

ผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม
ผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่

นางสาวนฤมล อินทหมื่น

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

THE EFFECT OF THE THERAPEUTIC ART ON DEPRESSION OF THE ELDERLY IN
THAMPAKORN CHIANGMAI

Miss Naruemon Intamuen

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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าใน
ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาจิตสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้าน
ธรรมปกรณ์ เชียงใหม่

โดย

นางสาวนฤมล อินทหมื่น

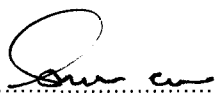
สาขาวิชา

สุขภาพจิต

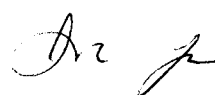
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

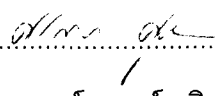
รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร

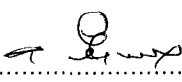
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต


..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ไสภณ นภาพร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง บุรณี กาญจนถวัลย์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุชีรา ภัทราวายุทธวรรณ)

นฤมล อินทหมื่น : ผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่. (THE EFFECT OF THE THERAPEUTIC ART ON DEPRESSION OF THE ELDERLY IN THAMPAKORN CHIANGMAI) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร , 106 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับศิลปะบำบัด และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 คนถูกแบ่งกลุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบและจับฉลากเข้าไปยังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 11 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับศิลปะบำบัด จำนวน 10 กิจกรรมเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์ตามปกติ การศึกษานี้ใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย(TGDS) เพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Fisher's Exact Test, Wilcoxon Signed Ranks Test และ Mann-Whitney Test

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังจากได้รับศิลปะบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

กล่าวคือกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้ามลดลงหลังได้รับศิลปะบำบัด และมีภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับศิลปะบำบัด

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต..... หนูพล อินทหมื่น.....

สาขาวิชา.....สุขภาพจิต..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

ปีการศึกษา.....2555.....

5474127030 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS : ART THERAPY / THERAPEUTIC ART / DEPRESSION / ELDERLY

NARUEMON INTAMUEN : THE EFFECT OF THE THERAPEUTIC ART ON
DEPRESSION OF THE ELDERLY IN THAMPAKORN CHIANGMAI.

ADVISOR : ASSOC. PROF. SIRILUCK SUPPAPITIPORN , 106 pp.

The purpose of this experimental research was to compare levels of depression among the elderly in the experimental group before and after receiving art therapy and to compare levels of depression among the elderly between the experimental group and the control group. Twenty - two elderly in Thampakorn home were randomized by systematic random sampling into experimental group and control group for 11 in each group. The experimental group received art therapy 10 sessions for 5 weeks. For control group, subjects participated the usual activity of Thampakorn home. This study used the general information questionnaire and Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) to assess the depression level of both groups including before and after the experiment. The data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's Exact Test, Wilcoxon Signed Ranks Test and Mann-Whitney Test.

The findings of this study were the experimental group after receiving art therapy had mean scores of depression lower than before the experiment which was statistically significant ($P < 0.01$) and had statistically significant lower depression scores than the control group ($P < 0.01$). The experimental group had depression level lower than before receiving art therapy and lower than control group that not receiving art therapy.

Department.....Psychiatry.....

Student's signature *Narumon Intamuen*.....

Field of study.....Mental Health.....

Advisor's signature *Siriluck Suppakitiporn*.....

Academic year.....2012.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความกรุณา ความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปิติภร อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือด้านการวิจัยอย่างดี และช่วยเหลือตรวจแก้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นุรณี กาญจนถวัลย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์จากนอกมหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำและความรู้ด้านการทำวิจัยเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิง พัชรินทร์ สุขคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และ คุณแสงอุษณีย์ นวะมะรัตน์ (พี่เขย) ที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้ฝึกประสบการณ์การทำศิลปะบำบัดกับคนไข้ และให้ความรู้ด้านศิลปะบำบัดเป็นอย่างมาก

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ รองศาสตราจารย์ สมโภชน์ ทองแดง และ ดร.วีรวรรณ วงศ์ปิ่นเพชร ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบโปรแกรมศิลปะบำบัดที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์ นิพนธ์ พวงวรินทร์ ที่ให้ความกรุณาในการใช้แบบสอบถามวัดความเข้มเศร้าในผู้สูงอายุไทย และคุณณัชชา คำเครือ ที่กรุณาให้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมศิลปะบำบัดมาใช้ในการอ้างอิงการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์ฯบ้านธรรมปกรณ์ และพี่บุคลากรทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ตั้งแต่ก่อนการทดลองจนถึงสิ้นสุดการทดลอง และขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และคอยถามไถ่ผู้วิจัย ผู้วิจัยซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่คอยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจ รวมทั้งทุกคนโดยตลอด ขอขอบคุณพี่ธุรการทุกท่านและเพื่อนๆสุขภาพจิตรุ่น 24 ในเวลาทุกคนสำหรับการช่วยเหลือต่างๆรวมทั้งกำลังใจ และขอบคุณคุณปวัน ที่คอยให้กำลังใจเรื่อยมา

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ | ช |
| สารบัญตาราง..... | ณ |
| สารบัญภาพ | ญ |
| บทที่ | |
| 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| คำถามการวิจัย..... | 3 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 3 |
| สมมติฐานของการวิจัย..... | 3 |
| ขอบเขตของการวิจัย | 3 |
| ข้อจำกัดของการวิจัย..... | 3 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย | 4 |
| ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 4 |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย | 5 |
| 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 6 |
| แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ..... | 6 |
| แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า..... | 13 |
| แนวคิดเกี่ยวกับศิลปะบำบัด | 26 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 33 |

| | |
|-------|--|
| บทที่ | |
| 3 | วิธีดำเนินการวิจัย37 |
| | ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง37 |
| | เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย40 |
| | การเก็บรวบรวมข้อมูล42 |
| | การวิเคราะห์ข้อมูล43 |
| 4 | ผลการวิเคราะห์ข้อมูล44 |
| | การวิเคราะห์ข้อมูล44 |
| 5 | สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ62 |
| | สรุปผลการวิจัย62 |
| | ผลการศึกษา62 |
| | อภิปรายผลการวิจัย64 |
| | ข้อเสนอแนะ68 |
| | รายการอ้างอิง69 |
| | ภาคผนวก74 |
| | ภาคผนวก ก75 |
| | ภาคผนวก ข83 |
| | ภาคผนวก ค91 |
| | ภาคผนวก ง100 |
| | ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์106 |

สารบัญตาราง

| | หน้า |
|---|------|
| ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... | 46 |
| ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปด้านอายุ และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์จนถึงปัจจุบัน..... | 51 |
| ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสถานการณ์ความเครียดในชีวิตรายข้อของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... | 52 |
| ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบจำนวนสถานการณ์ความเครียดในชีวิตรายบุคคลของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม | 54 |
| ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบจำนวนสถานการณ์ความเครียดในชีวิต แบบแบ่งช่วงของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... | 55 |
| ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสถานการณ์ความเครียดในชีวิต ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม | 55 |
| ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง..... | 56 |
| ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง..... | 57 |
| ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง | 57 |
| ตารางที่ 10 ตารางเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง | 58 |
| ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง | 59 |
| ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง..... | 60 |

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุนระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....60

สารบัญภาพ

| | หน้า |
|--|------|
| ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย | 5 |
| ภาพที่ 2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง | 38 |
| ภาพที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง | 58 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มของประชากรที่ค่อนข้างต่ำ จำนวนประชากรในราชอาณาจักรไทยตามสำมะโนประชากรและเคหะปี 2553 อยู่ที่ 65.9 ล้านคน แม้ขนาดของประชากรจะค่อนข้างเกือบคงที่หรือเพิ่มขึ้นไม่มาก แต่โครงสร้างอายุกำลังเปลี่ยนไปมากในขณะที่ยุคส่วนใหญ่ของประชากรวัยเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง ประชากรสูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป กลับมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นถึงร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นต่อไปอีก (1) โดยในปี 2555 ประเทศไทยมีประชากรประมาณ 64 ล้านคน และมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุในปี 2555 ประมาณ 8.2 ล้านคน ซึ่งในปีเดียวกันนี้มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึง 326,837 คน (2) ซึ่งประชากรไทยในปี 2568 คาดว่าจะมีประมาณ 72.3 ล้านคน (3) และมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน

เมื่ออายุมากขึ้นความชุกจากการเจ็บป่วยจะเพิ่มขึ้นด้วย ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยจากสาเหตุต่างๆ ในแต่ละเดือนถึงร้อยละ 43.6 โดยพบมากในผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท อย่างไรก็ตามโรคหรือสาเหตุการเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะเป็นโรคไม่ร้ายแรง เช่น ไข้หวัดหรือปวดข้อ เป็นต้น สำหรับโรคเรื้อรังที่พบจะมีลักษณะไม่แตกต่างไปจากที่รายงานจากประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคคอเลสเตอรอลในเลือดสูง กลุ่มอาการสมองเสื่อม โรคข้อเสื่อม ภาวะกล้ามเนื้อสลายตัว การหกล้ม และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (4) ซึ่งปัจจุบันนี้ โรคซึมเศร้า เป็นภาวะโรคอันดับ 4 รองลงมาจากโรคเอดส์ เส้นเลือดในสมองตีบและเบาหวาน องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกคาดว่าในปี 2020 โรคซึมเศร้า จะเป็นภาวะโรคอันดับ 2 การศึกษาพบว่า ตลอดช่วงชีวิตคนเรา 1 ใน 4 ของเพศหญิง และ 1 ใน 10 ของเพศชายเคยมีภาวะซึมเศร้า ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 100 คน มีโอกาสเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลรักษาเพียง 11 คนเท่านั้น ทั้งนี้ จากการศึกษารายงานของกรมสุขภาพจิตพบว่า โรคซึมเศร้าในประเทศไทยมีความชุกประมาณ 5% (5)

สำหรับผู้สูงอายุภาวะจิตใจถือเป็นเรื่องที่สำคัญเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ปัญหาจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งจากรายงานผลการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ปี พ.ศ. 2548-2549 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พบว่า ภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นปัญหามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ผู้สูงอายุมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้ามากที่สุดเป็นร้อยละ 87 อ่อนเพลียร้อยละ 22.6 และนอนตื่นขึ้นมาไม่สดชื่นร้อยละ 20.6 ตามลำดับ (6) โดยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจัดว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขประการหนึ่ง บ่อยครั้งที่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติเนื่องจากผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าจำนวนไม่น้อยไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานใจและเสื่อมเสียความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของตนโดยไม่สมควร ปัญหา 3 ประการที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นไม่ได้รับทราบ ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค และไม่ได้รับการรักษา (7) ส่งผลให้ประสิทธิภาพทางด้านต่างๆ ลดลงอย่างรวดเร็ว เช่น ละเลยกิจวัตรประจำวัน ไม่ออกไปเดินเล่น ไม่ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุหรือพูดคุยกับผู้อื่น อาจใช้เวลาแต่ละวันหมดไปกับการนอน ไม่มีแรง มีสีหน้าหมกมุ่น อมทุกข์ ไม่มีชีวิตชีวา และมักบ่นว่าตนเองเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และมีอาการทางร่างกายหลายๆอย่าง เกิดความท้อแท้ คิดเบี่ยงวิตและมีความคิดฆ่าตัวตาย (8)

ในการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การให้ยาต้านซึมเศร้า การทำจิตสังคมนาบัด ซึ่งศิลปะบำบัดนับเป็นรูปแบบหนึ่งของการทำจิตบำบัดที่ใช้ศิลปะเป็นเครื่องมือสำคัญเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งหลักการของศิลปะบำบัดคือใช้ศิลปะเป็นสื่อในการแสดงอารมณ์ ความรู้สึก ความขัดแย้ง และความต้องการ ที่ซ่อนเร้นอยู่ภายในส่วนลึกของจิตใจ (9) โดยงานฝีมือและงานศิลปะสามารถนำมาใช้เพื่อเป็นสื่อในการบำบัดรักษาได้ ทั้งนี้ชนิดของงานนั้นต้องสอดคล้องกับความสนใจ ทักษะประสบการณ์เดิมและความสามารถที่ผู้สูงอายุมีอยู่ในขณะนั้นด้วย นอกจากนี้ควรมีขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อนเกินไป (10) ดังผลงานวิจัยของ Lee Doric-Henry (11) และ McCaffrey R และคณะ (12) ที่พบว่าการใช้ศิลปะบำบัดช่วยเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการใช้ศิลปะบำบัดเพื่อเป็นสื่อในการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่ใช้ชีวิตอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และเล็งเห็นว่าศิลปะจะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้น หรือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการทำกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุต่อไป

