมีพี่สาว เป็นที่พึ่งตอนนั้นที่มีอาการเครียด นอนไม่หลับก็ได้เขาพาไปหาหมอ”

“ช่วงวิกฤตที่ยากลำบากมีลูกชายที่พึ่งพาได้ เขาเป็นเสาหลักของคนในครอบครัวช่วยทำงาน ปลูกต้นไม้ปลูดยาง ช่วย ทำให้แบ่งเบาภาระไปได้เยอะ และตอนที่เครียดนอนไม่หลับหนัก เขาก็เป็นคนพามาหาหมอที่นี่”

“เวลาที่เรามีเรื่องเครียด คนในครอบครัวก็เครียดตาม ปัจจุบันก็ทำให้สบาย ปล่อยวาง มันก็ดีขึ้นนะ คนในครอบครัวมีความสุข มีปัญหาหรือเรื่องอะไรก็ปรึกษากัน”

“สิ่งแรกที่นึกถึงคือคนในครอบครัว เวลาที่เกิดอะไรขึ้นก็คนในบ้านนี่แหละที่เขาจะช่วยเหลือเรา เวลาที่เกิดเรื่องเครียดนอนไม่หลับอันดับแรกเลยนะคือคนในครอบครัวเขาจะรู้จักก่อน ต่อมาค่อยเป็นหมอ พยาบาล”

2. จากการสังเกตของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยในกิจกรรมที่ให้สมาชิกภายในกลุ่มระบุและค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนของตนเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ซึ่งสมาชิกภายในกลุ่มสามารถเขียนและบันทึกลงในใบงานที่ 5.2 ได้อย่างเหมาะสม รวมไปถึงมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิกภายในกลุ่มในประเด็นดังกล่าว ดังประโยคคำพูดของสมาชิกที่กล่าวว่า

กลุ่มที่ 1 “ตอนที่เริ่มนอนไม่หลับบอกลูกก่อน ลูกพามาอนามัย แล้วอนามัยส่งให้มาพบหมอที่นภลัย แหล่งที่ช่วยเหลือมีลูกและที่โรงพยาบาล หมอ พยาบาล”



กลุ่มที่ 1 “เริ่มนอนไม่หลับ เครียดกังวล เลยตัดสินใจมาหาหมอที่โรงพยาบาล”

กลุ่มที่ 1 “อสม. เข้าไปคัดกรองเขาบอกว่าซึมเศร้า มาที่อนามัยพยาบาลคัดกรองเขาบอกว่า เป็นซึมเศร้าก็เลยให้ลูกพามาหาหมอที่โรงพยาบาล ”

กลุ่มที่ 1 “ถ้าวิกฤตถึงขั้นคุมสติไม่อยู่ ก็คงให้ลูกพามาหาหมอที่โรงพยาบาล เคยเห็นในทีวีที่ ตำรวจจับคนบ้าไปส่งโรงพยาบาล แหล่งที่ให้การช่วยเหลือมีลูก พี่น้อง เพื่อนบ้าน โรงพยาบาล หมอ”

กลุ่มที่ 2 “โดนขโมยงัดบ้านตอนนั้นก็แจ้งตำรวจ เริ่มมีอาการเครียด นอนไม่หลับก็มาหาหมอที่โรงพยาบาล”

กลุ่มที่ 2 “ตอนนั้นที่เกิดอารมณ์เศร้ามากๆ เครียด นอนไม่หลับหลายเดือนติดต่อกัน ขอความช่วยเหลือจากที่นี่ มาพบแพทย์ได้ยากเกินไป”

กลุ่มที่ 2 “ช่วงที่เครียดเรื่องคนในบ้าน มีแต่คนสุขภาพไม่ดีก็ปรึกษาลูกสาว พอเริ่มมีอาการ นอนไม่หลับ ก็มาพบแพทย์โรงพยาบาล”

กลุ่มที่ 2 “เริ่มจากมีอาการนอนไม่หลับไปที่อนามัย อนามัยส่งมาพบหมอที่นี่ แหล่งที่ช่วยเหลือ อนามัย โรงพยาบาล หมอ พยาบาล”

กลุ่มที่ 2 “ช่วงที่เริ่มมีอาการเครียด กังวล กินข้าวได้น้อยลง นอนหลับได้น้อยปรึกษากับญาติ และคนในครอบครัว ญาติแนะนำให้มาหาหมอจึงมาหาหมอที่โรงพยาบาล”

กลุ่มที่ 2 “มีอาการนอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลานานหลายเดือนปรึกษาลูก ลูกพามาหาหมอ แหล่งที่เคยขอความช่วยเหลือเวลาที่เจ็บป่วยก็มีโรงพยาบาล”

จากการสังเกตของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยจะสังเกตได้ว่าปัญหาและอุปสรรคการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ภาวะคือปัญหาเรื่องการเจ็บป่วยและอาการซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สมาชิก ขอความช่วยเหลือจะเป็นบุคคลในครอบครัวเป็นลำดับแรก ลำดับต่อมาคือแหล่งสนับสนุนทางด้าน สุขภาพ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล อำเภอ และบุคลากรทางการแพทย์

## กิจกรรมที่ 6 : ความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับผิดชอบและปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตน
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารู้สิทธิและสวัสดิการในด้านต่าง ๆ ที่ตนพึงได้รับ

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกภายในกลุ่มรับรู้สิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ

2. สมาชิกภายในกลุ่มเกิดการตระหนักถึงความรับผิดชอบในการทำตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนเอง

3. สมาชิกภายในกลุ่มรู้ถึงพฤติกรรมหรืออุปสรรคที่จะทำให้การฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนเองสำเร็จ สามารถค้นหาแนวทางรับมืออุปสรรคการฟื้นคืนสู่สุขภาพได้อย่างเหมาะสม

### สาระสำคัญ

ความรับผิดชอบและสิทธิของตน เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับผิดชอบต่อ การฟื้นคืนสู่สุขภาพและรู้สิทธิของตนเอง โดยรับผิดชอบต่อตนเองให้ปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ตนเองได้สร้างขึ้นรวมถึงสร้างแผนการจัดการอุปสรรคของการฟื้นคืนสู่สุขภาพหลังจากภาวะวิกฤติ และ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าตระหนักถึงการได้รับการช่วยเหลือและปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์ ด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 45 นาที

### วัสดุอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 6: การรับผิดชอบต่อและสิทธิของตน
2. ใบงานที่ 6.1: ต้นไม้ของฉัน
3. ใบงานที่ 6.2: แผนรับมืออุปสรรคการฟื้นคืนสู่สุขภาพ
4. ดินสอ ยางลบ ปากกาหรือดินสอสีสำหรับวาดภาพระบายสี

### การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก บอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมข้อตกลงระหว่างดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้สมาชิกทราบ และกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่าน มา
2. ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจของสมาชิกเกี่ยวกับสิทธิและสวัสดิการที่ตนพึงได้รับ และผู้วิจัย ให้ความรู้เรื่องสิทธิในการฟื้นคืนสู่สุขภาพแก่สมาชิก อันได้แก่ สิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุชั้น พื้นฐาน และให้ความรู้เรื่องการรับผิดชอบต่อตนเองในการปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ตนวางไว้
3. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกภายในกลุ่ม “ถ้าเปรียบชีวิตเป็นต้นไม้สมาชิกแต่ละท่านเปรียบตนเอง เป็นต้นอะไร” “และการเจริญเติบโตต้นไม้ของท่านมีเส้นทางการเติบโตอย่างไร” เปิดโอกาสให้สมาชิก ได้เขียนและแสดงความคิดเห็นตามกิจกรรมต้นไม้ของฉัน
4. ผู้วิจัยสรุปเส้นทางการเติบโตของต้นไม้ ในประเด็นการรับผิดชอบต่อตนเองในการปฏิบัติ ตามแผนที่ตนวางไว้ โดยชี้ให้สมาชิกเห็นว่า “ต้นไม้จะเจริญเติบโตต้องใช้ระยะเวลา และต้องหมั่นดูแล บำรุงให้น้ำให้ปุ๋ยเพื่อให้ต้นไม้เจริญงอกงาม เปรียบดั่งกับตัวเราที่ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นหายจาก อาการซึมเศร้า และต้องได้รับยา อาหาร และการหมั่นดูแลบำรุงสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ”

5. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกภายในกลุ่มรับผิดชอบที่จะปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ตนวางไว้โดยให้สมาชิกแต่ละท่านเล่าถึงข้อดีหากตนเองปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ และผู้วิจัยให้สมาชิกภายในกลุ่มวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยชินที่จะส่งผลทำให้ตนเองไม่ปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพและบันทึกลงในใบงานที่ 6.2

6. ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์และความเข้าใจจากการทำกิจกรรมในวันนี้ ในประเด็นเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบ รวมถึงผู้วิจัยนัดหมายสมาชิกในครั้งถัดไป

### การประเมินผล

1. จากการสังเกตของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยในกิจกรรมที่สอบถามความเข้าใจของสมาชิกภายในกลุ่มเกี่ยวกับสิทธิและสวัสดิการที่ตนพึงได้รับและให้สมาชิกยกตัวอย่างสิทธิของตน พบว่าสมาชิกโดยส่วนใหญ่ยกตัวอย่างสิทธิเกี่ยวกับเบี้ยผู้สูงอายุ สิทธิรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และสิทธิบัตรทอง” หรือ “สิทธิสปสช.”

2. จากการสังเกตของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยในกิจกรรมที่ให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดการตระหนักถึงความรับผิดชอบในการทำตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตน โดยสมาชิกภายในกลุ่มบอกถึงสิ่งที่ทำให้ต้นไม้เติบโตในใบงานที่ 6.1 และเขียนบันทึกลงในใบงานที่ได้อย่างเหมาะสม รวมไปถึงมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิกภายในกลุ่มในประเด็นดังกล่าว ดังประโยคคำพูดของสมาชิกที่กล่าวว่า

กลุ่มที่ 1 “ใส่ปุ๋ย มีหนอนก็ฉีดยา ต้องดูแลเอาใจใส่ต้นไม้ถึงจะโต ก็เหมือนตัวเราที่ต้องดูแลเอาใจใส่ตัวเอง”

กลุ่มที่ 1 “เหมือนกันต้องดูแลไม่ให้ด้วงมากิน เปรียบเหมือนตัวเราต้องมาหาหมอ กินยาตลอด”

กลุ่มที่ 1 “รดน้ำด้วยน้ำชาข้าว ส่วนยามาแมลงไม่ได้ฉีดใช้ชันโลนผสมน้ำฉีด บำรุงเร่งดอกด้วยลิโป การดูแลต้นไม้ก็เหมือนเราเหมือนกันนะ ต้นไม้ได้ปุ๋ยถึงงามเราได้ยานอนหลับ”

กลุ่มที่ 1 “อยู่บ้านปลูกต้นไม้สวยงาม ใส่เปลือกไข่เปลือกมะพร้าวและเก็บผักตบมาทำเป็นปุ๋ยบำรุงต้นไม้ ตัวเรากับต้นไม้เหมือนกันเลย ต้องหมั่นดูแลเอาใจใส่รับผิดชอบด้วยตัวของเราเอง”

กลุ่มที่ 1 “ใส่ปุ๋ย รดน้ำทุกวัน ตัวเราเองก็ต้องได้ข้าวได้น้ำ กินยาเพื่อให้ตัวเองหาย ดูแลต้นไม้ก็เหมือนดูแลตัวเอง”

กลุ่มที่ 2 “ใส่ปุ๋ย รดน้ำ เปลี่ยนดิน เราเองก็ต้องรับผิดชอบตัวเองโดยการกินยา มาหาหมอมตามนัด ไม่ขาดยา”

กลุ่มที่ 2 “พรวนดิน ต้นไม้เริ่มโตก็ใส่ปุ๋ย รดน้ำเป็นประจำ ใส่ปุ๋ยเดือนละครั้ง เปรียบเหมือนตัวเราต้องรับผิดชอบในการดูแลเอาใจใส่ตัวเองอย่างสม่ำเสมอ”

กลุ่มที่ 2 “ก่อนจะปลูกคัดเลือกสายพันธุ์ให้ดี รดน้ำ พรวนดิน ใส่ปุ๋ยดูแลแบบนี้ตลอด ต้นไม้ก็จะโตและงอกงาม ถ้าเปรียบตัวเองก็ต้องดูแลตนเองแบบที่ดูแลต้นไม้ กินยาให้สม่ำเสมอ มาหาหมอตามนัด”

กลุ่มที่ 2 “เปรียบเหมือนต้นส้มโอ ใส่ปุ๋ย รดน้ำ พรวนดิน ดูแลไม่ให้แมลงกินใบอย่างสม่ำเสมอ จนให้ผลผลิตและดูแลต่อไปอย่างสม่ำเสมอ เหมือนกันกับตัวเราเองต้องกินข้าว กินยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้สบาย และต้องทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ”

กลุ่มที่ 2 “คัดเลือกพันธุ์ที่ดี เลือกวัสดุที่ดี พรวนดินก่อนปลูก รดน้ำใส่ปุ๋ย กำจัดแมลงทำแบบนี้ต้องทำตลอดเป็นประจำต้นไม้ถึงจะโตและให้ผลผลิตออกดอกออกผล ถ้าเปรียบตัวเองเป็นต้นไม้ตัวเราเองก็ต้องดูแลและรับผิดชอบตัวเองกินยาไม่ให้ขาด หาหมอตามนัด ”

3. จากการสังเกตของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยในกิจกรรมที่ให้สมาชิกภายในกลุ่มค้นหาพฤติกรรมหรืออุปสรรคที่จะทำให้การฟื้นคืนสู่สุขภาพของต้นไม้สำเร็จ พบว่าสมาชิกภายในกลุ่มสามารถค้นหาแนวทางรับมืออุปสรรคการฟื้นคืนสู่สุขภาพและเขียนบันทึกลงในใบงานที่ 6.2 ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งโดยส่วนใหญ่สมาชิกจะเขียนและบอกเล่าถึงการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญซึ่งสมาชิกมีวิธีการรับมือที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันคือการให้บุคคลที่ใกล้ชิดเป็นคนเตือนเรื่องการรับประทานยา และการที่ตนเองต้องตระหนักถึงผลกระทบที่ตามมาหากไม่กินยาต่อเนื่อง อันได้แก่ ปัญหาเรื่องนอนไม่หลับ และความเครียดวิตกกังวลที่อาจรุนแรงขึ้นได้

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ซึ่งเป็นกิจกรรมสุดท้าย ผู้วิจัยให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-6 พบว่าสมาชิกโดยส่วนใหญ่สามารถทบทวนกิจกรรมได้และสามารถบอกถึงรายละเอียดแต่ละกิจกรรมได้ถูกต้องและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ผ่านๆ มาโดยมีคำถามดังนี้ “การกินยาเราต้องกินไปตลอดไหม แล้วเราต้องกินยาจำนวนเท่าเดิมไปตลอดหรือเปล่า” ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาโดยให้สมาชิกเชื่อมโยงกับกิจกรรมที่ 2 เป็นกิจกรรมที่ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า “การที่เรากินยาเพื่อไปปรับสมดุลของสารเคมีในสมองให้อยู่ในระดับที่สมดุล หากเราขาดยาหรือกินยาไม่ต่อเนื่องสารเคมีจะเสียความสมดุลทำให้มีอาการซึมเศร้ากลับมารุนแรงได้ และจำนวนยาหรือขนาดปริมาณยาแพทย์จะพิจารณาตามอาการและความรุนแรงของอาการในแต่ละบุคคล”