คำถามการวิจัย

ผู้สูงอายุมีระดับภาวะซึมเศร้าหลังได้รับศิลปะบำบัดต่ำกว่าก่อนได้รับศิลปะบำบัดหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังทำศิลปะบำบัด
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มทดลองหลังได้รับศิลปะบำบัด มีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับ
2. กลุ่มทดลองหลังได้รับศิลปะบำบัด มีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่
2. ตัวแปรที่ศึกษา
 - 2.1 ตัวแปรอิสระ คือ ศิลปะบำบัด
 - 2.2 ตัวแปรตาม คือ ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในศูนย์ผู้สูงอายุเพียงศูนย์เดียว และศึกษาในจังหวัดเดียว ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มอื่นหรือจังหวัดอื่น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ศิลปะบำบัด (Therapeutic Art) หมายถึง การประยุกต์ใช้ศิลปะในรูปแบบต่างๆ ในการช่วยบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ให้แสดงออกผ่านงานศิลปะ ซึ่งในการวิจัยนี้ กิจกรรมศิลปะบำบัดที่ผู้วิจัยจัดขึ้นมุ่งสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้มีโอกาสแสดงออกทางอารมณ์อย่างผ่อนคลาย และลดภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ รวม 10 กิจกรรม

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุ รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์ กระตือรือร้น ไม่สนุกเพลิดเพลิน รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง มองไม่เห็นคุณค่าในตนเอง แยกตัว หรือเก็บตัวเงียบ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และ/หรือจิตใจ ซึ่งในการวิจัยนี้ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความรู้สึกของตนเองในรอบหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 13 – 24 คะแนน ซึ่งแสดงถึงภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

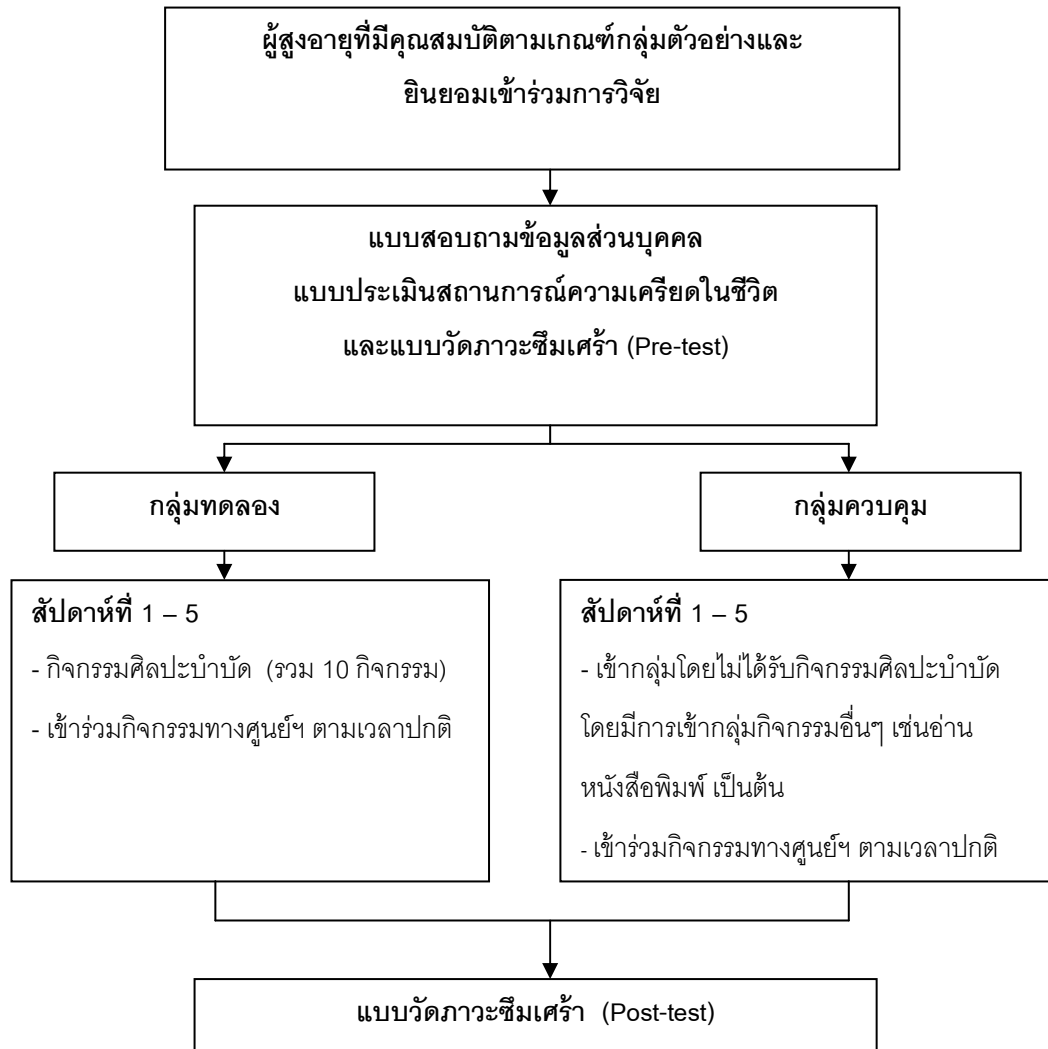
ผู้สูงอายุ (Elderly) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ ในเดือนกันยายน-ตุลาคม 2555

ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม โดยใช้ศิลปะบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยและการพัฒนากิจกรรมในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เรื่องผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียดที่สำคัญดังต่อไปนี้

แนวคิดและทฤษฎี

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (พ.ศ. 2525) ได้ให้คำจำกัดความผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าขึ้นไป และได้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุ (Elderly) ว่ามีอายุ ระหว่าง 60-74 ปี, คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี และคนชรามาก (Very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (13)

สหประชาชาติ ได้ให้คำนิยามผู้สูงอายุว่าหมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และประเทศใดมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) แล้ว สำหรับประเทศไทย ได้มีการกำหนดเกณฑ์สำหรับการเกษียณอายุบุคคลทั่วไปเมื่อมีอายุ 60 ปี และในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ก็ให้คำนิยามไว้ว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปด้วยเช่นกัน (14)

กรมประชาสงเคราะห์ ได้ให้ความหมายคำว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ ความสูงอายุนี้จะเริ่มตั้งแต่เกิดมา และดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงสิ้นสุดอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น (15)

จากแนวคิดดังกล่าว พอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือวัยเกษียณอายุ เป็นช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

1.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

อรพรรณ ทองแดง (16) กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุไว้ 3 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางกาย ความสามารถในการทำงานของร่างกายเริ่มเสื่อมถอยเกิดสภาพความเปลี่ยนแปลงของวัยชรา ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมหงอก หูไม่ได้ยินชัดเจน ตามองไม่เห็น การทำงานของระบบภายใน เช่น หัวใจ ปอด ทางเดินอาหารเริ่มมีสมรรถภาพลดลง มีการเสื่อมของข้อต่างๆ มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ไม่ว่องไว บางครั้งต้องพึ่งพาผู้อื่น

การเปลี่ยนแปลงทางใจ ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และความจำไม่จับใจ เหมือนเช่นเคย สภาพอารมณ์แปรปรวนง่าย วิตกกังวล ว่าเหว่ ใจน้อย หงุดหงิด หรือบางรายมีอาการซึมเศร้า มีปัญหาในการปรับตัว

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งแวดล้อมย่อมเปลี่ยนแปลงไป เช่น การออกจากงานประจำ ภาวะเงินไม่คล่องตัว ลูกๆ แยกไปมีครอบครัว การตายจากของคู่ครอง และบทบาทที่เปลี่ยนไปเป็นผู้สูงอายุ เป็นปู่ย่าตายาย บทบาทต่อสังคมเปลี่ยนไป

การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ย่อมจะต้องเกิดขึ้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ ชีวิตถึงจะดำเนินต่อไปอย่างมีความสุข โดยใช้ประสบการณ์อันยาวนาน หลากหลายร่วมกับการพัฒนาตนมาช่วย

Susan I. Buchalter (17) กล่าวไว้ว่าผู้สูงอายุไม่น้อยต้องเผชิญกับการเข้ามาของปัญหาที่ก้าวเข้ามาในแต่ละปี สอดคล้องกับกลุ่มของผู้ป่วยซึ่งจะมีปัญหาบางส่วนต่อไปนี้

- โศกเศร้าเสียใจ
- ความเหงา
- การสูญเสียหรือการเสียชีวิตของคนรักและเพื่อน
- การเปลี่ยนแปลง (ด้านการเคลื่อนไหว)
- การปวดเมื่อย และเจ็บปวด
- การผ่าตัด
- ความทรงจำไม่ดี
- ลูกหลานไม่มาเยี่ยม
- มีความลำบากด้านการมองเห็นและได้ยิน

- ลูกหลานกลายเป็นผู้ใหญ่ (บงการ)
- ปัญหาการเงิน (แหล่งที่มาของรายได้น้อยลง และรายได้คงที่)
- มีความยากลำบากในการเข้ากับเพื่อน และมีการเข้ากลุ่มหรือชมรม
- การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในเชิงลบ (มีน้ำหนักเพิ่มหรือลด, ผอมบาง ฯลฯ)
- ไม่สามารถทำได้ “อะไรก็ตามที่เคยทำได้ในอดีต”
- กลายเป็นผู้ถูกอุปถัมภ์
- มีความลำบากในการจัดการกับการเกษียณอายุ
- การเปลี่ยนแปลงสถานะ (เช่น จากเคยเป็นแพทย์ก็จะกลายเป็นคนชราคนหนึ่งที่ไม่มีความใคร่สังเกตเห็น)
- เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไรนอกจากรอที่จะตาย
- เจ็บป่วย

ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต (18) การสำรวจสภาวะสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตเฉลี่ยต่ำที่สุด กล่าวคือ มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย 31.44 คะแนน จากคะแนนเต็มที่กรมสุขภาพจิตกำหนดเกณฑ์สุขภาพจิตที่ดีไว้ที่ 45 คะแนน โดยนำไปเปรียบเทียบกับ กลุ่มวัยทำงานอายุ 40-59 ปี ที่มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยดีที่สุดในกลุ่มเยาวชนและวัยผู้ใหญ่ อายุ 15-39 ปี ที่มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยปานกลาง 31.80 คะแนน นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุไทยมีเกณฑ์สุขภาพจิตอยู่ในระดับที่เท่ากับบุคคลทั่วไปมากที่สุด คือ จำนวน 2,804 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.0 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตระดับต่ำกว่าบุคคลทั่วไป จำนวน 1,991 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.0 และผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตระดับดีกว่าบุคคลทั่วไป มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 1,435 คิดเป็นร้อยละ 23.0

1.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ประนอม โอทกานนท์ (19) นักจิตวิทยายอมรับว่าการอธิบายกระบวนการแก้ในด้านจิตวิทยาสามารถอธิบายได้ด้วยข้อมูลและแนวคิดสำคัญมากมายหลายประการ แต่ความสอดคล้องสัมพันธ์ของข้อมูลและแนวคิดที่จะอธิบายเป็นหนึ่งเดียวยังไม่ชัดเจน ซึ่ง Jett กล่าวว่าแม้ว่าศาสตร์ด้านจิตวิทยาจะได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการอธิบายอย่างชัดเจนของ

กระบวนการแก้แล้วก็ตาม แต่ศาสตร์ด้านนี้ยังไม่ชัดเจนด้านการทดสอบและการวัด Jett ได้กล่าวถึงทฤษฎีด้านจิตวิทยาที่ใช้อธิบายกระบวนการแก้ในปัจจุบัน ได้แก่