2.3 ผู้วิจัยกำกับการทดลองทันทีหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ในกลุ่มทดลองโดยใช้แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery Assessment Scale - Domains and Stages : RAS-DS) ของ (Hancock et al., 2016) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย (ศุภลักษณ์ เข้มทอง, 2559) โดยมีเกณฑ์กำกับการทดลอง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

ภาวะ 76 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีการฟื้นคืนสู่สภาวะปานกลางขึ้นไปจึงถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองได้คะแนนน้อยกว่า 76 คะแนนซึ่งถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ผู้วิจัยและผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองจะร่วมกันประเมินถึงปัญหาและหาแนวทางแก้ไขจนกว่าคะแนนของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะถึงเกณฑ์ที่กำหนด ผลการกำกับการทดลองพบว่าสมาชิกในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นคืนสู่สภาวะอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=85.47$ ,  $S.D.=11.06$ ) และมีคะแนนระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะมากกว่า 76 คะแนนซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองจำนวน 17 คน และมีคะแนนระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะน้อยกว่า 76 คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 72, 73, 73, 74 จำนวน 4 คน ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขซึ่งพบว่าปัญหาส่วนใหญ่คือการไม่เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สภาวะ การค้นหาตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สภาวะในใบความรู้ที่ 2 และให้ความรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้นอาการซึมเศร้าในใบความรู้ที่ 3 รวมไปถึงให้สมาชิกค้นหาตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและสร้างแผนการรับมือ พบว่าสมาชิกเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สภาวะและรับรู้ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าภายในตนเองมีอะไรบ้างและสามารถสร้างแผนการรับมือได้อย่างเหมาะสม หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยให้สมาชิกทำแบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะใหม่อีกครั้ง พบว่าสมาชิกจำนวน 4 ท่านมีคะแนนระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะมากกว่า 76 คะแนนซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

### 3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยประเมินอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการทดลอง (Post-test) ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (BDI-II) ฉบับภาษาไทย (The Beck depression Inventory-second Edition Thai version; BDI-II Thai version) (Beck et al., 1996a) แปลและพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยศราวุธ ราชมณี และคณะ (2561) จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics ซึ่งมีการดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ และค่าเฉลี่ยร้อยละ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ โดยใช้สถิติ Paired samples t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## ภาพที่ 2 สรุปรายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 46 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการดำเนินการวิจัยมีการ Drop out ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 42 คน เป็นกลุ่มทดลอง 21 คน กลุ่มควบคุม 21 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (BDI-II) ฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post Test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน โรคประจำตัว รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน และค่าเฉลี่ยร้อยละ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=21)		กลุ่มทดลอง (n=21)		รวม (n=42)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	<b>เพศ</b>					
ชาย	4	17.4	4	19.0	8	19.0
หญิง	17	82.6	17	81.0	34	81.0
<b>อายุ</b>						
60-65 ปี	14	69.6	7	33.3	21	50.0
66-70 ปี	5	21.7	7	33.3	12	28.6
71 ปีขึ้นไป	2	8.7	7	33.3	9	21.4
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	4	17.4	5	23.8	9	21.4
หม้าย	3	13.0	3	14.3	6	14.3
คู่	10	52.2	11	52.4	21	50.0
หย่า/ร้าง/แยก	4	17.4	2	9.5	6	14.3
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	21	100.0	20	95.2	41	97.6
คริสต์	0	0	1	4.8	1	2.4

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 81.0 เพศชายจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 19.2 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60-65 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 97.6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน และค่าเฉลี่ยร้อยละ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน โรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n=21)		(n=21)		(n=42)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>						
ไม่ได้ศึกษา	2	8.7	1	4.8	3	7.1
ประถมศึกษา	5	21.7	13	61.9	18	42.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	17.4	2	9.5	6	14.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	30.4	4	19.0	9	21.4
ปริญญาตรี	5	21.7	1	4.8	6	14.3
<b>อาชีพในปัจจุบัน</b>						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	26.1	2	9.5	8	19.0
รับจ้าง	3	13.0	4	19.0	7	16.7
ค้าขาย	0	0	4	19.0	4	9.5
เกษตรกรกรรม	7	39.1	8	38.1	15	35.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	4.3	0	0	1	2.4
ข้าราชการเกษียณอายุ	0	0	3	14.3	3	7.1
พ่อบ้าน/แม่บ้าน/เลี้ยงหลาน	4	17.4	0	0	4	9.5
<b>โรคประจำตัว</b>						
มี 1 โรค	3	17.4	0	0	3	7.1
มีมากกว่า 1 โรค	18	82.6	21	100	39	92.9
<b>โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>						
โรคความดันโลหิตสูง	15	71.4	12	57.1	27	64.3
โรคเบาหวาน	4	19.0	5	23.8	9	21.4
โรคไขมัน	0	0	1	4.8	1	2.4
โรคหลอดเลือดสมอง	1	4.8	1	4.8	2	4.8
โรคหลอดเลือดหัวใจ	1	4.8	1	4.8	2	4.8
โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	0	0	1	4.8	1	2.4

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 และมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 92.9 ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด (ร้อยละ 64.3) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 21.4)

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน และค่าเฉลี่ยร้อยละ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า พฤติกรรมการรับประทานยา เคยได้รับการบำบัดรูปแบบอื่นมาก่อน ผู้ดูแลหลัก

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=21)		กลุ่มทดลอง (n=21)		รวม (n=42)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้</b>						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000	12	56.5	6	28.6	18	42.9
5,000 – 10,000	5	21.7	4	19.0	9	21.4
10,001 – 15,000	0	0	11	52.4	11	26.2
มากกว่า 15,001	4	21.7	0	0	4	9.5
<b>ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า</b>						
1-5 ปี	14	69.6	8	38.1	22	52.4
6-10 ปี	4	17.4	4	19.0	8	19.0
11-15 ปี	1	4.3	3	14.3	4	9.5
มากกว่า 15 ปี	2	8.7	6	28.6	8	19.0
<b>พฤติกรรมการรับประทานยา</b>						
สม่ำเสมอ	8	43.5	18	85.7	26	61.9
ไม่สม่ำเสมอ	13	56.5	3	14.3	16	38.1
<b>เคยได้รับการบำบัดรูปแบบอื่นมาก่อน</b>						
เคย	1	4.3	5	23.8	6	14.3
ไม่เคย	20	95.7	16	76.2	36	85.7
<b>ผู้ดูแลหลัก</b>						
มีผู้ดูแลหลัก	5	30.4	14	66.7	19	45.2
ไม่มีผู้ดูแลหลัก	16	69.6	7	33.3	23	54.8

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4 ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 61.9 ไม่เคยได้รับการบำบัดรูปแบบอื่นมาก่อน จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 และผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแลหลักจำนวน 23 คน คิดเป็น 54.8

**ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

**ตารางที่ 8** แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (N=21)

คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D.	df	t	P-value
ก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	20.38	3.27	20	-8.420	<.001
หลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	15.28	2.49			

\*p < .05

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร่าก่อนการทดลองเท่ากับ 20.38 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร่าเท่ากับ 15.28 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Paired Sample T-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร่ากลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 9** แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน กลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=21)

คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D.	df	t	P-value
ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ	20.80	2.82	20	-3.839	.001
หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ	20.14	2.76			

\*p < .05

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนการทดลองเท่ากับ 20.80 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 20.14 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Paired Sample T-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ากลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

**ตารางที่ 10** แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนอาการซึมเศร้าแยกเป็นรายคู่

คะแนน อาการซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ผลต่าง	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ผลต่าง
	คู่ที่ 1	21	16	5	16	16
คู่ที่ 2	23	20	3	17	17	0
คู่ที่ 3	20	15	5	20	20	0
คู่ที่ 4	18	14	4	20	20	0
คู่ที่ 5	20	16	4	21	21	0
คู่ที่ 6	27	19	8	20	20	0
คู่ที่ 7	19	16	3	21	19	2
คู่ที่ 8	22	17	5	19	18	1
คู่ที่ 9	22	18	4	26	25	1

คะแนน อาการซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ผลต่าง	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ผลต่าง
	คู่ที่ 10	16	10	6	21	19
คู่ที่ 11	27	18	9	21	20	1
คู่ที่ 12	25	12	13	20	19	1
คู่ที่ 13	20	15	5	23	21	2
คู่ที่ 14	16	11	5	21	21	0
คู่ที่ 15	22	14	8	28	28	0
คู่ที่ 16	17	13	4	18	18	0
คู่ที่ 17	19	16	3	22	21	1
คู่ที่ 18	16	16	0	19	18	1
คู่ที่ 19	21	14	7	22	20	2
คู่ที่ 20	17	15	2	18	18	0
คู่ที่ 21	20	16	4	24	24	0
Mean	20.38	15.28	5.09	20.80	20.14	.66
S.D.	3.27	2.49		2.82	2.76	

จากตารางที่ 10 พบว่าหลังการทดลองคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน มีผลต่างค่าคะแนนเป็นลบ (มีคะแนนอาการซึมเศร่าลดลง) และจำนวน 1 คน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน มีผลต่างค่าคะแนนเป็นลบ (มีคะแนนอาการซึมเศร่าลดลง) และจำนวน 11 คน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนน

**ตารางที่ 11** แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n= 42)

คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า	N	$\bar{X}$	S.D.	df	t	P-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม	21	20.38	3.27	40	-.454	.652
กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	21	20.80	2.82			
<b>หลังการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม	21	15.28	2.49	40	-5.982	<.001
กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	21	20.14	2.76			

\*p < .05

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 20.38 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 20.80 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 15.28 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 20.14 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้า

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพ
2. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) และเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ในจังหวัดสมุทรสงคราม



**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) และเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนภาลัย และโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 42 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการ Power Analysis ซึ่งใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power 3.1.9.7 ในการคำนวณ กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.79 ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าอำนาจทดสอบที่ .80 ผลการคำนวณพบว่าได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน และเพื่อป้องกัน (Drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 23 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความใกล้เคียงกันโดยการจับคู่ (Matched Pair) เพศ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อทำการจับคู่ได้ครบ 23 คู่แล้ว ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากทีละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบทั้ง 23 คู่ ผลจากการดำเนินการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง Drop out จำนวน 4 คน เนื่องจากไม่สามารถเดินทางมาเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกกิจกรรมตามที่ผู้วิจัยได้กำหนด ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 42 คน เป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย** คือโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลา 3 สัปดาห์ แต่ละสัปดาห์ประกอบด้วย 2 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที โดยมีรายละเอียดในแต่ละกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 ค้นหาและสร้างความหวังในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรม และให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาและสร้างความหวังในการดำเนินชีวิต รวมถึงผู้วิจัยให้สมาชิกภายในกลุ่มค้นหาอุปสรรคหรือปัญหาที่จะทำให้ความหวังที่ตนตั้งไว้ไม่ประสบความสำเร็จ และให้สมาชิกค้นหาวิธีที่จะรับมือกับอุปสรรคเหล่านั้น

**กิจกรรมที่ 2 แผนดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฟื้นคืนสู่สุขภาพ มีการสร้างแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของตน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันและเป็นกรอบแนวทางปฏิบัติเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดี

**กิจกรรมที่ 3 แผนรับมือตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือน** ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาตัวกระตุ้นและสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้า รวมถึงการสร้างแผนรับมือการตอบสนองต่อตัวกระตุ้น แผนการตอบสนองเมื่อมีสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นจากประสบการณ์เดิมของตนหรือจากการบอกเล่าของภายในกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 4 แผนรับมือภาวะวิกฤต** ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาลักษณะของภาวะวิกฤตของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในตนเอง จากการทบทวนจากประสบการณ์เดิมและให้วางแผนเพื่อตอบสนองต่อภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้น เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับตนเองและผู้อื่นในการช่วยเหลือจากภาวะวิกฤต

**กิจกรรมที่ 5 แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมถึงมีการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชนของตน

**กิจกรรมที่ 6 ความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยให้ความรู้เรื่องสิทธิในการฟื้นคืนสู่สุขภาพแก่สมาชิก สร้างความตระหนักในการรับผิดชอบต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนเอง มีการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยชินที่จะส่งผลทำให้ตนเองไม่ปฏิบัติตามแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าตระหนักถึงการพัฒนาแผนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของตนหลังจากภาวะวิกฤตเกิดขึ้นอยู่เสมอเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดีของตนเอง

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย (The Beck depression Inventory second Edition Thai version; BDI-II Thai version) แปลและพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยศราวุธ ราชมณี และคณะ (2561) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีค่าดัชนีความตรงตาม

เนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .81 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery Assessment Scale-Domains and Stages: RAS-DS) ของ (Hancock et al., 2016) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย (ศุภลักษณ์ เข็มทอง, 2559) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ .90 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .84

### ส่วนที่ 4 เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับไทย Mini-Mental State Examination: Thai version (MMSE-Thai 2002) (MMSE-Thai 2002) แปลและพัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2542) โดยมีค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินเท่ากับ .98

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง ดังนี้

1. **ระยะเตรียมการทดลอง** ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แนวคิดที่เกี่ยวกับการลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โปรแกรมการบำบัดเกี่ยวกับการลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery) โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002) พัฒนาโครงสร้างเนื้อหาในโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยนำแนวคิดและโปรแกรมต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาร่วมกับปัญหาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและการจัดการกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยทุกขั้นตอนของโปรแกรมได้วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา พัฒนาเป็นโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และมีการจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เสนอโครงสร้างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์พร้อมทั้งเครื่องมือทุกชุดที่ใช้ในการวิจัย นำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ผู้วิจัยประสานกับพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภลัย และโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อขั้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

ก่อนเริ่มดำเนินการทดลองผู้วิจัยอธิบายชี้แจงข้อมูลรายละเอียดในการทำวิจัย แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินระดับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Pre-test) ซึ่งผู้วิจัยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

**กลุ่มควบคุม** ในสัปดาห์ที่ 1-3 ผู้วิจัยประเมินจะได้รับการพยาบาลตามปกติตามรูปแบบแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งได้แก่ การค้นหาประเมินปัญหาจิตสังคม และคัดกรองอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q และการประเมินความเสี่ยงคิดทำร้ายตนเอง รวมไปถึงการให้สุขภาพจิตศึกษา

**กลุ่มทดลอง** ในสัปดาห์ที่ 1-3 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลา 3 สัปดาห์ แต่ละสัปดาห์ประกอบด้วย 2 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลานานครั้งละ 60-90 นาที ซึ่งพบว่าในสัปดาห์ที่ 2 ระหว่างการดำเนินกิจกรรมที่ 3 เกิดการ Drop out ของสมาชิกจำนวน 2 คน และผู้วิจัยกำกับการทดลองทันทีหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ในกลุ่มทดลองโดยใช้แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพฉบับภาษาไทย ซึ่งผลการกำกับการทดลองพบว่าสมาชิกในกลุ่มทดลองมีคะแนนระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพมากกว่า 76 คะแนนซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองจำนวน 17 คน และมีคะแนนระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพน้อยกว่า 76 คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 72, 73, 73, 74 จำนวน 4 คน ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไข หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยให้สมาชิกทำแบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพใหม่อีกครั้ง พบว่าสมาชิกจำนวน 4 ท่านมีคะแนนระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพมากกว่า 76 คะแนนซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

**3. ระยะประเมินผลการทดลอง** ผู้วิจัยประเมินอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการทดลอง (Post-test) ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (BDI-II) ฉบับภาษาไทย ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 5 (ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมในอีก 2 สัปดาห์) และจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการซึมเศร้ากลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired samples t-test และการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ( $\bar{X}=15.28$ , S.D.=2.49) น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ( $\bar{X}=20.38$ , S.D.=3.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ( $\bar{X}=15.28$ , S.D.=2.49) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{X}=20.14$ , S.D.=2.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กล่าวว่า อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ และอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยโดยจำแนกออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.0) เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 60-65 ปี (ร้อยละ 50.0) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.0) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.6) มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.9) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 35.7) มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค (ร้อยละ 92.9) รายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 (ร้อยละ 42.9) มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 52.4)

มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 61.9) ไม่เคยได้รับการบำบัดรูปแบบอื่นมาก่อน (ร้อยละ 85.7) และไม่มีผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 54.8)

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับสถิติข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73.3 และเพศหญิงมีอาการซึมเศร้ามากกว่าเพศชายเนื่องจากการแสดงออกทางอารมณ์ และมีความแปรปรวนทางจิตใจที่มากกว่าเพศชาย เมื่อมีเหตุการณ์ความเครียดหรือปัจจัยกระตุ้นเข้ามากระทบจะส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ง่ายกว่าเพศชาย (มูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงระหว่าง 60-71 ปีขึ้นไป และจบการศึกษาสูงสุดที่ระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับสถิติความชุกและปัจจัยสัมพันธ์ของผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 ที่มีช่วงอายุระหว่าง 60-74 ปี และมีระดับการศึกษาสูงสุดที่ระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือ ความเสื่อมถอยตามวัยที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทและสมองที่ลดลง รวมถึงความแปรปรวนทางจิตใจและร่างกายที่มากกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มวัยอื่นนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้าตามมา และระดับการศึกษายังส่งผลต่อความรอบรู้ในการดูแลตนเอง การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ อันส่งผลต่อระดับอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น (ปิตินุณ เสดะปุระ และณัฐธกุล ไชยสงคราม, 2565) ซึ่งจากผลการวิจัยยังพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 92.9 ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด (ร้อยละ 64.3) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 21.4) สอดคล้องกับข้อมูลปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและจิตมากกว่า 1 โรค โดยพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 60.93) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 20.67) (สุรียั วรธณ สีลาดเลา และคณะ, 2564) ซึ่งรายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 (ร้อยละ 42.9) จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างมองว่ารายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Haseda et al. (2018) ที่กล่าวว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า บุคคลที่มีรายได้น้อยกว่าจะมีอาการซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า เมื่อรายได้น้อยจะก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจหลายด้านจากสภาวะต่าง ๆ และเกิดความเครียดสะสมในระดับที่เพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา

จากผลการวิจัยยังพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 52.4) สอดคล้องกับการศึกษาของ โชติมันต์ ชินวรารักษ์ และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2559) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้านานกว่า 2 ปีขึ้นไปมีมากถึง (ร้อยละ 60.0) มีระยะเวลาเฉลี่ยของการเจ็บป่วย 4.51 ปี ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าและเป็นปัจจัยทำนายระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในช่วงการเจ็บป่วยใหม่ จึงพบอาการซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน และยังพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศรมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 38.1) และส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 54.8) การรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่องนั้นเป็นปัจจัยและสาเหตุการเพิ่มระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และการที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไม่มีผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการช่วยเหลือเมื่อมีเหตุการณ์ความเครียดและปัจจัยกระตุ้นที่มากกระทบ ส่งผลต่อการเกิดภาวะวิกฤตและอาการซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น (Chankham et al., 2023; โชติมันต์ ชินวรารักษ์ และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2559)

## ส่วนที่ 2 การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ผลของการวิจัยสามารถอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

**สมมติฐานการวิจัยที่ 1** อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพจะน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ( $\bar{X}$ =15.28, S.D.=2.49) น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ( $\bar{X}$ =20.38, S.D.=3.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ 1 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002) เพื่อจัดการกระทำกับปัจจัยปกป้องด้านความหวัง ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยแต่ละกิจกรรมจัดการกระทำต่อปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 ค้นหาและสร้างความหวังในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** เป็นกิจกรรมที่นำองค์ประกอบด้านความหวัง (Hope) ตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002) มาจัดการกระทำกับปัจจัยปกป้องด้าน

ความหวัง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความหวัง โดยการค้นหาความหวัง ค้นหาวิธีการที่จะทำให้ความหวังที่ตั้งไว้ประสบความสำเร็จ ค้นหาอุปสรรคหรือปัญหาที่จะทำให้ความหวังที่ตนตั้งไว้ไม่ประสบความสำเร็จ และสร้างวิธีที่จะรับมือกับอุปสรรคเหล่านั้น กล่าวคือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความหวังที่อยากจะหายจากโรคซึมเศร้า และอาการซึมเศร้า อันได้แก่ อาการนอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงเรื่องความอยากรับประทานอาหาร อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย เป็นต้น มีวิธีการที่จะทำให้ความหวังที่ตนตั้งไว้สำเร็จโดยเน้นไปที่การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การปรับความคิด และมีแรงจูงใจในการที่จะทำให้ความหวังสำเร็จโดยจัดการกับอุปสรรคต่อความหวังของตน ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะจัดการกับอุปสรรคเรื่องการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมออันส่งโดยตรงต่ออาการนอนไม่หลับภายในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความหวังของ (Snyder, 2000) ที่กล่าวว่า กระบวนการเกิดความหวังของบุคคลมีจุดเริ่มต้นจากการตั้งเป้าหมาย (set goals) การค้นหาและพัฒนาวิธีการเพื่อบรรลุเป้าหมาย (pathway thinking) การสร้างและคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการปฏิบัติ (agency thinking) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทำให้บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับอนาคตในทางบวกและมีความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มมากขึ้น การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความหวังในชีวิตลดน้อยลงเนื่องมาจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย และความสัมพันธ์กับครอบครัวและบุคคลอื่นที่ลดลง ส่งผลต่อการตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิต เกิดความท้อแท้เบื่อหน่าย และหมดหวังต่อการดำเนินชีวิต (Ritschel & Sheppard, 2018) ซึ่งการมีความหวังจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง มีเป้าหมายในการต่อสู้กับโรคและอาการซึมเศร้า ส่งผลให้สุขภาพจิตดีขึ้น และพบว่าผู้ที่มีความหวังแรงกล้าจะมีแรงบันดาลใจ มีพลังและความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ส่งผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง (Leite et al., 2019; Trezise et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ปวีณา นพโสธร และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง แบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะ ติดตามผล 2 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**กิจกรรมที่ 2 แผนดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** เป็นกิจกรรมที่นำองค์ประกอบด้านการศึกษา (Education) ตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002) มาจัดกระทำกับปัจจัยปกป้องด้านความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองและเกิดความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพจิต



และโรคซึมเศร้าครอบคลุมทั้งการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การช่วยเหลือตนเอง ทักษะคิดในการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม รวมไปถึงความรู้ในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563) ความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้ายังเป็นปัจจัยปกป้องที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดี เป็นความสามารถและทักษะของผู้สูงอายุในการที่จะเลือกตัดสินใจในการปฏิบัติตนหรือจัดการตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพกายและจิตที่ดี (สุกัญญา แก่นงูเหลือม, 2563) กล่าวคือผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ารับรู้การเจ็บป่วยและสามารถระบุสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีอาการเครียด วิตกกังวล และนอนไม่หลับก่อนมาโรงพยาบาล การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าจะเน้นเรื่องการรับประทานยาที่สม่ำเสมอ การปรับความคิด และเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจภายในตนเอง รวมไปถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและสังคม การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ามีความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและโรคซึมเศร่าในระดับที่ไม่เพียงพอ จะส่งผลให้มีทัศนคติและพฤติกรรมในการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต และการเข้าถึงกระบวนการช่วยเหลือทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ จึงส่งผลต่อระดับความรุนแรงอาการซึมเศร่าที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าที่มีอาการซึมเศร่าเกิดความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและโรคซึมเศร่าจึงส่งผลทำให้มีอาการซึมเศร่าลดลง (Nguyen et al., 2017)

**กิจกรรมที่ 3 แผนรับมือสิ่งเร้าและสัญญาณเตือน** เป็นกิจกรรมที่นำองค์ประกอบด้านการสนับสนุนตนเอง (Self-Advocacy) ตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002) มาพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าค้นหาสิ่งเร้า หรือปัจจัยกระตุ้น สัญญาณเตือนอาการซึมเศร่า ฝึกการตัดสินใจอย่างเป็นระบบในการจัดการตนเองเมื่อมีสัญญาณเตือนเกิดขึ้น (Copeland, 2002, 2015, 2018) ซึ่งการจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยและอาการซึมเศร่า รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคและอาการซึมเศร่า หรือการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข (ปนัดดา สวัสดิ์ และคณะ, 2563) กล่าวคือผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าส่วนใหญ่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอันได้แก่ ความเครียดภายในครอบครัว การสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร่าที่รุนแรงขึ้น ซึ่งมีวิธีการรับมือโดยการเผชิญปัญหาและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเหล่านั้น การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าสามารถค้นหาและจัดการกับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลให้เกิดการตระหนักรู้ถึงอาการเตือนของโรคและอาการซึมเศร่าก่อนกลับเป็นซ้ำซึ่งทำให้ความรุนแรงของอาการ

ซิมเศร่าลดลง (ไพรัตน์ ชมภูบุตร, เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ, 2565) กล่าวคือผู้สูงอายุโรคซิมเศร่าส่วนใหญ่จะมีอาการเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง เหนื่อยอ่อนเพลียกว่าปกติ มีความคิดในเชิงลบทั้งต่อตนเองและคนอื่น เป็นสัญญาณเตือนที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของอาการซิมเศร่าภายในตนเอง ซึ่งมีวิธีในการจัดการโดยการทำให้จิตใจให้สงบ ปรึกษาบุคคลในครอบครัว และรับประทานยาโดยเพิ่มขนาดตามคำแนะนำของแพทย์ วิธีการจัดการดังกล่าวสามารถทำให้สัญญาณเตือนอาการซิมเศร่าในผู้สูงอายุโรคซิมเศร่าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ไพรัตน์ ชมภูบุตร และคณะ (2565) เรื่องโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซิมเศร่า ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคซิมเศร่าในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีการหายทุเลาจากอาการซิมเศร่ามากกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่าการกลับเป็นซ้ำของโรคซิมเศร่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**กิจกรรมที่ 4 แผนรับมือภาวะวิกฤต** เป็นกิจกรรมที่นำองค์ประกอบด้านการสนับสนุนตนเอง (Self-Advocacy) ตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002) มาพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซิมเศร่าวางแผนเพื่อตอบสนองต่อภาวะวิกฤตการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับตนเองและผู้อื่นในการช่วยเหลือจากภาวะวิกฤต ซึ่งภาวะวิกฤตของโรคและอาการซิมเศร่าจะเป็นภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ เป็นการเสียสมดุลทางจิตใจของผู้สูงอายุโรคซิมเศร่า อันเนื่องมาจากการขาดความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดในชีวิต ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การที่ผู้สูงอายุโรคซิมเศร่าไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลต่อการเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองในทางลบ เช่น ความเครียด และความวิตกกังวล ส่งผลให้การรับรู้ลดลง ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์วิกฤตนั้นได้ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจเพิ่มมากขึ้น (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2562) ส่งผลทำให้อาการซิมเศร่ารุนแรงเพิ่มมากขึ้น และเกิดการกลับมาเป็นซ้ำของอาการซิมเศร่า กล่าวคือผู้สูงอายุโรคซิมเศร่าส่วนใหญ่มีภาวะวิกฤตของอาการซิมเศร่าเริ่มมาจากเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่ไม่สามารถจัดการและรับมือได้ และจะมีอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับตามมา ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซิมเศร่าสามารถจัดการและรับมือกับภาวะวิกฤตของโรคและอาการซิมเศร่าที่เกิดขึ้นกับตนเองได้นั้น จะส่งผลทำให้ความรุนแรงของอาการซิมเศร่าลดลงและลดโอกาสของการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ (ไพรัตน์ ชมภูบุตร, เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ, 2565) โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซิมเศร่ารับรู้เหตุการณ์วิกฤตตามความเป็นจริงอย่างเหมาะสม ไม่บิดเบือนความเป็นจริงไปจากเดิมจะทำให้ผู้สูงอายุโรคซิมเศร่าแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถลดความเครียดหรือภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นได้ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซิมเศร่า

มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤตและสามารถใช้วิธีการเผชิญกับภาวะวิกฤตที่มีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การปรับสมดุลทางด้านจิตใจและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้มีความสุข (Aguilera, 1994; ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับการจัดการต่อภาวะวิกฤตของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีแผนการรับมืออย่างเป็นระบบอันได้แก่ การขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ยารักษาโรค สถานที่บำบัดรักษา เป็นต้น

**กิจกรรมที่ 5 แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** เป็นกิจกรรมที่นำองค์ประกอบด้านการสนับสนุนทางสังคม (social support) ตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002) มาจัดกระทำกับปัจจัยปกป้องด้านการสนับสนุนทางสังคม การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ 3 ด้าน คือ 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ ความใกล้ชิดผูกพัน ความอบอุ่น การเคารพเชื่อถือ การไว้วางใจซึ่งกันและกันภายในครอบครัว เนื่องด้วยผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต้องการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก ความเอาใจใส่ของสมาชิกภายในครอบครัว จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับรู้ว่าคุณค่าและความหมายต่อตนเองและบุคคลอื่น เกิดอารมณ์และจิตใจที่มั่นคง จะส่งผลต่อการเสริมสร้างสุขภาพกายและจิตใจ รวมทั้งการทำหน้าที่ต่างๆ ทางสังคม (Schaefer et al., 1981; ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558; อรพิน พรศโยภณ, 2561) กล่าวคือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดการตระหนักถึงความรักความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคจะมีบุคคลในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญต่อตนเอง 2. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือจากแหล่งทรัพยากรในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาล ชมรมผู้สูงอายุ และเครือข่ายต่างๆ อันเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการรับรู้แหล่งทรัพยากรและวิธีการขอรับความช่วยเหลือในชุมชนเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับรู้ถึงความต้องการของตน รวมทั้งทำให้มีการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัวดูแลตนเองในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้ (Schaefer et al., 1981; ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558; อรพิน พรศโยภณ, 2561) ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคมีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น 3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำหรือข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา และการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังช่วยเสริมความมั่นใจในการนำความรู้และทักษะต่างๆ ไปปฏิบัติ