1. Jung Theories of Personality ทฤษฎีของ Jung เน้นการพัฒนาบุคลิกภาพกับการบรรลุถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคลในทุกช่วงชีวิต Jung ได้เสนอไว้ว่า เมื่อบุคคลมีวัยสูงขึ้น บุคลิกภาพของบุคคลอาจแปรเปลี่ยนไป คือ จากบุคลิกภาพการมีมิตรภาพ ชอบสมาคม เป็นบุคลิกภาพที่ใช้เวลากับตัวเอง ค้นหาความจริงเกี่ยวกับตนและตระหนักว่าความสำเร็จและความท้าทายของชีวิตสามารถพบได้ในตนเอง

2. Developmental Theories of Erikson and Peck อีริกสันได้อธิบายพัฒนาการของบุคคลตามพัฒนาการชีวิตตั้งแต่แรกเกิดถึงวัยสูงอายุไว้ทั้งหมด 8 ระยะ ผลลัพธ์ของพัฒนาการแต่ละระยะอาจมีทั้งสำเร็จก่อให้เกิดความพึงพอใจ และไม่สำเร็จก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ ในระยะต่างๆ ของชีวิตโดยเฉพาะวัยกลางคน (middle age) หากบุคคลมีพัฒนาการทางบวก คือ มีใจกว้าง เผื่อแผ่คนอื่น ไม่เห็นแก่ตัว (generativity) บุคคลจะเข้าสู่ระยะสุดท้าย คือ วัยสูงอายุที่มีความมั่นคงทางจิตใจ (ego integrity) เห็นคุณค่าตนเองและไม่สิ้นหวังในชีวิต

Peck ได้ขยายฐานความคิดจากทฤษฎีอีริกสัน ระบุพัฒนาการที่ผู้สูงอายุจะต้องทำเพื่อบรรลุถึง ego integrity ไว้ว่า ในวัยสูงอายุบุคคลจะต้องให้ความสำคัญและแยกตนเองจากการคิดแค่เพียงการเห็นความสำคัญของตนเอง (ego) สภาพร่างกายที่แปรเปลี่ยนไป (body) และบทบาทของตนเอง (role)

3. Maslow's Hierarchy of Human Needs มาสโลว์อธิบายความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เป็นลำดับ ขั้นตอน ต่อเนื่องกัน 5 ระดับ คือ ความต้องการทางด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรัก ด้านการมีศักดิ์ศรีของตนเอง และด้านการบรรลุศักยภาพแห่งตน บุคคลจะบรรลุศักยภาพแห่งตน บุคคลจะบรรลุถึงความต้องการขั้นต่อไปและขั้นสูงสุดบุคคลก็จะต้องได้รับการสนองตอบที่พอใจในระดับที่ต่ำกว่าก่อนเสมอ และความต้องการเหล่านี้จะเป็นแรงขับเคลื่อนของการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์

โสภภาพรรณ รัตนัย (20) กล่าวถึงการกำหนดวัยสูงอายุควรพิจารณาจาก 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม ด้านชีวภาพจะคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงและความสามารถในการใช้ศักยภาพของร่างกายเป็นเกณฑ์ ทางด้านจิตใจจะพิจารณาถึงความสามารถในการปรับตัว

ต่อสิ่งแวดล้อม ความสอดคล้องในการรับรู้ การจดจำ การรับความรู้ใหม่ๆ การใช้เหตุผล การมองภาพพจน์ตนเอง และแรงกระตุ้นของตัวเอง ส่วนทางด้านสังคมนั้นก็พิจารณาถึงบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบเป็นสำคัญ

1. สาเหตุด้านกายภาพ อวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายเริ่มเสื่อมโทรมลงจนเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอาจทำให้เกิดโรคทางจิตได้
2. สาเหตุด้านสภาพจิต การขาดความสุข ความอบอุ่นใจ ไม่สมหวังในชีวิต ไม่สามารถปรับตัว ยอมรับความเปลี่ยนแปลงไม่ได้ ทำให้อารมณ์แปรปรวน จนควบคุมไม่ได้ กลายเป็นคนหงุดหงิดง่าย โมโห ซึมเศร้า และเกิดอาการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ
3. สาเหตุด้านสังคม เศรษฐกิจ การปลดเกษียณ ไม่ทำงานทำให้ขาดอำนาจและรายได้ ไร้ตำแหน่งหน้าที่เกียรติยศ ชื่อเสียง หวาดกลัวการถูกทอดทิ้งไม่เหลือวแลจากญาติและคนใกล้ชิดเหมือนเก่าก่อน ทำให้เครียดคิดมาก ทำใจไม่ได้อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว ก้าวร้าว ขาดความสุขและความอบอุ่นใจ ไม่สมหวังในชีวิต ไม่สามารถปรับตัว ไม่ยอมรับความเปลี่ยนแปลง ทำให้อารมณ์แปรปรวนกลายเป็นคนหงุดหงิดง่าย โมโห ซึมเศร้าและเกิดอาการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

1.4 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่พบบ่อย

อรรวรรณ แพนคง (21) สถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่พบบ่อยของสุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผลจากการเสื่อมถอยของร่างกาย แบ่งออกเป็นแต่ละระบบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับการมองเห็นและการรับสัมผัส ได้แก่ โรคตาและตาบอด ความผิดปกติของการได้ยิน
2. ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โคเลสเตอรอลในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. ปัญหาเกี่ยวกับข้อกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ โรคข้อโดยเฉพาข้อเข่า โรคของหลังทำให้ปวดหลังเรื้อรัง
4. ปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาท ได้แก่ กลุ่มอาการสมองเสื่อม

5. ปัญหาอื่นๆ ได้แก่ อุบัติเหตุ ทุพโภชนาการและภาวะโลหิตจาง การติดเชื้อ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา นอนไม่หลับ หงุดหงิด อากาการซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า การกลืนปัสสาวะไม่ได้และท้องผูก

1.5 กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ

โสภภาพรณ รัตนัย (20) กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้

1. แบบที่มีอิสระและความเป็นตัวของตัวเอง คือ ต้องมีอิสระในการดำเนินชีวิตตามที่ตนปรารถนาและวางแผนไว้ อิสระที่จะแสดงพฤติกรรมต่างๆ โดยไม่ถูกจำกัด

2. แบบที่มีความสันโดษ คือ บางวาระก็อยากจะทำจิตใจให้สงบ โดยการทำกิจกรรมเจริญภาวนา การอยู่ตามลำพังในเวลาใดเวลาหนึ่ง

3. แบบที่คุ้นเคย คือ ต้องการความใกล้ชิดกับบุคคลอื่นๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยว รวมทั้งมีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อความสนุกสนานเบิกบานใจ

4. การทำสมาธิและการปล่อยวาง การนั่งสมาธิจะทำให้เกิดการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆ รอบตัวของตัวเอง ทำให้เกิดความคิด จดจำแบบที่ยืดหยุ่นไม่ยึดมั่นในสิ่งหนึ่งสิ่งใดจนเกินไป และรู้จักปล่อยวาง

5. การศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ยังขาดอยู่และหาความรู้เรื่องใหม่ๆ และข้อมูลใหม่ๆ ในปัจจุบันซึ่งเต็มไปด้วยเทคโนโลยีทันสมัยเพื่อนำความรู้นั้นมาแก้ปัญหาความขัดแย้งทางความคิดในลักษณะที่ให้ความยุติธรรมโดยอาศัยเหตุและหลักฐาน

6. การมีจุดมุ่งหมายของชีวิต หมายถึง การกระทำต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง สามารถหาคำตอบให้แก่ตนเองได้ ตั้งความหวังใหม่แทนเรื่องเก่าได้ ตลอดจนกระทั่งมีกำลังใจที่ดี

7. จากประสบการณ์หลากหลาย เพราะความซ้ำซากเป็นตัวทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ต่อการดำเนินชีวิต แต่ถ้าได้เดินทางท่องเที่ยวสร้างความตื่นเต้น ฉะนั้นการทำกิจกรรมหรือประสบการณ์ที่น่าตื่นเต้นจึงเป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตสมบูรณ์ในคนทุกเพศทุกวัย

8. จากการสัมผัสทางธรรมชาติและร่างกาย คือ การได้มีโอกาสไปท่องเที่ยวในสถานที่ต่างๆ เพื่อสัมผัสกับธรรมชาติสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนบรรยากาศและสถานที่ จะช่วยให้ร่างกายและจิตใจสบาย คลายเครียด คลายความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความสุขอย่างแท้จริง

ผู้สูงอายุที่ไม่มีอะไรทำมักเบื่อหน่ายชีวิต ดังนั้นเมื่อเกษียณอายุราชการแล้วควรใช้ชีวิตไป ด้วยการพักผ่อน เดินทางท่องเที่ยวหรือทำงานอดิเรกที่ตนสนใจ เช่น แกะสลัก หรือเล่นดนตรี ใช้เวลาว่างที่เหมาะสมเพื่อเอาชนะความเบื่อหน่าย จากกิจกรรมต่อไปนี้

1. การเล่นกีฬาที่เหมาะสม เช่น วាយน้ำ เทนนิส ปิงปอง จะทำให้ร่างกายได้ออกกำลัง ภายมีสุขภาพสมบูรณ์ ใจกว้าง มีเหตุผลในการตัดสินใจปัญหาต่างๆ

2. งานอดิเรกและศิลปะ เลือกตามใจชอบ เช่น สะสมแสตมป์ สะสมของเก่า ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว ด้านศิลปะ เช่น ระบายสี วาดรูป แกะสลัก เล่นดนตรี เพื่อพัฒนาด้านจิตใจหรือสุนทรียภาพ

3. เกมที่อยู่กับที่ อาทิเช่น หมากรุก ไพ่ ปริศนาอักษรไขว้ เพื่อทำกิจกรรมร่วม ความสัมพันธ์กับผู้อื่น

4. การพักผ่อนกับธรรมชาติ เช่น ทำสวน ไปตั้งค่ายพักแรม การเฝ้าดูนกต่างๆ เลี้ยงปลา สวยงาม เหล่านี้จะทำให้จิตใจสบายปลอดโปร่งขึ้น

5. การทำสมาธิ เพื่อฝึกทำจิตใจให้ว่าง มองเห็นแนวทางใหม่ๆ ของชีวิต

6. การเข้ากลุ่มพัฒนาบุคลิกภาพ เพื่อกระตุ้นศักยภาพใหม่ๆ ในตัวบุคคลและได้สร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น

7. การผจญภัยและความตื่นเต้น ในสถานที่น่าสนใจทั้งในเมืองและชนบท ในประเทศ และต่างประเทศ การสำรวจใต้ทะเล ใต้เขา เป็นต้น เพื่อทำให้ความเบื่อหน่ายต่างๆ ลดลง

8. การทำงานสมัครเล่นเพื่อความสนุกที่ได้ทำและด้วยใจรักโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ช่างปั้น นักชีววิทยา ฯลฯ

9. การเรียนรู้และการศึกษา เพราะการเรียนรู้ไม่มีวันสิ้นสุด มนุษย์ต้องพัฒนาหาวิธีใหม่ๆ เพิ่มคุณสมบัติให้กับตัวเองในการผูกมิตรกับคนอื่นที่ยังมีชีวิตอยู่ จึงควรเรียนรู้ภาษาใหม่ๆ ศิลปะใหม่ๆ และความรู้แบบใหม่ๆ เพิ่มพูนด้วย

ถึงแม้สุขภาพร่างกายและจิตใจจะเสื่อมถอยไป แต่พลังความคิดสร้างสรรค์และประสบการณ์ยังมีอยู่ บุตรหลานผู้ใกล้ชิดหรือผู้รับผิดชอบผู้สูงอายุควรส่งเสริมให้ได้ทำงานตามความสามารถ ได้ออกสังคม จะช่วยให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีคุณค่าเกิดความสุข ภาคภูมิใจ จึงควรได้รับการส่งเสริมร่วมมือสนับสนุนจากองค์กรและสถาบันให้มากขึ้น การที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรม

จะทำให้มีความคิดเห็นในทางบวก โดยผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรมในระดับสูงก็จะมีความคิดเห็นต่อตนเองในทางบวกระดับสูงไปด้วย จากการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยแบ่งประเภทกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท คือ การมีส่วนร่วมทางสังคมทั้งภายในและภายนอกครอบครัว มีงานอดิเรกทำในยามว่าง ซึ่งรวมทั้งการออกกำลังกาย การเล่นกีฬาจะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูงด้วย กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมเกี่ยวกับศาสนา กิจกรรมเกี่ยวกับการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม กิจกรรมสันทนาการ กิจกรรมทางด้านศิลปะการฝีมือ กิจกรรมเกี่ยวกับการกีฬา และอาสาสมัครเพื่อชุมชน

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

มีผู้ให้คำจำกัดความของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

Beck (22) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ อ่างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องซึม เป็นต้น มีอัตมโนทัศน์ในทางลบเกี่ยวกับตัวเอง ต่ำหีนตนเอง มีพฤติกรรมถดถอยและโทษตัวเอง มีความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงหรืออยากตาย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เป็นต้น

ดวงใจ กสานติกุล (23) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่ยาวนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียน

วิไลวรรณ ทองเจริญ (24) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจ หม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาวะต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมาก จะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย

จากแนวคิดดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาวะอารมณ์ทางลบ ส่งผลให้บุคคลนั้นเป็นทุกข์ ไม่มีความสุข ไม่สบายใจ เชื่องช้า ไม่อยากทำอะไรกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนไป เห็นตัวเจียม แยกตัวจากสังคม อาจร้ายแรงถึงคิดฆ่าตัวตาย และยังคงส่งผลต่อร่างกายและจิตใจในระยะยาวหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา

2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (25)

1. ด้านร่างกาย แนวคิดทฤษฎีด้านร่างกายที่นิยมนำมาใช้อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล ได้แก่ ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic) และทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression)

1.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic Transmission) เชื่อว่าโรคซึมเศร้าเป็นสิ่งที่ติดตัวบุคคลมาแต่กำเนิด โดยการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ผลการศึกษาพบว่ากรณีที่พ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 27 ขณะที่หากทั้งพ่อและแม่เป็นโรคซึมเศร้า ลูกจะมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 54 ในกลุ่มพี่น้องพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะพบโรคซึมเศร้าได้สูงถึงร้อยละ 70

1.2 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าของบุคคลเกิดจากการขาดภาวะสมดุลด้านการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitter) กลุ่มไบโอเจนิค เอมีนส์ (biogenic amines) ได้แก่ อินโดเลมีนส์ (indoleamines) หรือซีโรโทนิน (serotonin) ซึ่งเป็นตัวหลักที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และกลุ่มของแคทีโคลามีนส์ (catecholamines) คือ นอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) และโดพามีน (dopamine) โดยพบว่าสารสื่อประสาทกลุ่มดังกล่าวในสมองมีปริมาณลดลงเนื่องจากความผิดปกติของกระบวนการดูดกลับ (reuptake process) สารเข้าสู่เซลล์ประสาทส่งต่อ (pre-synaptic neuron) คือมีกระบวนการดูดกลับของสารสื่อประสาทมากเกินไป (over reuptake) ส่งผลให้บริเวณที่มีการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (synaptic cleft) มีปริมาณสารสื่อประสาทกลุ่มดังกล่าวลดลงมากกว่าปกติ ผลจากความผิดปกติของกระบวนการดูดกลับสารสื่อประสาทดังกล่าวทำให้บุคคลมีอาการซึมเศร้า รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ หงอยเหงา เบื่อหน่าย ไร้ความสุข ลึกลับ นอนไม่หลับ สะดุ้งตื่นกลางดึกฝันร้ายบ่อยครั้ง ส่งผลกระทบให้ประสิทธิภาพและความสามารถในการทำงานลดลง ในระยะยาวอาจทำให้บุคคลมีภาวะของการเป็นโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด

2. ด้านจิตใจ แนวคิดและทฤษฎีด้านจิตใจที่นิยมนำมาใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล ได้แก่ ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) และทฤษฎีการสูญเสียและความเศร้าโศก (Grief and Loss Theory) ดังนี้

2.1 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory : CT) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุจากการที่บุคคลสะสมความคิด การรับรู้และความรู้สึกทางลบกับตนเอง (Retrofexed hostility) และสิ่งแวดล้อมรอบตัวเป็นระยะเวลาอันยาวนานจนเกิดความเคียดแค้นและติดเป็นนิสัย และก่อให้เกิดความแปรปรวนของระบบความคิด กล่าวคือ มีระบบและวิธีการคิดในลักษณะบิดเบือนจากความเป็นจริง 3 ประการ (Cognitive triad) ได้แก่ ความคิดทางลบเกี่ยวกับตนเอง (negative view of the self) สิ่งแวดล้อม (negative view of the world) และอนาคต (negative view of the future)

ระบบการคิดดังกล่าวส่งผลให้บุคคลมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้พลัง ไร้ความสามารถ ไร้ศักยภาพ ไร้ความหมาย ไร้ความรัก ไร้ทางออก ไร้ความหวัง ไร้อนาคต ไม่ควรมีชีวิตอยู่ต่อไป และมองสิ่งแวดล้อมบิดเบือนจากความเป็นจริง ได้แก่ คนรอบข้างแม้กระทั่งเพื่อนสนิทและบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวไม่มีความรัก ความเข้าใจ และความจริงใจ ทุกคนรอบข้างเพื่อหน่ายและจับผิดตนเอง ไม่มีใครต้องการ ตนเองเป็นส่วนเกิน แปลกประหลาดสำหรับทุกคนในครอบครัว ในกลุ่มเพื่อน และสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว แห่งแฉ่ง เหมือนต้องมีชีวิตอยู่ในโลกเพียงลำพังแม้จะมีคนรอบข้าง รู้สึกผิด ล้มเหลว ไร้ประโยชน์ (Brown, 2001) ความคิด การรับรู้ และความรู้อีกดังกล่าวส่งผลให้บุคคลแยกตัวจากเพื่อนและสังคม ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตนเอง ตีกรอบให้กับตนเอง คิดหมกมุ่นอยู่กับตนเองในทางลบ ร้องไห้ หดหู่ เศร้า ลักษณะความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ดังกล่าวจะเกิดขึ้นวนเวียนซ้ำไปมาตลอดเวลาเป็นวงจร (vicious cycle) จนส่งผลให้บุคคลเกิดความผิดปกติทางจิตได้ในที่สุด

2.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) พัฒนาขึ้นโดย ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) เชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากจิตใต้สำนึก (Subconscious) หรือสัญชาตญาณดั้งเดิม (basic instinct) การแก้ไขพฤติกรรมสามารถ

กระทำได้โดยการเจาะลึกถึงจิตใจได้สำนึกซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างบุคลิกภาพ 3 ส่วน ได้แก่ Id, Ego และ Superego โดย Id หมายถึง พลังสัญชาตญาณที่คอยผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อมุ่งตอบสนองความสุขและความต้องการของตนเอง โดยมี Superego ทำหน้าที่คอยควบคุมพฤติกรรม ส่วน Ego เป็นส่วนที่ทำหน้าที่ในการตระหนักถึงความเป็นเหตุเป็นผลตามสภาพของความเป็นจริง ทำหน้าที่หลักด้านการประสานให้เกิดภาวะสมดุลระหว่างความต้องการของ Id กับความยับยั้งชั่งใจของ Superego

โดยปกติการทำงานระหว่าง Id, Ego และ Superego จะมีความสมดุลระหว่างกัน กรณีที่ Ego ไม่สามารถประนีประนอมระหว่าง Id กับ Superego ได้ ความขัดแย้งก็จะเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล กล่าวคือ หาก Id มีกำลังมากกว่าจะส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตามใจตนเองโดยไม่คำนึงถึงความถูกต้องหรือกฎระเบียบของสังคมตรงกันข้าม หาก Superego มีกำลังมากกว่า Id ความต้องการของ Id ก็จะถูกผลักดันเข้าไปกดเก็บไว้ในจิตใจได้สำนึก บุคคลก็จะตอบสนองในลักษณะของการเก็บกด (repression) เหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม หากกระบวนการดังกล่าวถูกเก็บสะสมไว้มากและเป็นเวลานานก็อาจจะระเบิดและแสดงผลก็คือความผิดปกติทางจิตใจ (mental illnesses) ความบกพร่องทางอารมณ์ (emotional disorder) หรือการถูกรบกวนทางจิตใจ (psychic disturbances)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์สามารถอธิบายปรากฏการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ว่าเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ ประการที่หนึ่งเกิดจากการที่บุคคลขาดความสามารถในการควบคุมสัญชาตญาณของมนุษย์ จากการขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัว ถูกกดดันด้านการแสดงออกทางเพศหรือความรับผิดชอบชั่วดี ขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามพัฒนาการ สาเหตุประการที่สองเกิดจากการที่บุคคลไม่พัฒนา Superego หรือกระบวนการพัฒนา Superego ถูกรบกวนและถูกยับยั้ง จากการขาดความรักความอบอุ่น การมีประสบการณ์สูญเสียหรือพลัดพรากจากสิ่งที่รักผูกพันและสำคัญในวัยเด็ก และมีการพัฒนาภาพลักษณ์ของตนเองไม่เหมาะสม ใช้กลไกการเก็บกด (repression) และการโทษตนเอง (introjection) เป็นหลัก เมื่อเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่และต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นความสูญเสียอีกครั้ง ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด กังวล และนำประสบการณ์สูญเสีย

ครั้งใหม่เชื่อมโยงกับประสบการณ์สูญเสียในอดีต ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ และหันเหความโกรธเข้าหาตนเอง เกิดความรู้สึกผิด ด้อยคุณค่า นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

2.3 ทฤษฎีการสูญเสียและความเศร้าโศก (Grief and Loss Theory) อธิบายการสูญเสีย (loss) ว่าเป็นสถานการณ์ที่บุคคลประสบกับความสูญเสียสิ่งที่มีค่า มีความหมาย และมีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เห็นได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม (actual loss) ได้แก่ การสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต สูญเสียอวัยวะ สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียทรัพย์สิน สัตว์ สิ่งของ และการสูญเสียที่เป็นการรับรู้ความรู้สึกซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรม มองเห็นได้ไม่ชัดเจน (perceive loss) ได้แก่ การสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียความรู้สึก ความรัก ความหวัง ความภาคภูมิใจในตนเอง เป้าหมาย ความหมายในชีวิต รวมทั้งการสูญเสียความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต หรือความก้าวหน้าในอาชีพ

นอกจากนี้การสูญเสียยังสามารถแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การสูญเสียจากกระบวนการเปลี่ยนผ่านของช่วงชีวิต (maturational loss from life transition) เช่น การไปโรงเรียนครั้งแรกของเด็ก การออกจากครอบครัวสู่รั้วมหาวิทยาลัย เป็นต้น และ 2) การสูญเสียจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์เฉพาะ (situation loss) เช่น การเสียชีวิตของบุคคลที่รัก การสูญเสียอวัยวะ การสูญเสียทรัพย์สินไฟไหม้บ้าน สูญเสียตำแหน่ง/บทบาทหน้าที่ในงานอาชีพ เป็นต้น

3. ด้านสิ่งแวดล้อม/สิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้น แนวคิดและทฤษฎีด้านสิ่งแวดล้อม/สิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นที่นิยมนำมาใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล ได้แก่ ทฤษฎีด้านสังคม (Social Theory) ซึ่งมองว่าลักษณะสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมแวดล้อมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล โดยลักษณะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความแปรปรวนด้านสมดุลของบุคคลที่พบได้ทั่วไป เช่น ปัญหาความรัก การปรับตัวกับเพื่อน/ครอบครัว/เพื่อนร่วมงาน ลักษณะปัญหาในการทำงาน การเรียน การเงิน ความเจ็บป่วย การประสบกับความล้มเหลวในชีวิต ผิดหวัง ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงวัยของชีวิต หรือหลายสถานการณ์รวมกันถือเป็นสิ่งเร้า (stimuli) ที่เข้ามาคุกคามภาวะสมดุลของบุคคล

นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ และการได้รับการสนับสนุนจากสังคมมีผลต่อความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ผู้ที่สามารถปรับตัวได้กับสิ่งเร้าภายนอกที่เข้ามาคุกคามจะสามารถก้าวผ่านวิกฤตได้ ตรงกันข้าม ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ จะส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียด วิตกกังวล ล้มเหลวในการปรับตัว รู้สึกผิด ไร้พลัง ไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า ไม่มีใครต้องการ รู้สึกเป็นภาระของสังคม หวาดระแวงคนรอบข้าง แยกตัวเองออกจากสิ่งแวดล้อม สังคม และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

2.3 ชนิดของภาวะซึมเศร้า

วิลโลว์รอน ทองเจริญ (24) กล่าวว่าไว้ว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของแต่ละคนอาจไม่เท่ากัน การพิจารณาชนิดและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้านอกจากจะช่วยในการวางแผนการพยาบาลแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจภาวะซึมเศร้าและสามารถดูแลตนเองได้ ชนิดของภาวะซึมเศร้า คือ

1. Grief เป็นภาวะซึมเศร้าที่ไม่รุนแรง เกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสีย ผู้ป่วยเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและรับรู้ทุกอย่างมาจนถึงจุดสิ้นสุดแล้ว อาการเศร้าจะเหมาะสมกับสาเหตุหรือสถานการณ์นั้นๆ

2. Reactive depression เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียในชีวิตซึ่งเคยเกิดขึ้นมาแล้วและกลับเป็นอีก ผู้ป่วยจะเศร้ามากไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การรับรู้เบี่ยงเบน เริ่มมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional ability) ผู้ป่วยสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองและอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย

3. Endogenous depression เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในจิตใจ มีอาการเช่นเดียวกับ reactive depression

4. Psychotic depression เป็นภาวะซึมเศร้าที่ไม่เกี่ยวข้องกับความสูญเสีย อาการไม่เหมาะสมกับสาเหตุหรือสถานการณ์ มีความคิดผิดปกติไปจากเดิม มีอาการเศร้าและสูญเสียความภาคภูมิใจ การรับรู้ผิดปกติ บกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างมาก มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และคิดฆ่าตัวตาย

2.4 ระดับของภาวะซึมเศร้า (26)

1. Mild Depression ภาวะเศร้านี้ระดับเล็กน้อย บุคคลนั้นจะรู้สึกอารมณ์ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส (blue moods) เราทุกคนรู้สึกเศร้าในบางครั้ง ซึ่งบางทีก็มีสาเหตุและเหตุผลเพียงพอ ในบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ เลย

2. Moderate Depression อารมณ์เศร้านี้นี้มีอาการแสดงออกหลายอย่างเช่นเดียวกับอาการเศร้าใน mild depression แต่จะมีความรุนแรงกว่า จนถึงขั้นที่กระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัว การงาน แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้านี้นี้ ยังสามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันได้ถึงแม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก neurotic depression จัดอยู่ในจำพวกนี้

Moderate Depression มักจะเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ต่อภาวะการสูญเสียและเหตุการณ์คับขัน ผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้านี้นี้ จะรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจเป็นเวลานาน มีความรู้สึกเจ็บปวดร้าวในจิตใจ การพูดจาจะเป็นไปอย่างลำบาก ความคิดจะเชื่องช้า อาจจะมีอาการวิตกกังวลซึ่งแสดงออกโดยการย้ำคิดย้ำทำ (obsessive and compulsive symptom)

ภาวะความซึมเศร้าที่จะจัดว่าเป็น neurotic depression นั้นก็ต่อเมื่อความรู้สึกสูญเสียไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดการสูญเสียนั้น หรือเมื่อเกิดความรู้สึกสูญเสียแล้วมีอาการเศร้าอยู่เป็นเวลานาน ไม่มีที่ท่าว่าจะหายเศร้าได้ และบุคคลนั้นไม่สามารถจะหาสาเหตุของความเศร้าของเขาได้ ความรู้สึกเศร้าที่เกิดขึ้น มีผลกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติภารกิจประจำวันทำให้คนขาดประสิทธิภาพและไร้สมรรถภาพ เช่น หญิงที่สูญเสียสามี ร้องไห้คร่ำครวญ และไว้ทุกข์ให้สามีเธอตลอดชีวิตของเธอภายหลังที่สามีถึงแก่กรรมแล้ว จนเป็นเหตุให้มีความบกพร่องในหน้าที่ของแม่บ้าน จัดอยู่ใน Depression กลุ่มนี้

3. Severe Depression เมื่อความเศร้านี้อาจมีระดับลึกขึ้น และเป็นอยู่เวลานานจะจัดอยู่ในจำพวก severe depression ในความเศร้านี้นี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด บุคคลที่จัดอยู่ในภาวะเศร้านี้นี้ จะให้ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง มีความวิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ สาเหตุของความเศร้านี้อาจจะมาจากภายในตัวบุคคลนั้น (endogenous) psychotic depression จัดอยู่ในจำพวกนี้ และมีความแตกต่างจากพวกนี้ และมีความแตกต่างจากพวก neurotic depression คือพวกนี้จะไม่สามารถปฏิบัติภาระหน้าที่ของตนได้อย่างพอเพียงและ

มักจะถอนตัวจากโลกของความจริง (loss contact with reality) อาจมีอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน (Delusion and hallucination) อาจมีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตายเนืองมาจากความหลงผิด หรือเนื่องจากประสาทหลอน

2.5 ลักษณะของภาวะซึมเศร้า

ดวงใจ กสานติกุล (23) กล่าวว่า ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพการงานการเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่างๆ ดังนี้

2.5.1 อาการทางกาย (Vegetative) เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเปลี้ย เพลียแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์เพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย เป็นต้น วัยหนุ่มสาวอาจมีการรับประทานมากนอนมาก ซึ่งเป็นอาการไม่ตามรูปแบบ (atypical)

2.5.2 พฤติกรรมคำพูด (Psychomotor) ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเชื่องซึมเชื่องช้า (retardation) เหม่อลอย คิดช้า พูดช้า เคลื่อนไหวช้า พูดเสียงเบาและแยกตัวไม่ยอมพบหน้าหรือพูดคุยกับใคร ผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการหลงลืมง่าย หรือซึมเศร้าแบบกระวนกระวาย กระสับกระส่าย (agitated depression) มีอาการนั่งไม่ติดต้องเดินไปเดินมารู้สึกทรมานใจอย่างมาก

2.5.3 ความคิดกังวล (Cognitive) คิดเรื่องร้ายๆ มองโลกมองสภาพทุกอย่างในด้านลบไปหมด ขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจ วิดกกังวลไปต่างๆ นานา ตัดสินใจไม่ได้แม้ในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ บางคนมีอาการตกใจง่าย ใจสั่น แน่นหน้าอก หรือย้ำคิดย้ำทำ ในรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษหรือดูถูกตนเองว่าเลวหรือโง่ รู้สึกท้อแท้ท้อถอย รู้สึกตนเองไร้ค่า หมดหวังหนทางตัน ไม่มีทางออก ไม่เห็นทางแก้ปัญหา ทั้งที่ความจริงไม่มีปัญหาแต่ผู้ป่วยคิดไปเอง ทำให้คิดฆ่าตัวตาย ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 15 ทั้งนี้พบว่า ร้อยละ 60 - 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ก่อน บางครั้งด้วยความเป็นห่วงครอบครัวว่าจะอยู่ต่อไปอย่างยากลำบาก ทำให้ผู้ป่วยฆ่าภรรยาและลูกๆ ไปพร้อมกับตนเอง ดังที่เป็นข่าวอยู่เนืองๆ (การฆ่าตัวตายหมู่ – extended suicide)

2.6 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า (26)

ภาวะซึมเศร้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย (Physical Change) ด้านจิตใจ (Psychological Change) ด้านอารมณ์ (Emotional Change) และด้านสังคม (Social Change) ซึ่งจะขอกกล่าวแยกเป็นข้อๆ ดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงด้าน ร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือ หลายๆอย่าง ดังต่อไปนี้

1.1 จะมีการเหน็ดเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียโดยไม่มีสาเหตุ ทำให้มีความรู้สึกง่วง เหนงาหาวนอน จึงทำให้นอนมากกว่ามากกว่าปกติ ถึงแม้จะนอนได้มาก แต่เมื่อตื่นก็จะดู ไม่สดชื่นแจ่มใส บางคนจะมีนิสัยการนอนเปลี่ยนไป คือเมื่อเข้านอนจะไม่มีควมลำบาก ในเรื่องการนอนแต่จะมีอาการตื่นนอนแต่เช้าตรู่ เมื่อตื่นแล้วจะนอนไม่หลับอีก

1.2 มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบขับถ่าย ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า จะมีการ ท้องผูกทั้งนี้อาจจะเป็นเนื่องจากการรับประทานอาหารได้น้อย และมีการเคลื่อนไหวของ ร่างกายน้อยกว่าปกติ

1.3 มีอาการเบื่ออาหาร ไม่มีความอยากแม้ว่าจะเป็นอาหารที่เคยชอบมาก่อนก็ ตาม ผลที่ติดตามมาก็คือ น้ำหนักตัวลดลง ทำให้ผอมซูบ

1.4 มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระบบประจำเดือน ประจำเดือนมาน้อยกว่าปกติ หรือหยุดไปเลย หรือมาไม่สม่ำเสมอเช่นที่เคยเป็นอยู่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลขึ้นได้อีก

1.5 กล้ามเนื้อของร่างกายจะอ่อนเปลี้ย ทำให้การเคลื่อนไหวทางร่างกายลด น้อยลง เชื่องช้าลง ผู้มีอาการเศร้า จึงพูดจาเชื่องช้า เดินเหินช้า

1.6 ความต้องการทางเพศจะลดลง เพราะว่าจิตใจเขาหมกมุ่นอยู่กับเหตุการณ์ที่ ทำให้เกิดความเศร้า

1.7 มักจะบ่นเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหลายระบบ

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะมีสมาธิไม่ดี การรับรู้ ช้า คิดช้า สนใจสิ่งแวดล้อมน้อย ไม่สามารถที่จะสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นานๆ จะถูกรบกวนด้วย ความคิดแปลกๆ ได้ง่าย ความจำเสื่อมลง ตัดสินใจไม่ได้ มีความดั่งเลสูง คิดซ้ำซากในเรื่อง เดียวกัน การคาดการณ์ข้างหน้าจะน้อย ผู้ที่ซึมเศร้าส่วนใหญ่จะบอกว่าจิตใจของเขาหงอยเหงา

เศร้าสร้อยไม่สดชื่น โดยเฉพาะในเวลาเช้าๆ หลังการพักผ่อนหลับนอนแล้วก็ตาม เขาจะรู้สึกเบื่อหน่ายไม่ว่าจะเป็นกิจวัตรประจำวัน หรือการงานที่เขาเคยชอบ จึงพบว่าบุคคลเหล่านี้มักจะริเริ่มกิจการใดกิจการหนึ่งขึ้นมา แต่ก็ไม่ได้กระทำให้สำเร็จ ทั้งนี้เนื่องจากขาดความสนใจและพลังใจ ในด้านความคิดบุคคลที่มีอารมณ์เศร้าจะคิดช้า หรือมีอาการความคิดถูกยับยั้งอย่างฉับพลัน (Blocking) จะพบว่าผู้ป่วยหยุดพูดอย่างฉับพลัน เมื่อถามถึงสาเหตุการหยุดพูด เขาจะบอกว่าเขาลืม

3. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ถ้าให้อยู่ในภาวะอารมณ์เศร้า พรรณนาถึงอารมณ์ของเขาขณะนั้น เขาจะบอกว่าอารมณ์หม่นหมอง ไม่สดชื่น หมดอาลัยตายอยาก หมดหวัง แสดงให้เห็นว่าเขาตกอยู่ในอารมณ์เศร้าจัด อารมณ์เศร้าของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน บางคนก็มีเพียงแค่อุบายเล็กน้อย บางคนก็เบื่อหน่ายมาก มองโลกอย่างไม่สดชื่นและอยากหนีให้พ้นโลกเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลและระดับความเศร้า และสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดภาวะเศร้า การแสดงออกของผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้าจะมีลักษณะเฉยเมย อารมณ์ราบเรียบ ไม่โยยดี ไม่ร่าเริง

4. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้า จะมีความสนใจในสิ่งแวดล้อมน้อยลง จึงชอบที่จะอยู่คนเดียวเงียบๆ ไม่ชอบการสังคมหรือร่วมวงสังสรรค์ในที่มีคนชุมนุมกันมากๆ ถ้าเป็นคนที่เคยชอบสังคมก็จะออกสังคมน้อยลง กลายเป็นคนแยกตัว หนีสังคม

2.7 อุบัติการณ์ และสาเหตุภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่าจากอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยที่มีการสูญเสียหลายด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างมาก สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้ทำการสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.8 เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุหญิงซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุชายเล็กน้อย (หญิงร้อยละ 5.5 ชายร้อยละ 4.4) และสัดส่วนระหว่างกลุ่มอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยพบในผู้สูงอายุอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 4.2 ผู้สูงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 4.8 และ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 7.0 (24)

Kane Ouslander and Abras (27) กล่าวถึงองค์ประกอบที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่าอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ ต่อไปนี้

1. สาเหตุทางชีวภาพ ประกอบด้วยการที่มีประวัติบรรพบุรุษเคยเป็น ผู้ป่วยเองเคยมี ประสบการณ์ซึมเศร้าและเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อสัญญาณประสาทจากการมีอายุ มากขึ้น

2. สาเหตุทางกายภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะความเจ็บปวด หรือสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ การใช้ยาบางชนิดภาวะพร่องความรู้สึก เช่น สูญเสียการมองเห็น

3. สาเหตุทางจิต อาจเนื่องจากภาวะที่ไม่ได้รับการแก้ไขจากความขัดแย้งทางจิต เช่น ความรู้สึกผิด ความโกรธ สูญเสียความจำ สมองเสื่อม หรือการที่มีบุคลิกภาพผิดปกติไปจากเดิม

4. สาเหตุทางสังคม เช่น การสูญเสียครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนผู้ใกล้ชิด ทำให้เกิดความ ว้าเหว แยกตัวเองหรือออกจากงาน ขาดรายได้ที่เคยรับ

2.8 ลักษณะอาการภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อรรถรณ ทองแดง (16) อาการแสดงจะมีหลายด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์

- มีความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่ ไม่มีความสุข ขาดความรู้สึกเบิกบาน บางคนอาจ มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธง่ายร่วมด้วย

2. ด้านความคิด

- สมองไม่ตี ซ้ำลิ้ม ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจด้วยตนเอง
- มองโลกในแง่ร้าย มองตนเองไร้ค่า หรือเป็นภาระต่อคนอื่น มองทุกสิ่งทุกอย่าง หมดหวัง บางคนจะมีความคิดเบื้อชีวิต เบื่อที่จะสู้ต่อไป คิดอยากตาย หรือคิดจะทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตาย

3. ด้านร่างกาย

- มีปัญหาการกินอาหาร (เบื่ออาหารไม่อยากกิน หรือกินจุมากขึ้น หิวบ่อยขึ้น)
- น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มขึ้น
- การนอนจะมีปัญหา การนอนไม่หลับ หลับๆตื่นๆ หลับไม่สนิทฝันร้าย หรือหลับ ยาก บางรายอาจจะมีการนอนหลับมากกว่าปกติ
- อาการปวดของส่วนต่างๆ ของร่างกายมากขึ้น

- ความรู้สึกหรือความต้องการทางเพศจะลดลง บางรายอาจเพิ่มขึ้น แต่พบได้

น้อย

- รู้สึกอ่อนเพลีย ล้า ร่างกายไม่มีแรง

4. ด้านพฤติกรรม

- แยกตัวเอง ซึม ซบอบอยู่เงียบๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หรือสนใจน้อยลง บางรายมีอาการกระสับกระส่าย นิ่งไม่ติดเป็นพักๆ มีการควบคุมตนเองได้น้อยลง เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้จ่ายนอนหลับ หรืออาจมีปัญหาการใช้สารบางอย่างเพิ่มขึ้น ใช้จ่ายแก้ปวดมากขึ้น แสดงความต้องการพึ่งพาดูแลจากลูกหลานมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลหรือลูกหลานเข้าใจผิดว่า ทำไปเพื่อเรียกร้องความสนใจ แต่ที่จริงแล้วเป็นอาการของความเจ็บป่วย

2.9 การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาในผู้สูงอายุ

สุรางค์ ไคว่ตระกูล (28) กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ทำให้มีปัญหาในการปรับตัวและทำให้ไม่มีความสุข สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา มักจะเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางสังคมดังกล่าวแล้วข้างต้น นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่น เช่น เหตุการณ์วิกฤตต่างๆ ที่ผู้สูงอายุต้องประสบได้แก่ การพลัดพรากจากผู้เป็นที่รัก เช่น พ่อแม่ คู่ชีวิต เพื่อนสนิท และญาติ อย่างไรก็ตาม นักจิตวิทยาพบว่าสาเหตุที่สำคัญที่สุดคือ การมีทัศนคติลบต่อการเป็นผู้สูงอายุ ที่เนื่องมาจากความเข้าใจผิดหรืออคติของคนทั่วไปที่มีต่อผู้สูงอายุหรือ “คนแก่” ตัวอย่างเช่น “คนแก่” เป็นผู้มีสุขภาพเสื่อมโทรม มีแต่โรคภัยไข้เจ็บ “คนแก่” เป็นผู้ที่ไร้สมรรถภาพ “คนแก่” มีความจำเสื่อม หลงๆ ลืมๆ เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาในกลุ่มผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันมาก ขึ้นกับแรงจูงใจ ทัศนคติและบุคลิกภาพพื้นฐานของผู้สูงอายุ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยามาก จนถึงกับมีอาการซึมเศร้า และถ้ามีอาการมากก็ควรจะไปปรึกษาแพทย์ ผู้สูงอายุบางคนที่มีความซึมเศร้าจะไม่ยอมรับ และมักจะหาทางออกด้วยการดื่มเหล้าจัด หรือถ้าเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ก็จะสูบมากขึ้น นอกจากนี้ อาจมีการแสดงออกทางโรคต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ โรคกระเพาะ โรคปวดตามข้อต่างๆ ทั้งที่หาสาเหตุไม่ได้ ฉะนั้น ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดควรพยายามสังเกตเพื่อจะได้หาวิธีช่วยตั้งแต่เริ่มแรก

2.10 ข้อเสนอแนะแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

สุรางค์ โค้วตระกูล (28) ได้ให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุจะต้องมีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ และพยายามเลือกวิถีทางดำเนินชีวิตด้วยตนเอง ไม่คิดพึ่งพาผู้อื่น หรือถือหลัก “ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน”
2. ต้องมีใจที่จะคิดต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ปล่อยชีวิตตามยถากรรม คิดว่าตนสามารถหาวิธีแก้ปัญหาได้
3. ประกอบกิจกรรมอยู่เสมอ รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
4. พยายามปฏิบัติตนตามข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาที่เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางสังคม โดยเฉพาะการออกกำลังกายและการกินอาหารให้ถูกส่วน
5. ยอมรับว่าวัยสูงอายุเป็นวัยหนึ่งของชีวิตและเป็นวัยที่ต้องเตรียมตัวรับมือกับวัยอื่นๆ
6. พยายามหลีกเลี่ยงความวิตกกังวล โดย “อย่ายึดมั่น ห่วงใยในอะไรให้มากนัก วางเสีย ปล่อยเสีย ท่องพุทโธไว้ให้เสมอ จะทำให้ถอนใจจากความยึดมั่นได้” (สมเด็จพระสังฆราช – แสงส่องใจ)
7. ใช้เวลาศึกษารวมและพยายามถือเป็นหลักดำเนินชีวิต
8. นั่งสมาธิทำจิตใจให้สงบ วิทยาศาสตร์การแพทย์ปัจจุบันได้ยอมรับว่า การนั่งสมาธิจะช่วยรักษาโรคความดันโลหิตและโรคหัวใจได้
9. ครอบมองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน
10. ควรมีทัศนคติบวกต่อการเป็นผู้สูงอายุ มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และคิดว่าตนเป็นบุคคลที่มีค่า ซึ่งข้อนี้เป็นข้อที่ผู้สูงอายุจะต้องเป็นผู้ริเริ่ม ด้วยการสร้างภาพพจน์ใหม่ให้ผู้สูงอายุเพื่อลบล้างความเข้าใจผิดหรืออคติที่คนทั่วไปมีต่อผู้สูงอายุหรือคนแก่

2.11 การดูแล รักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (29)

การรักษาโดยทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

- การรักษาภายใต้เงื่อนไขของแพทย์
- การให้คำปรึกษา
- การทำจิตบำบัด

- Trauma-focused Therapy
- การผสมผสานการใช้ยาต้านซึมเศร้าและการบำบัด
- สังเกตอย่างสม่ำเสมอ, การใช้ยาต้านซึมเศร้าในปริมาณลดลง
- ทำ ECT (Electroconvulsive Therapy)
- การบำบัดโดยใช้การแทนที่ฮอร์โมน (อยู่ภายใต้การค้นคว้าสำหรับการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ)
- เปลี่ยนชนิดยาหรือปริมาณยาเพื่อบรรเทาอาการบางอย่าง ถ้าหากภาวะซึมเศร้านั้นเป็นผลข้างเคียงจากการให้ยาอันเนื่องมาจากเงื่อนไขอื่น

การรักษาขึ้นอยู่กับสาเหตุและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และขอบเขตความโน้ม

เอียงของแต่ละบุคคล ในภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง การทำจิตบำบัดเป็นการรักษาที่เหมาะสมที่สุด แต่ในภาวะซึมเศร้าที่ทำให้ทุพพลภาพอาจต้องพึ่งคำสั่งทางการแพทย์เพื่อจำกัดขอบเขตเวลาการทำจิตบำบัด ในการรักษาร่วมกันนั้นด้านการแพทย์จะสามารถบรรเทาอาการทางกายได้อย่างรวดเร็ว ขณะที่การทำจิตบำบัดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้แนวทางที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาของเขา

3. แนวคิดเกี่ยวกับศิลปะบำบัด

3.1 ความหมายและแนวคิดของศิลปะบำบัด

Sigmund Freud นักจิตวิทยา ได้อธิบายตามหลักจิตวิทยาว่า ความฝันเป็นจินตนาการชนิดหนึ่งซึ่งได้รับการกระตุ้นจากจิตใต้สำนึก มนุษย์ทุกคนต่างมีความคิดฝัน ซึ่งความฝันหลายๆครั้งไม่สามารถสมหวังได้ในโลกแห่งความจริง แต่สำหรับศิลปินจะถ่ายทอดความฝันผ่านการแสดงออกทางศิลปะ โดยแปลความฝันเป็นรูปทรงหรือสัญลักษณ์ที่ไม่ใช่การแสดงออกอย่างตรงไปตรงมา ดังนั้นศิลปะจึงเป็นผลสืบเนื่องของความฝัน ซึ่งเป็นการแสดงออกของความปรารถนาอันถูกเก็บซ่อนไว้ภายในจิตใต้สำนึก (30)

Cathy Malchiodi (31) กล่าวว่าศิลปะบำบัดเป็นการใช้ภาพแทนภาษา เช่น สี รูปร่าง เส้น และรูปภาพ ซึ่งจะสื่อสารกับเราในแบบที่ถ้อยคำไม่อาจบอกได้ ศิลปะบำบัดเป็นตัวช่วยในการเป็นภาษาที่ไม่ใช่คำพูดของศิลปะสำหรับการเติบโต การหยั่งรู้ และการปรับเปลี่ยนของบุคคล และ

เชื่อมโยงกับส่วนลึกภายในของเรา เช่น ความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ของเรา กับความเป็นจริง ด้านนอกและประสบการณ์ชีวิต มันขึ้นอยู่กับความเชื่อในภาพนั้นที่ทำให้เราเข้าใจว่าเราเป็นใคร และส่งเสริมเราผ่านตัวตนการแสดงออก