ในการดูแลตนเองเมื่อเกิดปัญหาที่เกิดจากโรคและอาการซึมเศร้าซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิต (Schaefer et al., 1981; ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558; อรพิน พรศโยภณ, 2561)

สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ WADE and KENDLER (2000) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับโรคซึมเศร้าแบบภาพตัดขวางตามยาว ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ George et al. (1989) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่และสูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าและเป็นปัจจัยทำนายการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถกล่าวได้ว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้นจะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อรพิน พรศโยภณ , 2561)

**กิจกรรมที่ 6 ความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ** เป็นกิจกรรมที่นำองค์ประกอบด้านความรับผิดชอบส่วนบุคคล (Personal Responsibility) ตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002) มาจัดกระทำกับปัจจัยปกป้องด้านความรับผิดชอบส่วนบุคคล (Personal Responsibility) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เน้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับผิดชอบการฟื้นคืนสู่สุขภาพและรู้สิทธิของตนเอง การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่ความรับผิดชอบต่อตนเอง จะเกิดการตระหนักมากขึ้น รู้ความต้องการของตนเองและสามารถระบุวิธีการเผชิญปัญหาและจัดการกับอาการซึมเศร้าได้มากขึ้น ส่งผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง (Mak et al., 2022) กล่าวคือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่การตระหนักในการรับผิดชอบต่อตนเอง โดยการรับประทานสม่ำเสมอ และการมาพบแพทย์ตามนัดเป็นประจำ รวมถึงมีการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นอย่างมีแบบแผนทำให้สามารถควบคุมระดับอาการซึมเศร้าและผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับงานวิจัยการวิเคราะห์อภิมานที่หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและเจตคติการรับผิดชอบต่อส่วนบุคคลกับอาการย้ำคิดย้ำทำ อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าผลการวิจัยพบว่าความเชื่อและเจตคติการรับผิดชอบต่อส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับอาการย้ำคิดย้ำทำในระดับปาน

กลาง และมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pozza & Dettore, 2014) กล่าวได้ว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่ความรับผิดชอบส่วนบุคคลจะเกิดการตระหนักรู้วิธีการดูแลตนเอง สามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลทำให้อาการซึมเศร่าลดลง

จากการอภิปรายผลที่กล่าวมาข้างต้นโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Wellness Recovery Action Plan : WRAP) ของ Copeland (2002) ที่ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ ความหวัง ความรับผิดชอบส่วนบุคคล การศึกษา การสนับสนุนตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถจัดการกระทำกับปัจจัยปกป้องด้านความหวัง ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคและอาการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความรับผิดชอบต่อตนเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องในด้านจิตสังคมสำคัญที่ส่งผลต่อการลดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Maier et al., 2021) กล่าวคือ ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยบรรเทาหรือลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ามีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร่าตามมามาก กล่าวคือผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร่า อันได้แก่ เพศ พันธุกรรม ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความสามารถในการรู้คิด พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสังคม ร่วมกับมีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกำเริบซ้ำและรุนแรงของอาการซึมเศร่า อันได้แก่ การสูญเสียบุคคลหรือสิ่งที่สำคัญในชีวิต ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายของตนและของบุคคลในครอบครัว ปัญหาด้านสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การว่างงานและขาดรายได้ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค Covid-19 ซึ่งส่งผลโดยตรงต่ออาการซึมเศร่าที่รุนแรงขึ้นจนถึงขั้นวิกฤต เช่น อาการนอนไม่หลับที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนาน อารมณ์ซึมเศร่า หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง มีความคิดเชิงลบต่อตนเองและคนอื่น การเปลี่ยนแปลงเรื่องความอยากรับประทานอาหาร เป็นต้น แต่หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ามีปัจจัยปกป้องร่วมด้วย จะช่วยทำให้ระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดลดน้อยลง มีผลทำให้อาการซึมเศร่าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าลดลง ดังที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ากล่าวว่า “การมีความหวังทำให้มีเป้าหมายที่จะหายจากโรคและอาการซึมเศร่า การมีความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการซึมเศร่าทำให้ดูแลตนเองได้ การที่เราค้นหาตัวกระตุ้นและสัญญาณของอาการซึมเศร่าทำให้จัดการกับอาการซึมเศร่าได้ก่อนที่เกิดภาวะวิกฤต การที่เราได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมทำให้สามารถจัดการและดูแลตนเองได้เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร่า การรับผิดชอบต่อตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เราหายและ

อยู่กับโรคซึมเศร้าโดยที่ไม่เป็นภาระของคนอื่น สิ่งต่างที่ได้ในการทำกิจกรรมทำให้มีกำลังใจมีความเข้มแข็งทางใจในการใช้ชีวิตและต่อสู้กับโรคซึมเศร้า”

ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าแนวคิด the diathesis–stress model เป็นแบบจำลองที่อธิบายว่า ความเครียดในชีวิตเป็นปัจจัยที่กระตุ้นความเปราะบางทางจิตใจที่เชื่อมโยงกับอาการซึมเศร้า เมื่อบุคคลมีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและความเครียดสะสมในระดับที่เพิ่มมากขึ้นจะไปกระตุ้นความเปราะบางทางจิตใจที่ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า และหากบุคคลมีปัจจัยปกป้องที่แสดงถึงความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มขึ้น ความเสี่ยงต่อความผิดปกติที่เกิดจากความเครียดจะลดลง ส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลง (Ingram et al., 1998) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความเปราะบางทางจิตใจและความเครียดที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎี the diathesis–stress model ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความเปราะบางทางจิตใจและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนอาการซึมเศร้า และการขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียดในระดับที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Colodro-Conde et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของมูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเข้มแข็งทางจิตใจซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถจัดกระทำกับปัจจัยปกป้องซึ่งเป็นปัจจัยที่ลดอิทธิพลและความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อความผิดปกติที่เกิดจากความเครียดลดลง ทำให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Cook et al. (2012) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และการฟื้นคืนสู่สุขภาพของบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวลลดลง และมีระดับคะแนนการฟื้นคืนสู่สุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ O’Dwyer Denise (2014) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้าและการฟื้นคืนสู่สุขภาพในบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ผลการวิจัยพบว่าคะแนนอาการซึมเศร้ามลดลงและการฟื้นคืนสู่สุขภาพเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Aljeesh and Shawish

(2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าหลังสิ้นสุดการทดลองผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีคะแนนอาการซึมเศร้าลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Mak et al. (2022) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพระดับย่อต่ออาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล การเสริมสร้างพลังอำนาจ ความหวัง และการฟื้นคืนสู่สุขภาพของบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในประเทศฮ่องกง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลลดลง การเสริมสร้างพลังอำนาจ ความหวังและมีคะแนนการฟื้นคืนสู่สุขภาพของบุคคลเพิ่มขึ้น

**สมมติฐานการวิจัยที่ 2** อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพจะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ( $\bar{X}$ =15.28, S.D.=2.49) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{X}$ =20.14, S.D.=2.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) ค้นหาและสร้างความหวังในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ 2) แผนการดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ 3) แผนรับมือสิ่งเร้าและสัญญาณเตือน 4) แผนรับมือภาวะวิกฤต 5) แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ และ 6) สิทธิและความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เพื่อจัดการกระทำกับปัจจัยปกป้องด้านความหวัง ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นเป็นปัจจัยปกป้องสำคัญที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Maier et al., 2021) ซึ่งโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความหวังในการดำเนินชีวิต เกิดความรอบรู้เกี่ยวกับโรคและอาการซึมเศร้าในการดูแลตนเอง สามารถรับรู้ถึงสิ่งเร้าและจัดการอาการเตือนของอาการซึมเศร้าของตน ตลอดจนการสร้างแผนการรับมือกับภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สามารถเข้าถึงและขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคจากครอบครัวหรือแหล่งสนับสนุนในชุมชน รู้ถึงสิทธิ เสรีภาพในการดำเนินชีวิตและเกิดความรับผิดชอบต่อตนเองในการที่จะคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ส่งผลทำให้คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลง

ส่วนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอก มีการค้นหาประเมินปัญหาจิตสังคม คัดกรองอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ประเมินความเสี่ยงคิดทำร้ายตนเอง และมีให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งรูปแบบการพยาบาลเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการซึมเศร้า ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าอันเกิดจากสาเหตุและปัจจัยที่แตกต่างจากผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มโรคอื่น และการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การบำบัดรักษา และแนวทางการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการซึมเศร้า ซึ่งทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ามลดลงได้เช่นกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ามกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลงมากกว่าการที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนได้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถลดอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยจัดกระทำกับปัจจัยปกป้อง ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรที่จะนำโปรแกรมไปใช้จำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องทราบถึงสาเหตุและปัจจัยของการอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพื่อที่จะจัดกระทำกับปัจจัยได้อย่างถูกต้อง อันจะมีผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2. โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ที่ถูกนำมาใช้ในการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพในบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่พยาบาลหรือบุคลากรที่จะนำโปรแกรมไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จะต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพอย่างถ่องแท้



3. โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมในชุมชนที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอาศัยอยู่ พยาบาลหรือบุคลากรที่จะนำโปรแกรมไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการลดอาการซึมเศร้าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่นอนรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน อาจต้องปรับรูปแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

#### ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรมีการติดตามอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดกิจกรรมเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่อง 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินผลของโปรแกรมต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน เนื่องด้วยระยะเวลาที่ยาวนานอาจทำให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสูงขึ้นได้

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรตามการฟื้นคืนสู่สุขภาพและอาการซึมเศร้าเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพและอาการซึมเศร้า และมีการประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพและอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดกิจกรรมเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่อง 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เนื่องจากการฟื้นคืนสู่สุขภาพของบุคคลใช้ระยะเวลาที่แตกต่างกัน และเพื่อศึกษาปัจจัยเรื่องการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้าว่ามีความเกี่ยวข้องกันในทิศทางใด

3. ควรมีการศึกษาในบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในช่วงอายุอื่น ๆ และควรมีการศึกษาในบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคอื่น ๆ อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบและแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

กนกวรรณ บุญเสริม, จินตนา ยูนิพันธุ์, ดวงตา กุศลตันญาณ, และนรวิรุฬ พุ่มจันทร์. (2562). ผลของการสร้างเสริมการฟื้นฟูต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว. **วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย**, 6(2), 70-85.

กันต์ฤทัย ปานทอง และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. **วารสารเกื้อการุณย์**, 25(2), 105-118.

กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๖๑ ฉบับ ๑๐๐ ปีการสาธารณสุขไทย**. กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2564). **รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2540 - 2564 คิดตามทะเบียนบ้าน**. ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). **การประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ในกลุ่มผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2566**. [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=574437c29aff8d1709da55677abc4b03&id=1cabe82729905e268bb97fed7cb117dd#](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=574437c29aff8d1709da55677abc4b03&id=1cabe82729905e268bb97fed7cb117dd#)

กรมสุขภาพจิต. (2562). **รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุยอดสะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึงปัจจุบัน ณ วันที่ 30 กันยายน 2562**. ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต. (2563). **คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต. (2565, 18 มกราคม). **เปิดสถิติโรคซึมเศร้ากับสังคมไทย ภัยเงียบทางอารมณ์ของคนยุคใหม่**. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459>

กรมสุขภาพจิต. (2566). **รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2566 เดือน กุมภาพันธ์ 2566 (ฐานข้อมูล HDC)**. ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต.

คณะทำงานจัดทำแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในสถานบริการระดับ

- ปฐมภูมิและทุติยภูมิ กรมสุขภาพจิต. (2553). **แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ**. อุบลราชธานี: หจก.ศิริธรรมออฟเซ็ท. เจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2559). **ชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทยคำแนะนำการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Treatment Recommendation for Major Depressive Disorder in Older Persons)**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- เชษฐา แก้วพรม. (2555). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพจิตใจสำหรับบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท. **วารสารการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า**, 23(2), 73-80.
- โชติมันต์ ชินวรารักษ์ และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2559). อาการทางกายและความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 61(4), 281-294.
- ฐานิยา สุทะปา, จินตนา ยูนิพันธุ์, และวิภาวี เผ่ากันทรกร. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. **วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย**, 7(1), 118-132.
- ณัฐกฤตา เซาว์วรารักษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ประสบการณ์ของผู้ดูแลวัยสูงอายุในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 30(1), 110-122.
- ณัฐิกา ราชบุตร, จิรัชญา เหล่าคัมพฤตญาจารย์, จิรภา วิลาวรรณ, และช่อทิพย์ แต่งพันธ์. (2564). การพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. **วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม**, 18(1), 48-60.
- ดรัณ พงศรสกุล และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2563). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สภาวะต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 34(2), 168-187.
- ทศฯ ชัยวรรณวรรต และสุจิตรา กฤตยวรรณ. (2562). พยาบาลกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต** 33(2), 1-12.
- ธมลวรรณ สีนาค, อรวรรณ หนูแก้ว, และวันดี สุทธรังสี. (2561). ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**, 5(2), 216-230.
- ธณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวห, และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2561). ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 63(4), 321-334.
- ธีรนาถ บุญญาธิการ, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และธรรมนาถ เจริญบุญ. (2563). ผลของโปรแกรมการ

- บำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 34(2), 118-131.**
- นภัสสร ยอดทองดี และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวัยร่วมกับโรคทางกาย. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, 33(1), 29-39.**
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2556). การฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. **วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 6(1), 19-33.**
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2563). ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 32(1), 75-88.**
- นิภา ยิ้มเฟื่อง และปภาจิต บุตรสุวรรณ. (2558). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสู่การฟื้นคืนสู่สุขภาพของหอผู้ป่วยพิเศษชาย 8 : รายงานผู้ป่วย 3 ราย. **วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 16(1), 19-31.**
- บุศรา สุขสวัสดิ์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, และชนิดดา แนบเกษร. (2560). ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวัง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(1), 95-107.**
- ปัทมา ภาณุพิศุทธิ์, สกาวรัตน์ พงษ์รัตดา, อารีญา เตชไพสิฐพงศ์, และปภาจิต บุตรสุวรรณ. (2559). ประสิทธิภาพโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อความหวังและคุณภาพชีวิตสำหรับบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(1), 34-51. วิทยาลัย**
- บัณฑิตา สวัสดิ์, สุมิตรา วิชา, พัชรินทร์ รัตน์ตยวรา, ปุญชรัสมิ์ ยิวศิริกุลชัย, และเสาวนีย์ กุลเสวตร์. (2563). ประสิทธิภาพการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. **วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา, 21(3), 43-53.**
- ประสพสุข ศรีแสนปาง. (2561). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : ความลุ่มลึกในการพยาบาล. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 41(1), 129-140.**
- ประसान บุญโสภาคย์, ณปภัช นธกิจไพศาล, ณัฐนันท์ ธรรมนิจกุล, และสิทธิชัย สุวรรณลพ. (2564). กฎหมายและการปฏิบัติเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุไทย. **วารสารเกษมบัณฑิต, 22(1), 123-141.**
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ณัฐชยา พลาชีวะ, วินัย ไตรนาทถวัลย์, และปริศนา บุญประดิษฐ์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. **เชียงใหม่เวชสาร, 59(3), 163-172.**