สารานุกรมศึกษาศาสตร์ ปี 2539 ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า การบำบัดด้วยศิลปะ หมายถึง การใช้กิจกรรมศิลปะ หรือผลงานศิลปะ เพื่อวิจัยหาข้อบกพร่องของกลไกของร่างกาย หย่อนสมรรถภาพซึ่งมีสาเหตุเนื่องจากความผิดปกติบางประการของกระบวนการทางจิต และเพื่อใช้กิจกรรมศิลปะที่เหมาะสมช่วยรักษาให้มีสภาพดีขึ้น (32)

ศิลปะบำบัด คือ การบำบัดรักษาทางจิตเวชรูปแบบหนึ่ง ที่ประยุกต์ใช้กิจกรรมทางศิลปะ เพื่อค้นหาข้อบกพร่องความผิดปกติบางประการของกระบวนการทางจิตใจ โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินทางจิตวิทยา เพื่อเปิดประตูเข้าสู่จิตใจในระดับจิตไร้สำนึก และเลือกใช้กิจกรรมทางศิลปะที่เหมาะสมช่วยในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้น (9) ด้านศิลปะบำบัดมีการนำเอาศิลปะมาใช้ในการทำจิตบำบัด เช่น การนำเอาการวาดรูปมาใช้ในการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมให้กลับคืนเข้าสู่สภาพปกติ นักจิตบำบัดกลุ่มนี้จะได้รับการฝึกฝนให้รู้จักใช้ภาษาที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic language) และการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (nonverbal communication) (33)

3.2 หลักการทางด้านศิลปะบำบัด

ทวีศักดิ์ สิริวิรัตน์เรขา (9) ศิลปะบำบัด ยังนับเป็นรูปแบบหนึ่งของการทำจิตบำบัด (Psychotherapy) ที่ใช้ศิลปะเป็นเครื่องมือสำคัญ เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งหลักการของศิลปะบำบัด คือ ใช้ศิลปะเป็นสื่อในการแสดงออกถึงอารมณ์ ความรู้สึก ความขัดแย้ง และความต้องการ ที่ซ่อนเร้นอยู่ภายในส่วนลึกของจิตใจ โดยเน้นที่กระบวนการทางศิลปะ การเลือกใช้เครื่องมือทางศิลปะ เพื่อนำมาบำบัดรักษาผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของแต่ละคนที่แตกต่างกัน ใช้ศิลปะเป็นสื่อในการแสดงออกของอารมณ์ ความรู้สึก ความขัดแย้ง ที่ซ่อนอยู่ภายในส่วนลึกของจิตใจ ที่ไม่สามารถแสดงออกเป็นคำพูดได้ โดยสรุปคือ เน้นที่กระบวนการสร้างผลงานมากกว่าตัวผลงาน

As Bunt (34) กล่าวว่า ในทางศิลปะบำบัด ศิลปะจะถูกนำมาใช้ให้ความหมายในตอนท้ายสุด ซึ่งผลผลิตทางศิลปะนั้นจะนำมาเป็นผลหรือไม่นำมาเป็นผลในการทำศิลปะบำบัดก็ได้

ดังนั้นในส่วนของศิลปะบำบัดจึงมองข้ามความสนใจเรื่องผลผลิตทางศิลปะไปเป็นเรื่องของกระบวนการแทน กระบวนการในศิลปะบำบัดนั้นมีความซับซ้อน มีการผสมผสานกันของการทำศิลปะ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของผู้ป่วยและผู้บำบัด นำเสียงของการรักษาในระหว่างที่ดำเนินไป นักศิลปะบำบัดกล่าวว่ากระบวนการนั้นสำคัญเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจนบรรลุผล

ขั้นตอนหลักในการทำศิลปะบำบัดมีการแบ่งอยู่หลายแบบ โดยทวิตส์กี สิริรัตนเรขา (9) ได้รวบรวมสรุป และเทียบเคียงกับขั้นตอนการทำจิตบำบัดแบ่งเป็นขั้นตอนหลัก “4 E” ดังนี้

1. Established rapport (สร้างสัมพันธภาพ) เป็นขั้นแรกของการบำบัด สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด ซึ่งรวมถึงการประเมินสภาพปัญหา และวางแผนการบำบัดรักษาด้วย
2. Exploration (ค้นหาปัญหา) เป็นขั้นของการสำรวจ ค้นหาวิเคราะห์ปมปัญหา ความขัดแย้งภายในส่วนลึกของจิตใจ
3. Experiencing (ทบทวนประสบการณ์) เป็นขั้นการบำบัดโดยดึงประสบการณ์แห่งปัญหาขึ้นมาจัดเรียง ปรับเปลี่ยน แก้ไขใหม่ในมุมมองและสภาวะใหม่
4. Empowerment (เสริมสร้างพลังใจ) เป็นขั้นสุดท้ายของการบำบัด โดยเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง และให้โอกาสแห่งการเปลี่ยนแปลง

เทคนิคสำคัญที่นำมาใช้ในกระบวนการทางศิลปะบำบัด คือ การสนับสนุนเสริมสร้างกำลังใจ (Supportive) และการตีความหมายที่ซ่อนเร้นภายในจิตใจ (Interpretation) การสนับสนุน เสริมสร้างกำลังใจ ทำได้โดยให้ความสนใจ ให้กำลังใจ และการชมเชยเมื่อทำได้สำเร็จหรือพยายามเพิ่มขึ้น ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่สงบ ปลอดภัย และทำที่เป็นมิตร การตีความหมายที่ซ่อนเร้นภายในจิตใจ ทำได้โดยการตีความสัญลักษณ์ต่างๆ ที่เห็น สีที่ใช้ ภาพที่วาด เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตัวเองมากยิ่งขึ้น

Cathy Malchiodi (31) การใช้ศิลปะบำบัดได้รับการบันทึกไว้ว่ามีความหลากหลายในการใช้ อาทิเช่น เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ หรือกระทั่งคนติดยาเสพติด ทหารผ่านศึก คนพิการ นักโทษ ครอบครัวที่มีปัญหา และบุคคลที่มีประสบการณ์ความผิดปกติทางอารมณ์เป็นเวลานาน เป็นต้น หรือการนำมาใช้กับเด็กที่บอบช้ำจากการถูกทำร้าย ร่วมกับครอบครัวเพื่อค้นหาปัญหา หรือนำมาใช้กับผู้สูงอายุที่มีความพิการในศูนย์พยาบาล นักจิตวิทยาอาจจะบอกให้ผู้ป่วย

ของเขาวาดอะไรขึ้นมาแค่เพียงบางส่วนในการบำบัดนั้น แต่นักบำบัดที่มีประสบการณ์สูงจะใช้ศิลปะเพื่อช่วยคนไข้ของเขาจัดการกับความเจ็บปวดที่เรื้อรัง หรืออาการอื่นๆ

Cathy Malchiodi (35) ศิลปะบำบัดอยู่บนพื้นฐานของความคิดที่ว่ากระบวนการสร้างสรรค์งานศิลปะทำหน้าที่ในการส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูและฟื้นตัว อีกทั้งเป็นรูปแบบการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูดของความคิดและความรู้สึก เช่นเดียวกับรูปแบบอื่นๆของจิตบำบัดและการให้การปรึกษา ซึ่งถูกใช้ในการส่งเสริมบุคคลในการเติบโตและได้รับการนำมากำหนดใช้อย่างหลากหลายกับเด็ก ผู้ใหญ่ ครอบครัว และแบบกลุ่ม โดยศิลปะบำบัดเป็นวิธีการที่สามารถช่วยบุคคลทุกวัยในการสร้างความหมายและบรรลุความเข้าใจ พบกับหนทางในการแสดงออกของอารมณ์หรือความเจ็บปวดที่ถูกเก็บงำเอาไว้ แก้ไขเรื่องขัดแย้งและปัญหา เพิ่มคุณค่าให้ชีวิตในแต่ละวัน และได้พบกับความผาสุกในชีวิตมากขึ้น

3.3 กิจกรรมศิลปะบำบัด

Susan Buchalter (36) กล่าวถึงการใช้ศิลปะบำบัด ในหนังสือ A Practical Art therapy ไว้ว่า หลายโครงการที่ถูกลำเสนอในคู่มือนี้ได้ถูกพิสูจน์แล้วว่ามีความสำคัญในการทำงานของฉันกับคนไข้ depressed, borderline, schizophrenic and addicted โดยผู้บำบัดนั้นต้องกำหนดธรรมชาติของกลุ่มและความต้องการของคนไข้ รวมถึงความสามารถในการเลือกกิจกรรมให้เหมาะสม ในหลายกิจกรรมสามารถประยุกต์เพื่อความหลากหลายของประชากรทั้งเด็กและผู้สูงอายุ ให้เด็กสนุกกับความหลากหลายของสื่อและสี ส่วนผู้สูงอายุจะได้ประโยชน์เป็นอย่างดีจากการสร้างสรรค์ประสบการณ์โดยเน้นไปที่เรื่อง ครอบครัว, ความทรงจำ และประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับงาน โดยผู้สูงอายุนั้นจะต้องการสื่อที่ไม่ได้ยุ่งยากหรือมีความซับซ้อนในการทำงานด้วย เช่นเช่นปากกาและดินสอสี

ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม

1. ขั้นเตรียมความพร้อม (Warm up)
2. ศิลปะแบบ Murals เป็นการวาดภาพบนกระดาษใหญ่หรือกำแพง
3. การวาดภาพ (Drawing)
4. งานโฆษณา (Advertising)
5. การระบายสี (Painting)

6. ภาพปะติด (Collages)
7. หุ่นมือและหน้ากาก (Puppet And Masks)
8. งานแกะสลัก (Sculpture)
9. งานปั้น (Clay)
10. งานศิลปะแบบผสมผสาน (Combining Modalities)

3.4 ศิลปะบำบัดกับภาวะซึมเศร้า

ศิลปะบำบัด จะมีบทบาทสำคัญในการบำบัดรักษาทั้งในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก และโรงพยาบาลกลางวัน โรงเรียน ศูนย์ป้องกัน และรักษาการติดสารเสพติด คลินิกปรึกษาปัญหาครอบครัว หรือผู้สูงอายุ ศิลปะบำบัดนอกจากจะช่วยบำบัดอาการต่างๆแล้ว ยังช่วยให้คนไข้ได้ฟื้นฟูจิตใจ และมีโอกาสพัฒนาตนเองอีกด้วย (37)

ศิลปะบำบัด ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ขจัดความขัดแย้งภายในส่วนลึกของจิตใจ ช่วยให้มิมีระดับอารมณ์คงที่ดีขึ้น ไม่ฉุนเฉียวหรือโศกเศร้ามากนัก สามารถเข้าใจและจัดการกับอารมณ์ได้ดีขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นต่างๆ เข้ามากระทบ การนำศิลปะบำบัดมาใช้ในการเยียวยาจิตใจ จะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ ได้ระบายอารมณ์ ความคับข้องใจ ความรู้สึกที่ซ่อนเร้นภายในใจ ผ่านออกมาทางงานศิลปะ ระบายอารมณ์ออกมาในหนทางที่สร้างสรรค์ ผ่านการวาดรูป ระบายสี การปั้น และกระบวนการอื่นๆ ทางศิลปะ ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความขุ่นมัวในจิตใจ เข้าใจและรับรู้อารมณ์ต่างๆ ของตนเอง ที่ซ่อนเร้นอยู่ในจิตใจ สามารถยับยั้งและควบคุมได้ดีขึ้น มีสมาธิ ลดความตึงเครียด และความวิตกกังวลลงได้ในที่สุด (9)

3.5 ศิลปะบำบัดกับผู้สูงอายุ (10)

งานฝีมือและงานศิลปะเพื่อการบำบัด โดยหลักการของงานฝีมือและงานศิลปะสามารถนำมาใช้เพื่อเป็นสื่อในการบำบัดรักษาได้ ทั้งนี้ชนิดของงานนั้นต้องสอดคล้องกับความสนใจ ทักษะประสบการณ์เดิมและความสามารถที่ผู้สูงอายุมีอยู่ในขณะนั้นด้วย นอกจากนี้ควรมีขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อนเกินไป โดยมีจุดประสงค์ทั่วไปเพื่อพัฒนาระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นที่ผลทางด้านการรักษา มิได้มุ่งเน้นที่ผลความสวยงามถูกต้องของชิ้นงาน