- ปิติคุณ เสดะปุระ และณัฐธกุล ไชยสงคราม. (2565). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. **วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(3)**, 1070-1084.
- ไพรัตน์ ชมภูบุตร, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, และหทัยรัตน์ สายมาอินทร์. (2565). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 36(3)**, 117-140
- ไพรัตน์ ชมภูบุตร, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์, อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, สุदारัตน์ พุฒพิมพ์, สุทธยา แสงรุ่ง, หทัยรัตน์ ดิษฐ์อึ้ง, ประนอม แก้วกุล, ศุพัฒน์ ผ่านทอง, วิภาดา พุ่มโพธิ์, และสุธิสา ดีเพชร. (2565). โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. **วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์, 6(2)**, 30-48
- ภัคจิรา ภูสมศรี. (2563). โรคซึมเศร้าปัญหาสุขภาพใกล้ตัว. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 14(2)**, 51-58.
- มานิช หล่อตระกูล. (2555). **ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์**. กรุงเทพฯ; ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูจรินทร์ พุทเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(2)**, 69-82.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563** (พิมพ์ครั้งที่ 1). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2558). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. **วารสารพยาบาลตำรวจ, 7(1)**, 95-103.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, วาสิณี วิเศษฤทธิ, สุพัตรา สุขาวท, และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2561). การพัฒนาและทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32(2)**, 100-112.
- เรือโทหญิงกานุมาศ จิตสงบ. (2560.) **ประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2559). **แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสู่สุขภาพ : การจ้างงาน**

- (สำหรับบุคลากรสาธารณสุข) (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์บริษัทพรอสเพอริสพลัส จำกัด.  
<https://dmh-elibrary.org/items/show/201>
- โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต. (2560). **แนวทางการคืนสู่สภาวะและการฟื้นฟูสมรรถภาพ  
 แนวใหม่** (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี; โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา และคณะ. (2562). **คู่มือการใช้แนวทางการคืนสู่สภาวะ ในบริการจิตเวช.**  
 คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/202>.
- วัชรวิ แสงสาย และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2557). ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะ  
 ซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,**  
**28(3), 104-116.**
- วิลาวรรณ คริสต์รักษา และทิพย์ภา เชษฐชูชาวลิต. (2561). บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแล  
 ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ: มิติจิตวิญญาณ. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ,**  
**36(2), 6-14.**
- วุฒิฉาน ห้วยทราย, และศรายุทธ ชูสุทนต์. (2566). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรม  
 ผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. **วารสารวิชาการ  
 สาธารณสุข, 32(1), 63-72.**
- ศราวรุช ราชมณี, สุชาดา กรเพชรปาณี, และพีร วงศ์อุปราษ. (2561 ). การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์  
 ประเมินภาวะซึมเศร้าแบบพหุกิจกรรมกับการวัดคลื่นไฟฟ้าสมองสำหรับวัยรุ่นไทย. **วารสาร  
 วิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา, 16(1), 122-137.**
- ศิริพงศ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา. (2560). ความเชื่อมั่นในสถาบันศาสนาและทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัว  
 ตายอย่างมีเหตุผล: ข้อค้นพบจากการสำรวจทางสังคมโดยทั่วไปในสหรัฐอเมริกา. **วารสาร  
 ประชากรศาสตร์, 33(1), 1-25.**
- ศุภลักษณ์ เข็มทอง. (2559). **แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะฉบับภาษาไทย.** ชิดนีย์:  
 มหาวิทยาลัยชิดนีย์ออสเตรเลีย
- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2552). **จิตสังคมบำบัดในโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์  
 เรือนแก้วการพิมพ์.
- สาวิตรี หลักทอง และนุจรี ไชยมงคล. (2564). ช่วงเวลาการฟื้นตัวของชีวิต: ประสบการณ์การฟื้นคืนสู่  
 สภาวะในเยาวชนชายที่ได้รับการบำบัดยาเสพติด. **วารสารพยาบาลทหารบก, 22(1), 370-379.**
- สาวิตรี สิงหา. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี  
 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 18(3), 15-27.**
- สุกัญญา แก่นงูเหลือม. (2563). **อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของของผู้สูงอายุใน**

- ชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุดคนึง ฤทธิ์ฤทัย, สมรัก ชูวานิชวงศ์, เครือวัลย์ เทียงธรรม, วิไลพร ขำวงษ์, และเพ็ชรชนันท์ ลีอุดมวงษ์. (2562). การศึกษาประสบการณ์การคืนสู่สภาวะของผู้ที่อยู่กับโรคไบโพลาร์. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 13**(1), 95-103.
- สุภัตตา ไทยวรรณ และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2559). ความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 39**(1), 78-88.
- สุรีย์วรรณ สีลาดเลา, ศราวุธ ชูสุน, วรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว, กนกพร สมพร, และนิวัฒน์ ทรงศิลป์. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14**(3), 298-309.
- อรณลิน สิงขรณ์, และภาวดี เหมทานนท์. (2564). การบำบัดด้วยความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: แนวคิดและแนวทางการประยุกต์ใช้. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 35**(1), 146-156.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช** (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพิน พรรคโยภณ. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER4/DRAWER076/GENERAL/DATA0000/00000070.PDF> จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30**(2), 127-142.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และรณชัย คงสกันธ์. (2544). แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression: การวิเคราะห์การรวมกลุ่ม. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 46**(4), 311-321.
- อุษณีย์ บุญบรรจบ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. **วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 30**(2), 110-123.

- Aguilera, D. C. (1994). **Crisis intervention: Theory and methodology**. Mosby.
- Aljeesh, Y. I., & Shawish, M. A. (2018). The efficacy of wellness recovery action plan (wrap) on patients with major depressive disorder in Gaza strip. **Int J Psychiatry**, **3**(1), 2-3.
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. **Aust N Z J Psychiatry**, **40**(11-12), 972-980.
- Bartz de Ávila, G., Montezano, B. B., Dias de Mattos Souza, L., de Azevedo Cardoso, T., Azevedo da Silva, R., Mondin, T. C., Moreira, F. P., & Jansen, K. (2022). Personality disorders as predictors for the conversion from major depressive disorder to bipolar disorder: A prospective cohort study. **Psychiatry Research Communications**, **2**(3), 1-4.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). **Depression: Causes and treatment**. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996a). Beck depression inventory-II. **Psychological assessment**.
- Beck, A. T., Steer, R.A. and Brown, G.K. (1996b). **Manual for the Beck Depression Inventory-II**. Psychological Corporation, San Antonio.  
<http://www.nctsn.org/content/beck-depression-inventory-second-edition-bdi-ii>
- Beck, J. S. (2005). **Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work**. Guilford Press.
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. **Aust N Z J Psychiatry**, **48**(7), 644-653.
- Bird V, Leamy M, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. (2014). **REFOCUS (2nd edition): Promoting recovery in mental health services**. London: Rethink Mental Illness.
- Bruine de Bruin, W., Dombrowski, A. Y., Parker, A. M., & Szanto, K. (2016). Late-life Depression, Suicidal Ideation, and Attempted Suicide: The Role of Individual Differences in Maximizing, Regret, and Negative Decision Outcomes. **Journal of Behavioral Decision Making**, **29**(4), 363-371.



- Chankham, W., Rangsiman, S., Pranom, O., & Jing Jy, W. (2023). Attitudes of Caregivers of Older Thai Adults with Major Depression: A Qualitative Study. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research**, *27*(3), 485-499.
- Colodro-Conde, L., Couvy-Duchesne, B., Zhu, G., Coventry, W. L., Byrne, E. M., Gordon, S., Wright, M. J., Montgomery, G. W., Madden, P. A. F., Ripke, S., Eaves, L. J., Heath, A. C., Wray, N. R., Medland, S. E., & Martin, N. G. (2018). A direct test of the diathesis-stress model for depression. **Mol Psychiatry**, *23*(7), 1590-1596.
- Cook, J. A., Copeland, M. E., Floyd, C. B., Jonikas, J. A., Hamilton, M. M., Razzano, L., Carter, T. M., Hudson, W. B., Grey, D. D., & Boyd, S. (2012). A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery. **Psychiatr Serv**, *63*(6), 541-547.
- Copeland, M. E. (2002). Wellness Recovery Action Plan. **Occupational Therapy in Mental Health**, *17*(3-4), 127-150.
- Copeland, M. E. (2015). **WRAP and Wellness Recovery Action Plan**. Peach Press.
- Copeland, M. E. (2018). **Wellness recovery action plan (Updated Edition)**. Peach Press.
- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a Psychological Construct. **Community Mental Health Journal**, *35*(3), 231-239.
- De Witt, P. A., Roestorff-Hambrock, N., Adams, F., & Franzsen, D. (2021). Challenges impacting functional recovery experienced by Mental Health Care Users with Major Depressive Disorder after a short-term admission to hospital. **South African Journal of Occupational Therapy**, *51*(2), 55-64.
- Diniz, B. S., & Reynolds, C. F., 3rd. (2014). Major depressive disorder in older adults: benefits and hazards of prolonged treatment. **Drugs Aging**, *31*(9), 661-669.
- Faculty of psychology. (2020, Mar 06). **Learned helplessness**. Faculty of psychology chulalongkorn university. <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/learned-helplessness>
- Forbes, M. P., O'Neil, A., Lane, M., Agustini, B., Myles, N., & Berk, M. (2021). Major Depressive Disorder in Older Patients as an Inflammatory Disorder: Implications for the Pharmacological Management of Geriatric Depression. **Drugs & Aging**, *38*(6), 451-467.

- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. **The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud**, 14(1914-1916), 237-258.
- George, L. K., Blazer, D. G., Hughes, D. C., & Fowler, N. (1989). Social Support and the Outcome of Major Depression. **The British Journal of Psychiatry**, 154(4), 478-485.
- Georgeta Rata, A. (2013). **Depression in the Elderly**. Cambridge Scholars Publishing.
- Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., & Gervain, M. (1995). Construction of a scale to measure consumer recovery. **Springfield, IL: Illinois Office of Mental Health**.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). **The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence**. Elsevier Health Sciences.
- Hancock, N., Scanlan, J. N., Bundy, A. C., & Honey, A. (2016). **Recovery assessment scale-domains and stages (RAS-DS) manual-version 2**. In.
- Haseda, M., Kondo, N., Ashida, T., Tani, Y., Takagi, D., & Kondo, K. (2018). Community Social Capital, Built Environment, and Income-Based Inequality in Depressive Symptoms Among Older People in Japan: An Ecological Study From the JAGES Project. **J Epidemiol**, 28(3), 108-116.
- Huang Lj Mm, R. N., Du Wt Mm, R. N., Liu Yc Mm, R. N., Guo Ln PhD, L. P. N., Zhang Jj Bs, R. N., Qin Mm Bs, R. N., & Liu, K. M. (2019). Loneliness, Stress, and Depressive Symptoms Among the Chinese Rural Empty Nest Elderly: A Moderated Mediation Analysis. **Issues Ment Health Nurs**, 40(1), 73-78.
- Imtiaz Ahmad Dogar. (2007). Biopsychosocial model. **APMC-Annals of Punjab Medical College**, 1(1), 11-13.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). **Cognitive vulnerability to depression**. Guilford Press.
- Jerrell, J. M., Cousins, V. C., & Roberts, K. M. (2006). Psychometrics of the Recovery Process Inventory. **The Journal of Behavioral Health Services & Research**, 33(4), 464-473.
- Jokelainen, J., Timonen, M., Keinanen-Kiukaanniemi, S., Harkonen, P., Jurvelin, H., & Suija, K. (2019). Validation of the Zung self-rating depression scale (SDS) in older adults. **Scand J Prim Health Care**, 37(3), 353-357.
- Kennis, M., Gerritsen, L., van Dalen, M., Williams, A., Cuijpers, P., & Bockting, C. (2020).

- Prospective biomarkers of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. **Molecular Psychiatry**, **25**(2), 321-338.
- Kirmani, M. N., Sharma, P., & Jahan, F. (2015). Hope Therapy in Depression: A Clinical Case Work. **International Journal Of Public Mental Health And Neurosciences**, **2**(3), 39-44.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. **Behav Ther**, **44**(3), 501-513.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. **Br J Psychiatry**, **199**(6), 445-452.
- Leite, A., de-Medeiros, A., Rolim, C., Pinheiro, K., Beilfuss, M., Leão, M., Castro, T., & Junior, J. (2019). Hope, theory and its relation to depression: A systematic review. **Annals of Psychiatry Clinical Neuroscience**, **2**(2). 1-5.
- Mackin, R. S., & Arean, P. A. (2005). Evidence-based psychotherapeutic interventions for geriatric depression. **Psychiatr Clin North Am**, **28**(4), 805-820.
- Maier, A., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A., & Lupp, M. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. **PLoS One**, **16**(5), 1-38.
- Mak, R., Schottke, M. L., Müller, M., Lübbers, F., Müller-Alcazar, A., Kolbeck, S., & Morgenroth, O. (2022). Self-Responsibility: Relationship with Depression and Anxiety and Relevance for the Treatment Outcome of Inpatients with Major Depression. **Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie**, **72**(2), 78-86.
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., & Horowitz, M. A. (2022). The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. **Molecular Psychiatry**.
- Mueser, K., Gingerich, S., Salyers, M., McGuire, A. B., Reyes, R. U., & Cunningham, H. (2005). Illness Management and Recovery (IMR) Scales. **Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures**, **2**, 124-132.
- National Institute on Aging. (2021). **Depression and Older Adults**. Retrieved July 07

From <https://www.nia.nih.gov/health/depression-and-older-adults>.

- Nguyen, T. T., Tchetgen, E. J. T., Kawachi, I., Gilman, S. E., Walter, S., & Glymour, M. M. (2017). The role of literacy in the association between educational attainment and depressive symptoms. *SSM-population health*, **3**, 586-593.
- O'Dwyer Denise. (2014). **Embracing Wellness, Self Management, and the Positive Interface of Eastern and Western Psychology**. [Doctoral thesis, City University London]. City Research Online. <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/14565/>
- Obuobi-Donkor, G., Nkire, N., & Agyapong, V. I. O. (2021). Prevalence of Major Depressive Disorder and Correlates of Thoughts of Death, Suicidal Behaviour, and Death by Suicide in the Geriatric Population-A General Review of Literature. *Behavioral sciences*, **11**(142), 1-19.
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low Self-Esteem Is a Risk Factor for Depressive Symptoms From Young Adulthood to Old Age. *Journal of Abnormal Psychology*, **118**, 472-478.
- Ottenbreit, N. D., Dobson, K. S., & Quigley, L. (2014). A Psychometric Evaluation of the Cognitive Behavioral Avoidance Scale in Women with Major Depressive Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, **36**(4), 591-599.
- Peden, A. R. (1993). Recovering in Depressed Women: Research With Peplau's Theory. *Nursing Science Quarterly*, **6**(3), 140-146.
- PEDEN, A. R. (1996). Recovering from depression: a one-year follow-up. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **3**(5), 289-295.
- Penninx, B. W. J. H., Geerlings, S. W., Deeg, D. J. H., van Eijk, J. T. M., van Tilburg, W., & Beekman, A. T. F. (1999). Minor and Major Depression and the Risk of Death in Older Persons. *Archives of General Psychiatry*, **56**(10), 889-895.
- Philip Burgess, Jane Pirkis, Tim Coombs, & Alan Rosen. (2010). **Review of Recovery Measures**. Australian: Australian Mental Health Outcomes and Classification Network 'Sharing Information to Improve Outcomes', An Australian Government funded initiative.
- Pozza, A., & Dèttore, D. (2014). Are inflated responsibility beliefs specific to OCD Meta-

- analysis of the relations of responsibility to OCD, anxiety disorders, and depression symptoms. **Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation**, **11**(6), 170-181.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. **J Affect Disord**, **136**(3), 581-590.
- Ritschel, L. A., & Sheppard, C. S. (2018). Hope and depression. In M. W. Gallagher & S. J. Lopez (Eds.), **The Oxford handbook of hope** (pp. 209–219). Oxford University Press.
- Romans, S. E., Tyas, J., Cohen, M. M., & Silverstone, T. (2007). Gender Differences in the Symptoms of Major Depressive Disorder. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, **195**(11), 905-911.
- Rush, A. J., Kraemer, H. C., Sackeim, H. A., Fava, M., Trivedi, M. H., Frank, E., Ninan, P. T., Thase, M. E., Gelenberg, A. J., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Rosenbaum, J. F., Ray, O., Schatzberg, A. F., & Force, A. T. (2006). Report by the ACNP Task Force on response and remission in major depressive disorder. **Neuropsychopharmacology**, **31**(9), 1841-1853.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. **Journal of Behavioral Medicine**, **4**(4), 381-406.
- Seligman, M. E. (1974). **Depression and learned helplessness**. John Wiley & Sons.
- Skodol, A. E., Grilo, C. M., Keyes, K. M., Geier, T., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. **Am J Psychiatry**, **168**(3), 257-264.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. **World Psychiatry**, **13**(1), 12-20.
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2008). Recovery: an international perspective. **Epidemiol Psichiatr Soc**, **17**(2), 128-137.
- Slade, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Farkas, M., Grey, B., Larsen, J., Leamy, M., Oades, L.,

- & Williams, J. (2015). Development of the REFOCUS intervention to increase mental health team support for personal recovery. *Br J Psychiatry*, **207**(6), 544-550.
- Slade, M., & Wallace, G. (2017). Recovery and Mental Health. In A. Jarden, L. Oades, & M. Slade (Eds.), *Wellbeing, Recovery and Mental Health* (pp. 24-34). Cambridge University Press.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Academic press.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) SAMHSA's WORKING DEFINITION OF RECOVERY: 10 GUIDING PRINCIPLES OF RECOVERY PEP12-RECDEF First printed 2012  
<https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep12-recdef.pdf>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023, April 24). **Recovery and Recovery Support**. SAMHSA's. <https://www.samhsa.gov/find-help/recovery#4-dimensions-recovery>
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 189–214). Oxford University Press.
- Trezise, A., McLaren, S., Gomez, R., Bice, B., & Hodgetts, J. (2018). Resiliency among Older adults: dispositional hope as a protective factor in the insomnia–depressive symptoms relation. *Ageing & Mental Health*, **22**(8), 1094-1102.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). **World Population Ageing 2019: Highlights**.  
<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- victoria Bird, Mary Leamy, Clair Le Boutillier, Julie Williams, & Mike Slade. (2014). **REFOCUS (2nd edition): Promoting recovery in mental health services**. London: Rethink Mental Illness.
- WADE, T. D., & KENDLER, K. S. (2000). The Relationship between Social Support and Major Depression: Cross-Sectional, Longitudinal, and Genetic Perspectives. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **188**(5), 251-258.
- William A. Anthony. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the

mental health service system in the 1990s. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, **16**(4), 11-23.

Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. **Psychogeriatrics**, **12**(1), 11-17.

World Health Organization. (2019). **Recovery practices for mental health and well-being WHO Quality Rights Specialized training Course guide**. (WHO, Ed.).

World Health Organization. (2023, March 31). **Depressive disorder (depression)**. (WHO, Ed.). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือและรายนามผู้ช่วยวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ปฏิบัติงาน
1. แพทย์หญิงนพวรรณ ตันศิริมาศ	จิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2. ผศ.ณัฐิกา ราชบุตร	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
3. อาจารย์วีระชัย เตชะนิตติชัย	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
4. นางสาวธัญญา สุทะปา	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse: APN) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาล สวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
5. นายดรัณ พงศธรสกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เฉพาะทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราช นครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

### รายนามผู้ช่วยวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ช่วยวิจัย	สถานที่ปฏิบัติงาน
1. นางสาวสุณี ฉิมพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse: APN) สาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต โรงพยาบาลนภาลัย
2. นางนภสร จันทพรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เฉพาะทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย



### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 4 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย
  - ส่วนที่ 1 โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน
  - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
  - ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (BDI-II) ฉบับภาษาไทย (The Beck depression Inventory-second Edition Thai version; BDI-II Thai version)
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง
  - ส่วนที่ 1 แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพฉบับภาษาไทย (Recovery Assessment Scale -Domains and Stages: RAS-DS) - Thai Translation
4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
  - ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับไทย Mini - Mental State Examination: Thai version (MMSE – Thai 2002)

## เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

### ส่วนที่ 1 โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คู่มือโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า



จัดทำโดย

นายพรประเสริฐ แก้วคำ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์

ผศ.ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

### กิจกรรมที่ 1 : ค้นหาและสร้างความหวังในการฟื้นคืนสู่สภาวะ

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจระหว่างสมาชิกและผู้วิจัย
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามองหาและสร้างความหวังในการดำเนินชีวิต

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกภายในกลุ่มและผู้วิจัยมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างดำเนินกิจกรรม
2. สมาชิกภายในกลุ่มสามารถค้นหาความหวังและวิธีการสร้างความหวังด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม
3. สมาชิกภายในกลุ่มสามารถเขียนแผนรับมือกับอุปสรรคต่อความหวังได้อย่างเหมาะสม

#### สาระสำคัญ

การค้นหาและการสร้างความหวังเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า การมีความหวังในการฟื้นคืนสู่สภาวะจะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามองเห็นในการเปลี่ยนแปลงตนเองมีเป้าหมายในการต่อสู้กับโรคและอาการซึมเศร้า รวมไปถึงมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ซึ่งภายในกิจกรรมจะให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามองหาความหวัง กำหนดวิธีการสร้างความหวัง ตามความสามารถของตนเองเพื่อที่จะทำให้ ความหวังที่ตนตั้งไว้ ประสบความสำเร็จตลอดจนการค้นหาอุปสรรคที่จะทำให้ความหวังที่ตนตั้งไว้ไม่สำเร็จ และค้นหาวิธีการรับมือกับอุปสรรคความหวัง

ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม ๙0-90 นาที

#### สื่อ/วัสดุอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1.1 ความหวังของฉัน
2. ใบงานที่ 1.2 แผนรับมืออุปสรรคต่อความหวังของฉัน
3. ดินสอ/ยางลบ และปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรม

## การดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนการ ดำเนินการกลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/วัสดุ อุปกรณ์	เวลาที่ ใช้
ขั้นเริ่มกลุ่ม (Orientation phase)	<p>1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ ข้อตกลงระหว่างดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม</p> <p>2. ผู้วิจัยให้สมาชิกภายในกลุ่มแนะนำชื่อตนเอง โดยแนะนำตามจังหวะประกอบเพลง “คุณชื่ออะไร คุณชื่ออะไร คุณชื่อ..... คุณชื่อ..... ชอบทำทำอะไรอย่างงี้ ชอบทำทำอะไรอย่างงี้ (ให้สมาชิกแต่ละคนตอบชื่อ และทำท่าทางประกอบที่ตนเองชอบทำแล้วสบายใจดี ทำแล้วสบายใจดี ทำท่าแบบนี้สบายใจซึ่งร้องเพลงจนครบสมาชิกทุกคนภายในกลุ่ม เพื่อเป็นการละลายพฤติกรรมและสร้างสัมพันธ์ภาพของสมาชิกภายในกลุ่ม</p>		5 นาที  10 นาที
ขั้นดำเนินการ (Working phase)	<p>3. ผู้วิจัยกล่าวเปิดประเด็นเกี่ยวกับความหวังในชีวิตและใ้ทำงานที่ 1.1 อธิบายมอบหมายให้สมาชิกเขียนหรือเล่าเกี่ยวกับความหวังเดิม ความหวังในปัจจุบัน และความหวังในอนาคตในทุกมิติของชีวิตตนเอง เช่น ความหวังในชีวิต ครอบครัว สังคม และสุขภาพ เป็นต้น</p> <p>4. ผู้วิจัย กระตุ้นให้สมาชิกวิเคราะห์ถึงความยากง่ายที่จะทำให้ความหวังเหล่านั้นประสบความสำเร็จ ได้แก่ แหล่งสนับสนุน หรือปัจจัยเอื้อต่อการบรรลุตามความหวัง และปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และถึงให้สมาชิกลำดับความสำคัญของความหวัง และให้สมาชิกเลือกว่าจะทําให้ความหวังในเรื่องใ้สำเร็จเป็นอันดับแรก โดยเน้นให้เห็นถึงความหวังในปัจจุบันที่สามารถบรรลุได้ในเวลาอันสั้นและเขียนบันทึกลงในใ้งานขั้นที่ 1.1</p>	ใ้งานที่ 1.1 ความหวังของ ฉัน  ใ้งานที่ 1.1 ความหวังของ ฉัน	10 นาที  10 นาที
	<p>5. ผู้วิจัยให้สมาชิกภายในกลุ่มค้นหาวิธีที่จะทําให้ความหวังที่ตนตั้งไว้ประสบความสำเร็จโดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของวิธีการปฏิบัติที่ตนสามารถทําได้จริง เขียนบันทึกลงในใ้งานที่ 1.2</p> <p>6. ผู้วิจัยให้สมาชิกภายในกลุ่มค้นหาอุปสรรคหรือปัญหาที่จะทําความหวังที่ตนตั้งไว้ไม่ประสบความสำเร็จ และให้สมาชิกช่วยกันค้นหาวิธีที่จะรับมือกับอุปสรรคเหล่านั้น รวมถึงวิธีการเผชิญกับความคิดที่เป็นอุปสรรคต่อความหวังของตนเขียนบันทึกลงในใ้งานที่ 1.2</p>	ใ้งานที่ 1.1 ความหวังของ ฉัน  ใ้งานที่ 1.2 แผนรับมือ อุปสรรคต่อ ความหวังของ ฉัน	10 นาที  10 นาที

<p>ขั้นปิดกลุ่ม (Terminating phase)</p>	<p>7. ผู้วิจัยให้กำลังใจสมาชิกและฝึกให้สมาชิกสนทนาเชิงบวกกับตนเองเช่น “ฉันมั่นใจว่าทำได้” “ทำวันนี้ให้ดีที่สุด” “ฉันจะทำให้ความหวังเรื่องนี้ประสบความสำเร็จ” เป็นต้น เพื่อให้สมาชิกมีพลังใจ มองโลกในแง่ดี สามารถเอาชนะความหุดหู่ ความสิ้นหวังและ ผู้วิจัยให้สมาชิกทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้และนัดหมายครั้งถัดไป</p>		<p>5 นาที</p>
---	---	--	---------------

#### การประเมินผล

1. สมาชิกภายในกลุ่มและผู้วิจัยมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างดำเนินกิจกรรม
2. สมาชิกภายในกลุ่มสามารถค้นหาและวิธีการสร้างความหวังด้วยตนเองได้โดยเขียนบันทึกลงในใบงานได้อย่างเหมาะสม
3. สมาชิกภายในกลุ่มมีแผนรับมือกับอุปสรรคต่อความหวังของตนโดยสามารถเขียนแผนรับมือกับอุปสรรคต่อความหวังลงในใบงานที่ 1.2 ได้อย่างเหมาะสม



คู่มือโปรแกรม  
การฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า  
(สำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า)



จัดทำโดย

นายพรประเสริฐ แก้วคำ

ผศ.ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำนำ

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ที่ทำให้กระบวนการรับรู้บกพร่อง เป็นโรคที่เพิ่มอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ สาเหตุของการเกิดโรคและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันเช่น การทำงานของสมองและสารสื่อประสาทที่ไม่สมดุล การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคม การเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ซึ่งในปัจจุบันแนวทางการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเน้น การรักษาที่ต้องบูรณาการวิทยาศาสตร์ชีวภาพทางการแพทย์เข้ากับความรู้ด้านจิตวิทยา สังคมวิทยา และมนุษยวิทยา เพื่อให้การบำบัดรักษาครอบคลุมเหตุและปัจจัยของการเกิดโรค

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ลดอาการซึมเศร้า โดยจัดกระทำกับปัจจัยปกป้องซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการซึมเศร้าและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดี สามารถจัดการอาการและการเจ็บป่วยของตน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือ โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (สำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า)ฉบับนี้จะเป็นแนวทางที่สามารถนำไปใช้และก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้า เพื่อใช้ในการจัดการกับอาการซึมเศร้าและส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดีต่อไป

นายพรประเสริฐ แก้วคำ

ผู้จัดทำ



### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ
 

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
2. อายุ
 

<input type="checkbox"/> 60-65 ปี	<input type="checkbox"/> 66-70 ปี
<input type="checkbox"/> 71 ปีขึ้นไป	
3. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หม้าย
<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> หย่า/ร้าง/แยก
4. ศาสนา
 

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> อิสลาม
<input type="checkbox"/> คริสต์	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ป.ว.ส.	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	
6. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า
 

<input type="checkbox"/> 1-5 ปี	<input type="checkbox"/> 6-10 ปี
<input type="checkbox"/> 11-15 ปี	<input type="checkbox"/> มากกว่า 15 ปี
10. พฤติกรรมการรับประทานยา
 

<input type="checkbox"/> สำมาเสมอ	<input type="checkbox"/> ไม่สำมาเสมอ
-----------------------------------	--------------------------------------
11. เคยได้รับการบำบัดรูปแบบอื่นมาก่อน
 

<input type="checkbox"/> เคย (ระบุ).....	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
--	---------------------------------
12. ผู้ดูแลหลัก
 

<input type="checkbox"/> มีผู้ดูแลหลัก	<input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ดูแลหลัก
--	---

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย (The Beck depression Inventory-second Edition Thai version; BDI-II Thai version)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย

ชื่อ.....สถานะ.....อายุ.....เพศ.....