วัตถุประสงค์เพื่อการบำบัดโดยใช้งานฝีมือ

1. ด้านจิตสังคม (Psychosocial)

1.1 พัฒนาทักษะด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

1.2 ให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเผชิญกับความล้มเหลวและการประสบผลสำเร็จของงาน

1.3 แสดงออกถึงจินตนาการ และสัญลักษณ์ต่างๆ

1.4 เข้าใจถึงเหตุและผลของการอยู่ร่วมกัน

1.5 เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆ ที่อยู่ในจิตใจออกมา เช่น ความรู้สึกวิตกกังวล คับข้องใจ โกรธ ตึงเครียด

1.6 เปิดโอกาสให้แสดงความคิดสร้างสรรค์ ความคิดริเริ่มตามความพอใจ

1.7 เปิดโอกาสให้รับรู้เกี่ยวกับเพศของตนเอง และผู้อื่น

1.8 ฝึกความอดทนต่อการทำงาน และการเข้าร่วมกลุ่ม

2. ด้านเชาว์ปัญญา (Intellectual Function)

2.1 พัฒนาความสามารถในการรู้จักทำกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ ได้

2.2 พัฒนาความสามารถในการตัดสินใจ

2.3 เพิ่มสมาธิและความตั้งใจในการทำงาน

2.4 พัฒนาความสามารถในการรับรู้ส่วนต่างๆ ของร่างกาย

3. ด้านร่างกาย (Physical)

3.1 เพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

3.2 เพิ่มความแข็งแรงทนทานแก่กล้ามเนื้อ

3.3 เพิ่มมุมการเคลื่อนไหวของข้อ

3.4 พัฒนาความสามารถ ทักษะในการทำงาน

3.5 พัฒนาความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว

4. วัตถุประสงค์ด้านอื่นๆ

4.1 เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์เกี่ยวกับกิจกรรมประเภทอาชีพและที่ไม่ใช่งานงานอาชีพ

4.2 เป็นเครื่องมือในการประเมินความสามารถของร่างกายและจิตใจ

ถึงแม้ว่าในการให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมบางอย่าง กิจกรรมนั้นๆ จะต้องมีลักษณะง่ายไม่ซับซ้อน แต่กิจกรรมนั้นๆ ก็ไม่ควรจะมีลักษณะเป็นกิจกรรมของเด็ก เนื่องจากในการบำบัดรักษาเราจะมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ และรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า จึงควรที่จะเลือกกิจกรรมให้อยู่ในระดับความสามารถของผู้สูงอายุด้วย (38) ตัวอย่างงานฝีมือที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การจักสานตอก ก่อ่งใส่ของใช้จิปาถะ สมุดสะสมภาพ ที่ทับกระดาษ งาน Paper Mache การทำดอกไม้ประดิษฐ์ พวงกุญแจ ฝักรองจาน การประดิษฐ์เศษวัสดุ การปั้นแป้งรูปต่างๆ (10)

ผู้ที่อยู่ในวัยทองและวัยสูงอายุควรหันมาสนใจศิลปะแขนงต่างๆ ที่คิดว่าตนเองชอบ เช่น ดนตรี วาดภาพ การทำสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ ด้วยฝีมือจะช่วยให้ชีวิตมีคุณค่าและมีจินตนาการมากขึ้น หลายคนค้นพบและประสบความสำเร็จด้านศิลปะในวัยทองหรือวัยสูงอายุ หนึ่งการศึกษาด้านศิลปะจะช่วยพัฒนาสมองซีกขวาซึ่งทำงานเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกให้ละเอียดประณีตและเมตตายิ่งขึ้น การทำงานด้านศิลปะช่วยสร้างความภาคภูมิใจ ในผลงานที่สร้างสรรค์จึงช่วยพัฒนาทั้งความคิดและจิตวิญญาณได้เป็นอย่างดี (39)

Susan Buchalter I. (17) กล่าวว่าศิลปะบำบัดมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในหลายทาง ผู้ป่วยจะได้รับโอกาสในการแสดงออกและแบ่งปันประสบการณ์จากสิ่งที่อยู่ข้างในให้สามารถมองเห็นได้ พวกเขาจะได้รับทางออกที่สร้างสรรค์ต่อสุขภาพ สำหรับความรู้สึกที่เข้มข้น พวกเขาจะลดความเครียดและเรียนรู้เทคนิคการจัดการความเครียดอย่างสร้างสรรค์ ผู้ป่วยได้ทดลองและเรียนรู้วิธีการใช้สื่อที่หลากหลาย เขาได้พัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองและแยกแยะความกังวลได้ บางคนมีการพัฒนาความสามารถและ ข้อดีซึ่งบางครั้งตนก็ลืมไปแล้ว พวกเขาจึงมีคุณค่าในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่คอยประคับประคอง ไม่ตำหนิ และให้การยอมรับ ศิลปะบำบัดจึงยกระดับการเห็นคุณค่าในตนเองผ่านความสำเร็จของแบบฝึกหัดและโครงการต่างๆ เรียนรู้เรื่องวัสดุและมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน

การสนับสนุนส่งเสริมผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าให้เขาแสดงความรู้สึกซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ค่อนข้างลำบากและสิ้นหวัง ผู้ป่วยบ่อยครั้งจึงรู้สึกหมดหนทางและสิ้นหวัง ซึ่งบางครั้งก็แปลกไปจากเพื่อนหรือคนในครอบครัว การนับถือตนเองมักจะต่ำและความคิดสร้างสรรค์ก็แห้งเหี่ยว ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมีประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการเรียนศิลปะใน

วัยเด็ก และไม่อยากจะวาดอีก บางคนก็ไม่ทราบว่าจะวาดอย่างไร หรือยึดติดกับรูปแบบและอาจต้องได้รับการแนะนำว่านั่นเป็นวิธีการสื่อสารทางอารมณ์แบบหนึ่ง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Omar (40) ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยทางร่างกาย เพื่อหาโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุ 546 คนซึ่งเจ็บป่วยทางร่างกาย พบว่าร้อยละ 79.2 ของผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ในทางตรงกันข้ามอีกร้อยละ 43 มีการก่อตัวของโรคซึมเศร้า โดยอัตราโรคซึมเศร้าพบสูงสุดในช่วงอายุ 60-65 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ อาการหัวใจล้มเหลว ไตวายตับวาย หลอดเลือดสมองและโรคมะเร็งและสัมพันธ์กับอาการความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญโดยไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอาการพากินสัน โรคเบาหวาน โรคกระเพาะอาหาร โรคที่เกี่ยวข้องกับทรวงอก ความพิการทางการมองเห็นและได้ยินความจำเสื่อม หรือภาวะสมองเสื่อมตอนต้น ตลอดจนระดับความพิการนั้นด้วย

ปราณี ศรีสงคราม (41) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านหมี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จำนวน 363 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกแห่งนี้ร้อยละ 13.8 ซึ่งพบในกลุ่มอายุผู้สูงอายุตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 6.6 เป็นภาวะซึมเศร้าอย่างเดีย্বর้อยละ 12.9 และภาวะซึมเศร้าร่วมกับภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 0.8 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่คลินิกแห่งนี้ ได้แก่ สถานภาพสมรส การใช้ชีวิตในครอบครัว ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย การประเมินสุขภาพตนเอง การหกล้ม การดื่มสุรา ภาวะปัสสาวะไวเกิน และอาการของต่อมลูกหมาก เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอบ้านหมี่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิและคณะ (42) ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อศึกษาความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 426 ราย ผลการศึกษาพบว่าความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัด

เชียงใหม่เป็นร้อยละ 5.9 เพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.0 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ สถานะสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ การดื่มสุราเป็นประจำ การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด ความพอใจในสุขภาพในระดับต่ำ การนอนไม่หลับ และความไม่เพียงพอของรายได้ ซึ่งแพทย์และบุคคลทางการแพทย์ควรจะได้รู้ และตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ เพื่อช่วยในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าต่อไป

Doric-Henry, Lee (11) ศึกษาการปั่นเครื่องปั่นเครื่องปั่นดินเผาเชิงศิลปะบำบัดกับ ผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักสถานพยาบาลโดยให้โปรแกรมศิลปะบำบัดแก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้สูงอายุจำนวน 20 คน เพื่อปรับปรุงสุขภาพจิตใจให้ดีขึ้น โปรแกรมการประเมินผลประกอบด้วย การประเมินตนเอง การบันทึกความคืบหน้าแต่ละคนขณะทำกิจกรรม และการบันทึกภาพ ผล การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น มีระดับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

Bridle C และคณะ (43) ศึกษาผลของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า : วิเคราะห์โดยมีกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินผลของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และประเมินผลการรักษาที่แตกต่างกันกันไปขึ้นอยู่กับเกณฑ์ภาวะซึมเศร้าที่นำมาใช้ตรวจสอบ คุณสมบัติผู้เข้าร่วมวิจัย ผลการวิจัยพบว่าการออกกำลังกายมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงลดลง อย่างมีนัยสำคัญ โดยได้แนะนำให้กำหนดรูปแบบการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับ ความสามารถแต่ละบุคคลซึ่งจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงได้

McCaffrey R และคณะ (12) ศึกษาการเดินทางในสวนและศิลปะบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะซึมเศร้า : การศึกษานำร่อง พบว่าก่อนการทดลอง 47% ของผู้สูงอายุมีคะแนนภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับรุนแรง และ 53% มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย โดยหลังการทดลอง พบว่าไม่มีผู้สูงอายุคนใดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง โดย 89% มีคะแนนภาวะ ซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย และ 11% มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้การวัดซ้ำของแบบวัด GDS ซึ่งให้เห็นว่าหลังการทดลองผู้สูงอายุมีระดับภาวะซึมเศร้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลจากการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้สูงอายุที่ทำได้ง่าย ประหยัดและช่วยลดภาวะซึมเศร้าด้วย

พินลักษณะ นิติภากรณ์ (44) ศึกษาผลของโปรแกรมระลึกความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกถึงความหลังมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในระยะหลังซึมเศร้าทุกช่วงเวลาต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ขวัญฤทัย อิมสมโภชน์ (45) ศึกษาผลของศิลปะบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแคพบว่าหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่ากลุ่มทดลองมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

ชววิทย์ รัตนพลแสนย์ (46) ศึกษาผลของการใช้ศิลปกรรมบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่าง (ผู้สูงอายุ) มีภาวะซึมเศร้ามลดลงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมศิลปกรรมบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัทมา หมวดจันทร์ (47) ศึกษาผลของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มศิลปะบำบัดที่มีต่อการยอมรับตนเองของผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มศิลปะบำบัดจะมีการยอมรับตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มศิลปะบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มศิลปะบำบัดจะมีการยอมรับตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ณัชชา คำเครือ (48) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มโดยใช้ศิลปะบำบัดร่วมกับทฤษฎีเกสตัลท์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลบางปะกอก จังหวัดสมุทรปราการพบว่าปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลน้อยกว่าระยะก่อน

ทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าใน ระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

ปาริชาติ คำชู (49) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

รัฐ ลอยสงเคราะห์ (50) ศึกษาผลของศิลปะบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดสารเสพติดชาย สถาบันธัญญารักษ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง หลังจากได้รับศิลปะบำบัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าก่อนได้รับศิลปะบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบทดลอง ก่อนทดลองและหลังทดลองโดยมีกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม (Before – After Experimental with one Control Group) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ ในปี 2555

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ

1. มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีคะแนนจากแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ตั้งแต่ 13 – 24 คะแนน
2. สามารถอ่าน เขียน เข้าใจ ภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่บุคคลได้
4. ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ

1. ผู้ที่ได้รับการรักษาโรคทางจิตเวชหรือได้รับยาการรักษาอาการซึมเศร้า
2. มีปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว หรือโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