อาชีพ.....ระดับการศึกษา.....

**คำชี้แจง :** แบบประเมินนี้ประกอบไปด้วย 21 คำถาม กรุณาอ่านประโยคคำถามอย่างรอบคอบ และเลือก 1 คำตอบเพื่ออธิบายความรู้สึกของคุณในระหว่าง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยวงกลมล้อมรอบตัวเลขด้านล่างของคำถาม ถ้ามีคำตอบหลายคำตอบในแต่ละคำถาม ให้วงกลมคำตอบที่มีความน่าจะเป็นมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

<p><b>1. ความโศกเศร้า</b></p> <p>0 ไม่รู้สึกเศร้า</p> <p>1 รู้สึกเศร้ามาก</p> <p>2 เศร้าตลอดเวลา</p> <p>3 เศร้ามากหรือไม่มีความสุข</p>	<p><b>2. การมองโลกในแง่ร้าย</b></p> <p>0 ไม่รู้สึกท้อแท้</p> <p>1 รู้สึกหมดกำลังใจ</p> <p>2 รู้สึกหมดหวังกับตนเอง</p> <p>3 รู้สึกว่าหมดหวังกับอนาคต</p>
<p>.....</p>	
<p><b>21. การสูญเสียความสนใจด้านเพศสัมพันธ์</b></p> <p>0 ฉันไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงด้านเพศสัมพันธ์</p> <p>1 ฉันมีความสนใจด้านเพศสัมพันธ์น้อยกว่าที่เคยเป็น</p> <p>2 ตอนนี้ฉันมีความสนใจด้านเพศสัมพันธ์น้อยมาก</p> <p>3 ฉันคิดว่าตัวเองสูญเสียความสนใจด้านเพศสัมพันธ์อย่างสมบูรณ์</p>	

คะแนนรวม : .....

**คำชี้แจงการแปลผล**

คะแนนรวม	การแปลผล
0-13	ระดับภาวะซึมเศร้าน้อยที่สุด (Minimal)
14-19	ระดับภาวะซึมเศร้าน้อย (Mild)
20-28	ระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate)
29-63	ระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe)

## เครื่องมือกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 1 แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery Assessment Scale -Domains and Stages: RAS-DS) - Thai Translation

### แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

(Recovery Assessment Scale - Domains and Stages: RAS-DS) - Thai Translation

ชื่อ-นามสกุล.....วันที่ประเมิน.....

คำแนะนำ: ด้านล่างเป็นรายการที่อธิบายถึงบุคคลซึ่งรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับตนเองในบางครั้งและวิถีชีวิตของพวกเขาโปรดอ่านแต่ละหัวข้ออย่างละเอียดและวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่อธิบายถึงตัวคุณได้ถูกต้อง วงกลมเพียงตัวเลขเดียวในแต่ละข้อและไม่ควรข้ามข้อใดข้อหนึ่งไป

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ไม่แน่นอน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	1
ไม่จริงบางส่วน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง	2
จริงบางส่วน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก	3
จริงแน่นอน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด	4

กำลังทำสิ่งที่ฉันให้คุณค่า Doing Things I Value				
	ไม่จริง แน่นอน	ไม่จริง บางส่วน	จริง บางส่วน	จริง แน่นอน
1. การมีความสุขสนุกสนานถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ	1	2	3	4
กำลังติดต่อและสร้างสัมพันธ์กัน Connecting and Belonging				
38. ฉันรู้สึกดีเกี่ยวกับสถานการณ์ครอบครัวของฉัน	1	2	3	4

### คำชี้แจงการแปลผล

คะแนนฟื้นคืนสู่สุขภาพมีคะแนน ตั้งแต่ 38-152 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

คะแนน 38 –75 คะแนน	หมายถึง การฟื้นคืนสู่สุขภาพไม่ดี
คะแนน 76 –114 คะแนน	หมายถึง การฟื้นคืนสู่สุขภาพปานกลาง
คะแนน 114 –152 คะแนน	หมายถึง การฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดี

### เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับไทย Mini - Mental State Examination:  
Thai version (MMSE – Thai 2002) (MMSE-Thai 2002)

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับไทย

(Mini - Mental State Examination Thai version; MMSE-Thai 2002)

#### คำชี้แจง

1. แบบทดสอบนี้ไม่ใช่ในผู้สูงอายุที่ตาบอด หูหนวก หรือมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนตามแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (ข้อ 4.1)
2. ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4,9 และ 10

	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด )	คะแนน
<b>1.Orientation for Time (5 คะแนน)</b> (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร		
1.2 วันนี้ วันอะไร		
.....	.....	.....
<b>11. Visuo-construction (1 คะแนน)</b>		
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดให้เหมือนภาพตัวอย่าง” ในที่ว่าง ด้านข้างของภาพตัวอย่าง 		
รูปห้าเหลี่ยมต้องมีมุม 5 มุม ตามภาพตัวอย่าง การตัด กันต้องเกิดรูปสี่เหลี่ยมด้านในทำตามได้ทั้งหมดจึงจะได้ คะแนน 1 คะแนน		
	คะแนนรวม.....คะแนน	



### การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบประเมิน  
ภาวะซึมเศร้าของเบค (BDI-II) ฉบับภาษาไทย

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

$$CVI = \frac{17}{21}$$

$$CVI = .81$$

การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบบประเมิน  
ระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery Assessment Scale-Domains and Stages: RAS-DS)

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

$$CVI = \frac{35}{38}$$

$$CVI = 0.90$$



## การคำนวณดัชนีความเที่ยงของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย (The Beck depression Inventory-second Edition Thai version; BDI-II Thai version)

### Reliability

#### Reliability Statistics

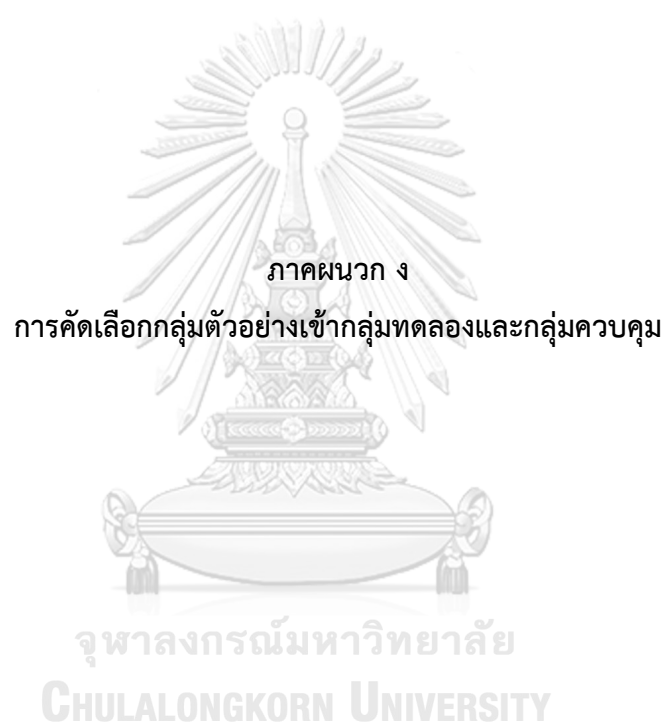
Cronbach's Alpha	N of Items
.808	21

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ RAS-DS (Recovery Assessment Scale – Domains and Stages) – Thai Translation

### Reliability

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.847	38



### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าโดยการจับคู่ (Matched pair) ด้วยเพศ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 23 คู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	เพศ	ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า	เพศ	ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า
คู่ที่ 1	ชาย	11-15 ปี	ชาย	1-5 ปี
คู่ที่ 2	ชาย	1-5 ปี	ชาย	1-5 ปี
คู่ที่ 3	ชาย	มากกว่า 15 ปี	ชาย	1-5 ปี
คู่ที่ 4	ชาย	11-15 ปี	ชาย	1-5 ปี
คู่ที่ 5	หญิง	มากกว่า 15 ปี	หญิง	มากกว่า 15 ปี
คู่ที่ 6	หญิง	1-5 ปี	หญิง	1-5 ปี
คู่ที่ 7	หญิง	1-5 ปี	หญิง	1-5 ปี
คู่ที่ 8	หญิง	1-5 ปี	หญิง	1-5 ปี
คู่ที่ 9	หญิง	1-5 ปี	หญิง	1-5 ปี
คู่ที่ 10	หญิง	มากกว่า 15 ปี	หญิง	มากกว่า 15 ปี
คู่ที่ 11	หญิง	มากกว่า 15 ปี	หญิง	11-15 ปี
คู่ที่ 12	หญิง	6-10 ปี	หญิง	1-5 ปี
คู่ที่ 13	หญิง	1-5 ปี	หญิง	1-5 ปี
คู่ที่ 14	หญิง	11-15 ปี	หญิง	6-10 ปี
คู่ที่ 15	หญิง	มากกว่า 15 ปี	หญิง	6-10 ปี
คู่ที่ 16	หญิง	6-10 ปี	หญิง	6-10 ปี
คู่ที่ 17	หญิง	1-5 ปี	หญิง	1-5 ปี
คู่ที่ 18	หญิง	6-10 ปี	หญิง	1-5 ปี
คู่ที่ 19	หญิง	มากกว่า 15 ปี	หญิง	6-10 ปี
คู่ที่ 20	หญิง	1-5 ปี	หญิง	1-5 ปี
คู่ที่ 21	หญิง	6-10 ปี	หญิง	1-5 ปี
คู่ที่ 22	หญิง	1-5 ปี	หญิง	1-5 ปี
คู่ที่ 23	หญิง	1-5 ปี	หญิง	1-5 ปี

ภาคผนวก จ

การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า  
ในชุมชนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง  
และการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ  
โรคซึมเศร้าในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพ  
กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Paired samples t-test)

#### Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Total score Experimental Post-test	15.2857	21	2.49285	.54398
	Total score Experimental Pre-test	20.3810	21	3.27836	.71540

#### Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Significance	
				One-Sided p	Two-Sided p
Pair 1	Total score Experimental Post-test & Total score Experimental Pre-test	21	.567	.004	.007

#### Paired Samples Test

		Paired Differences				Significance				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	One-Sided p	Two-Sided p
					Lower	Upper				
Pair 1	Total score Experimental Post-test - Total score Experimental Pre-test	-5.09524	2.77317	.60516	-6.35757	-3.83291	-8.420	20	<.001	<.001

แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน  
กลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (Paired samples t-test)

### Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair	SUM Control Post	20.1429	21	2.76199	.60271
1	SUM Control Pre	20.8095	21	2.82168	.61574

### Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Significance	
			One-Sided p	Two-Sided p
SUM Control Post & SUM Control Pre	21	.960	<.001	<.001

### Paired Samples Test

Pair		Paired Differences					Significance			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	One-Sided p	Two-Sided p
					Lower	Upper				
1	SUM Control Post - SUM Control Pre	-.66667	.79582	.17366	-1.02892	-.30441	-3.839	20	<.001	.001

แสดงเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Independent t-test)

Group Statistics					
	Group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total score Post-tests	Experimental Group	21	15.2857	2.49285	.54398
	Control Group	21	20.1429	2.76199	.60271
Total score Pre-tests	Experimental Group	21	20.3810	3.27836	.71540
	Control Group	21	20.8095	2.82168	.61574

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
				Significance				Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	One-Sided p	Two-Sided p			Lower	Upper
Total score Post-tests	Equal variances assumed	.001	.980	-5.982	40	<.001	<.001	-4.85714	.81190	-6.49806	-3.21623
	Equal variances not assumed			-5.982	39.587	<.001	<.001	-4.85714	.81190	-6.49859	-3.21570
Total score Pre-tests	Equal variances assumed	.737	.396	-.454	40	.326	.652	-.42857	.94389	-2.33625	1.47910
	Equal variances not assumed			-.454	39.132	.326	.652	-.42857	.94389	-2.33756	1.48042







คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
เลขรับที่: 1241  
วันที่: 1 มิถุนายน 2566 เวลา: 10:38

ที่ อว ๘๑๓๗/๑๐๐๔

มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.สิงหนาทบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑ มิถุนายน ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๘๕๓ ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามที่นายพรประเสริฐ แก้วคำ นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย “แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (BDI-II) ฉบับภาษาไทย” จากคูชฎินิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ประเมินภาวะซึมเศร้าแบบพุทธิกรรมกับการวัดคลื่นไฟฟ้าสมอง สำหรับวัยรุ่นไทย” ของคุณศราวุธ ราชมณี หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อนำไปใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน” ตามความทราบแล้วนั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยบัณฑิตวิทยาลัยอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ซึ่งสามารถประสานงานขอเครื่องมือวิจัยฉบับเต็มได้ที่เจ้าของเครื่องมือวิจัย และขอให้อ้างอิงงานวิจัยดังกล่าวด้วย รวมถึงจัดส่ง “แบบฟอร์มรับรองการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์” ไปยังบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th (สามารถดาวน์โหลดได้ที่ [http://grd.buu.ac.th/wordpress/?page\\_id=3717](http://grd.buu.ac.th/wordpress/?page_id=3717))

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย

เรียน รองคณบดี

เพื่อทราบ และสำเนาเอกสารให้บัณฑิตวิทยาลัยดำเนินการต่อไป

1 มิถุนายน 2566 เวลา 11:09

1 มิถุนายน 2566 เวลา 14:28

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

รับทราบและแจ้งนิสิตทราบเพื่อดำเนินการต่อไป

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗, ๐๖ ๕๘๕๓ ๘๒๗๐

อีเมล grd.buu@go.buu.ac.th

2 มิถุนายน 2566



**Request permission to use the RAS-DS (Recovery Assessment Scale – Domains and Stages) – Thai Translation**

PK

Pornprasert Keawkham

ถึง: recovery.scale@sydney.edu.au; nicola.hancock@sydney.edu.au

พท 25/5/2023 16:18

Dear RAS-DS Team and Dr. Nicola Hancock

I hope you are well. I am Mr. Pornprasert Keawkham currently studying for a master's degree in nursing science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing at Chulalongkorn University, Thailand. I am writing to inform you that I have read your research paper on Recovery Assessment Scale – Domains & Stages (RAS-DS) Manual Version 3. (Hancock et al., 2019) and found it very intriguing, especially the instrument RAS-DS (Recovery Assessment Scale – Domains and Stages) – Thai Translation (Thai version: Prepared by Dr. Supalak Khemthong and colleagues, Mahidol University) adopted in your study. I am convinced such an instrument can be best applied to my thesis which aims to investigate the effect recovery program on depressive symptoms in older person with MDD. I would appreciate it if you could give me for instrument and any advice on this.

If you need any further information, please do not hesitate to contact me

I look forward to hearing from you

Yours sincerely

Info contact

Mr. Pornprasert Keawkham

E-mail: [6470048236@student.chula.ac.th](mailto:6470048236@student.chula.ac.th)

Tel. +66658742294



**Request permission to use the RAS-DS (Recovery Assessment Scale – Domains and Stages) – Thai Translation**

RT

Justin Scanlan &lt;justin.scanlan@sydney.edu.au&gt; โ้เนนพของ Ras-Ds Team &lt;recovery.scale@sydney.edu.au&gt;

ถึง: Pornprasert Keawkham; Ras-Ds Team &lt;recovery.scale@sydney.edu.au&gt;; Nicola Hancock &lt;nicola.hancock@sydney.edu.au&gt;

พ. 26/5/2023 2:46

Dear Mr. Pornprasert Keawkham

We are very happy to grant permission for you to use the RAS-DS Thai translation. We hope you find it valuable in your study. Please do reach out to us if you have any questions.

I have ccd Associate Professor Nicola Hancock into this email as well as she may have additional questions. We will also add you to our mailing list, so we can update you with new information (only about once or twice per year). Please let us know if you do not wish to be added.

Warm regards

Justin, on behalf of the RAS-DS Team

**Recovery Assessment Scale – Domains and Stages (RAS-DS) Team**  
Occupational Therapy | Sydney School of Health Sciences | Faculty of Medicine and Health  
Centre for Disability Research and Policy (CDRP) | Faculty of Medicine and Health  
**THE UNIVERSITY OF SYDNEY**

Level 7, Susan Wakil Health Building, D18  
Western Avenue, The University of Sydney, NSW 2006  
Australia  
T +61 2 9351 9022 | M +61 409 029 916  
E [recovery.scale@sydney.edu.au](mailto:recovery.scale@sydney.edu.au) | W [www.ras-ds.net.au](http://www.ras-ds.net.au) | <http://sydney.edu.au>



CRICOS 00028A

This email plus any attachments to it are confidential. Any unauthorised use is strictly prohibited. If you receive this email in error, please delete it and any attachments.



ภาคผนวก ช  
เอกสารขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๘๑๔

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๒ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๒ ชุด

เนื่องด้วย นายพรประเสริฐ แก้วคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิง นพวรรณ ตันศิริมาศ จิตแพทย์ชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาฯ

ที่อนิสิต

แพทย์หญิง นพวรรณ ตันศิริมาศ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๗๑

นายพรประเสริฐ แก้วคำ โทร. ๐๖-๕๘๗๔-๒๒๙๔



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๘๒๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐  
๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๒ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๒ ชุด

เนื่องด้วย นายพรประเสริฐ แก้วคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ณีฎิกา ราชบุตร อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
๒. อาจารย์ วีระชัย เตชะนิริติศัย อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ณีฎิกา ราชบุตร และอาจารย์ วีระชัย เตชะนิริติศัย

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๔๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๗๑

นายพรประเสริฐ แก้วคำ โทร. ๐๖-๕๘๗๔-๒๒๕๔



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๘๒๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพระฯ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๒ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๒ ชุด

เนื่องด้วย นายพรประเสริฐ แก้วคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ นางสาวฐานิยา สุทะปา พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse: APN) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวฐานิยา สุทะปา

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๓, ๐๘-๑๘๓๓-๔๗๔๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๗๑

นายพรประเสริฐ แก้วคำ โทร. ๐๖-๕๕๗๔-๒๒๕๔



ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๘๒๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๒ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๒ ชุด

เนื่องด้วย นายพรประเสริฐ แก้วคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายดริณ พงศธรสกุล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ เฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาฯ

ที่อนิสิต

นายดริณ พงศธรสกุล

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๔๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๗๑

นายพรประเสริฐ แก้วคำ โทร. ๐๖-๕๘๗๔-๒๒๕๔

ภาคผนวก ซ

เอกสารขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย  
และเอกสารขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๒๗๗

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑

ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน

กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตขอความช่วยเหลือให้ผลิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
  ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายพรประเสริฐ แก้วคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอความช่วยเหลือให้ผลิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) จำนวน ๓๐ คน โดยใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (BDI-II) ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตขอความช่วยเหลือให้ นายพรประเสริฐ แก้วคำ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๗๑

นายพรประเสริฐ แก้วคำ โทร. ๐๖-๕๘๗๔-๒๒๙๔

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๒๗๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายพรประเสริฐ แก้วคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) จำนวน ๒๓ คน โดยใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (BDI-II) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินระดับการฟื้นฟูสุขภาพ และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับไทย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายพรประเสริฐ แก้วคำ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๓, ๐๘-๑๘๓๓-๔๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๗๑

นายพรประเสริฐ แก้วคำ โทร. ๐๖-๕๘๗๔-๒๒๕๔

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๒๗๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐  
๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายพรประเสริฐ แก้วคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) จำนวน ๒๓ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (BDI-II) ฉบับภาษาไทย และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับไทย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายพรประเสริฐ แก้วคำ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๔๗๔๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๗๑

นายพรประเสริฐ แก้วคำ โทร. ๐๖-๕๘๗๔-๒๒๔๔

ภาคผนวก ฅ  
เอกสารขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
และเอกสารรับรองโครงการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๑๑๒



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. AF ๐๑-๐๙ แบบฟอร์มการประเมินโดยผู้วิจัย จำนวน ๒ ชุด
  ๒. AF ๐๒-๐๖ แบบยื่นขอการรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จำนวน ๒ ชุด
  ๓. AF ๐๓-๐๙ ตัวอย่างเอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน ๒ ชุด
  ๔. AF ๐๔-๐๙ ตัวอย่างเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย จำนวน ๒ ชุด
  ๕. โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยฉบับสมบูรณ์ จำนวน ๒ ชุด

เนื่องด้วย นายพรประเสริฐ แก้วคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายพรประเสริฐ แก้วคำ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมฤทธิ์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๗๑  
นายพรประเสริฐ แก้วคำ โทร. ๐๖-๕๘๗๔-๒๒๙๔

AF 05-09  
COA No. ๒๐/๒๕๖๖



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม  
กระทรวงสาธารณสุข  
ที่อยู่ ๒๐๒ หมู่ ๓ ต.ลาดใหญ่ อ.เมือง จังหวัดสมุทรสงคราม โทร. ๐-๓๔๗-๑๑๕๗๑ ต่อ ๓๐๒,๓๐๓

#### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน  
เลขที่โครงการวิจัย : ๒๐/๒๕๖๖  
ผู้วิจัยหลัก : นายพรประเสริฐ แก้วคำ  
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
เอกสารรับรอง : ๑. โครงร่างงานวิจัย  
๒. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย  
๓. แบบบันทึกข้อมูลเข้าร่วมวิจัย  
๔. แบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย  
๕. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย

ลงนาม .....

(นายคำรน ศรีวงศ์ษา)

รก.ประธานคณะกรรมการจริยธรรม  
การวิจัยในมนุษย์

ลงนาม .....

(นายธีระพงษ์ ฐิติธนากุล)

กรรมการและเลขานุการ  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์


วันที่รับรอง : ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖

วันหมดอายุ : ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๗

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)





	<b>มาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์</b> <b>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม</b> <b>กระทรวงสาธารณสุข</b>	AF 03-09/02.0
	<b>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</b> <b>(Informed Consent Form)</b>	เริ่มใช้ 1 กรกฎาคม 2565

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน  
 วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....  
 ที่อยู่.....  
 ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....  
 และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่  
 พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้  
 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย  
 หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทาง  
 รักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่าง  
 แล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการ  
 รักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย


ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการ  
 บอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป ผู้วิจัย  
 รับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก  
 ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
 อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อ  
 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มี  
 การตรวจสอบข้อมูล ประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ เพิ่มเติม  
 หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้  
 ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิก  
 การให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ  
 จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก และในคอมพิวเตอร์ การ  
 ตรวจสอบ การวิเคราะห์และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์  
 ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการแล้วยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความ  
 เต็มใจจึงได้ ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้




	<b>มาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์</b> <b>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม</b> <b>กระทรวงสาธารณสุข</b>	AF 03-09/02.0
	<b>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</b> <b>(Informed Consent Form)</b>	เริ่มใช้ 1 กรกฎาคม 2565

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
 (.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
 วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่ อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการ วิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย  
 (.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
 วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน  
 (.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
 วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

	<b>มาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์</b> <b>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม</b> <b>กระทรวงสาธารณสุข</b>	AF 04-09/02.0
	<b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย</b> <b>(Information sheet for research participant)</b>	เริ่มใช้ 1 กรกฎาคม 2565

**ชื่อโครงการวิจัย:** ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

**ผู้สนับสนุนการวิจัย:** ทุนส่วนตัว

**ผู้วิจัยหลัก**

ชื่อ: นายพรประเสริฐ แก้วคำ

สถานที่ทำงาน : นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตคณะพยาบาล  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโทรศัพท์: 0658742294 E-mail address: 6470048236@student.chula.ac.th

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก**

ชื่อ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

สถานที่ทำงาน: ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโทรศัพท์: 081-8744569, E-mail address: dpennapa@gmail.com


**เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสงคราม ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทิววิจัย ซึ่งเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

**เหตุผลความเป็นมา**

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นโรคที่ทำให้กระบวนการรับรู้บกพร่อง และยังเป็นโรคที่เพิ่มอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุจากการเกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในชุมชน และสามารถเกิดขึ้นได้ง่ายเนื่องด้วยความเสื่อมทางด้านร่างกายและการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลานาน ส่งผลต่อกระบวนการรับรู้และการรู้คิดบกพร่อง เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และคุณภาพชีวิต ซึ่งอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเหตุการณ์ ความเครียดในชีวิตและปัจจัยปกป้อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยปกป้องเป็นปัจจัยที่ช่วยลด อิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าตามมามาก แต่ในขณะเดียวกันถ้าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

	<b>มาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์</b> <b>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม</b> <b>กระทรวงสาธารณสุข</b>	AF 04-09/02.0
	<b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย</b> <b>(Information sheet for research participant)</b>	เริ่มใช้ 1 กรกฎาคม 2565

นั้นมีปัจจัยปกป้องร่วมด้วยจะช่วยทำให้ระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดลดน้อยลง ส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าลดลงได้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสภาวะต่ออาการซึมเศร้าในการจัดการกระทำกับปัจจัยปกป้องเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

#### **วัตถุประสงค์ของการศึกษา**

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสภาวะ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสภาวะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### **วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 46 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 23 คน โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดดังนี้


**เกณฑ์การคัดเลือก** ดังนี้ 1. มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไปประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย 2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น 3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สือสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้

**เกณฑ์การคัดออก** ดังนี้ 1. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและทางจิตจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้ระหว่างการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง ในระยะการทดลองใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 3 สัปดาห์ และระยะประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการทดลอง (Post-test) ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (BDI-II) ฉบับภาษาไทย ในสัปดาห์ที่ 5

#### **ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

	<b>มาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์</b> <b>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม</b> <b>กระทรวงสาธารณสุข</b>	AF 04-09/02.0
	<b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย</b> <b>(Information sheet for research participant)</b>	เริ่มใช้ 1 กรกฎาคม 2565

### **ความเสี่ยงที่อาจได้รับ**

กระบวนการวิจัยอาจทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความเครียดและเหนื่อยล้าขณะตอบแบบสอบถาม อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยจะดูแลจัดการให้เกิดความเครียดและเหนื่อยล้าให้น้อยที่สุด หากผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความเครียดหรือเหนื่อยล้า ผู้วิจัยจะให้เวลาในการตอบแบบสอบถามออนไลน์ สามารถนำไปตอบที่บ้านหรือช่วงเวลาที่รู้สึกสบายใจ คลายความเหนื่อยล้าลงได้ แต่อย่างไรก็ตามหากผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ไม่สามารถให้ความร่วมมือต่อได้หรือไม่พร้อมให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลทันที และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

### **ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน**

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอลงตัวออกจากกรวิจัย

### **การพบแพทย์นอกตารางนัดหมายในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียง**

หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที ถึงแม้ว่าจะอยู่นอกตารางการนัดหมาย เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที หากอาการดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่าย


### **ประโยชน์ที่อาจได้รับ**

1. เพื่อลดอาการซึมเศร้าและส่งเสริมให้เกิดการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ

โรค

### **วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่นๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร**

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

	<b>มาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์</b> <b>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม</b> <b>กระทรวงสาธารณสุข</b>	AF 04-09/02.0
	<b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย</b> <b>(Information sheet for research participant)</b>	เริ่มใช้ 1 กรกฎาคม 2565

### **ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย**

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้วิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้วิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

### **อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย**

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยได้ตามที่อยู่(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลบางปะกอก 1 เลขที่ 2 ซอยสุขสวัสดิ์ 25/1 ถ.สุขสวัสดิ์ แขวงบางปะกอก เขตราชบุรีบูรณะ กรุงเทพฯ 10140 (ที่บ้าน) หอพักโรงพยาบาล (อพาร์ทเมนท์) ห้อง 512 เลขที่497 หมู่ที่9 ซอยประชาธิปไตย 29 แขวงราชบุรีบูรณะ เขตราชบุรีบูรณะ กทม. 10140 โทรศัพท์มือถือ 0658742294, E-mail address: 6470048236@student.chula.ac.th

### **ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย**

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (BDI-II) ฉบับภาษาไทยก่อนและหลังจากการดำเนินการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจะกล่าวขอบคุณและให้สมุดความรู้โรคซึมเศร้าและค่าพาหนะเดินทาง/ค่าเสียเวลาแก่ท่านในการเดินทางมาเข้าร่วมการวิจัยในกิจกรรมครั้งที่ 1 และครั้งสุดท้าย


### **การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย**

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่านหรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยและเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด
- ท่านมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและทางจิตจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้ระหว่างการดำเนินการวิจัย



	<b>มาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์</b> <b>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม</b> <b>กระทรวงสาธารณสุข</b>	AF 04-09/02.0
	<b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย</b> <b>(Information sheet for research participant)</b>	เริ่มใช้ 1 กรกฎาคม 2565

### **การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร**

ข้อมูลที่จะนำไปสู่การเปิดเผยตัวตน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไป (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลบางปะกอก 1 เลขที่ 2 ซอยสุขสวัสดิ์ 25/1 ถ.สุขสวัสดิ์ แขวง บางปะกอก เขตราชบุรีบูรณะ กรุงเทพฯ 10140 (ที่บ้าน) หอพักโรงพยาบาล (อพาร์ทเมนท์) ห้อง 512 เลขที่497 หมู่ที่9 ซอยประชาอุทิศ 29 แขวงราชบุรีบูรณะ เขตราชบุรีบูรณะ กทม. 10140 หรือสามารถส่ง E-mail มาที่ 6470048236@student.chula.ac.th

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

### **สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
6. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
7. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
8. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอม

ที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายพรประเสริฐ แก้วคำ
วัน เดือน ปี เกิด	2 กันยายน 2539
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ที่อยู่ปัจจุบัน	หอพักโรงพยาบาลบางปะกอก 1 (อพาร์ทเมนต์) ห้อง 512 เลขที่ 497 หมู่ที่ 9 ซอยประชาอุทิศ 29 แขวงราษฎร์บูรณะ เขตราษฎร์บูรณะ กทม. 10140



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY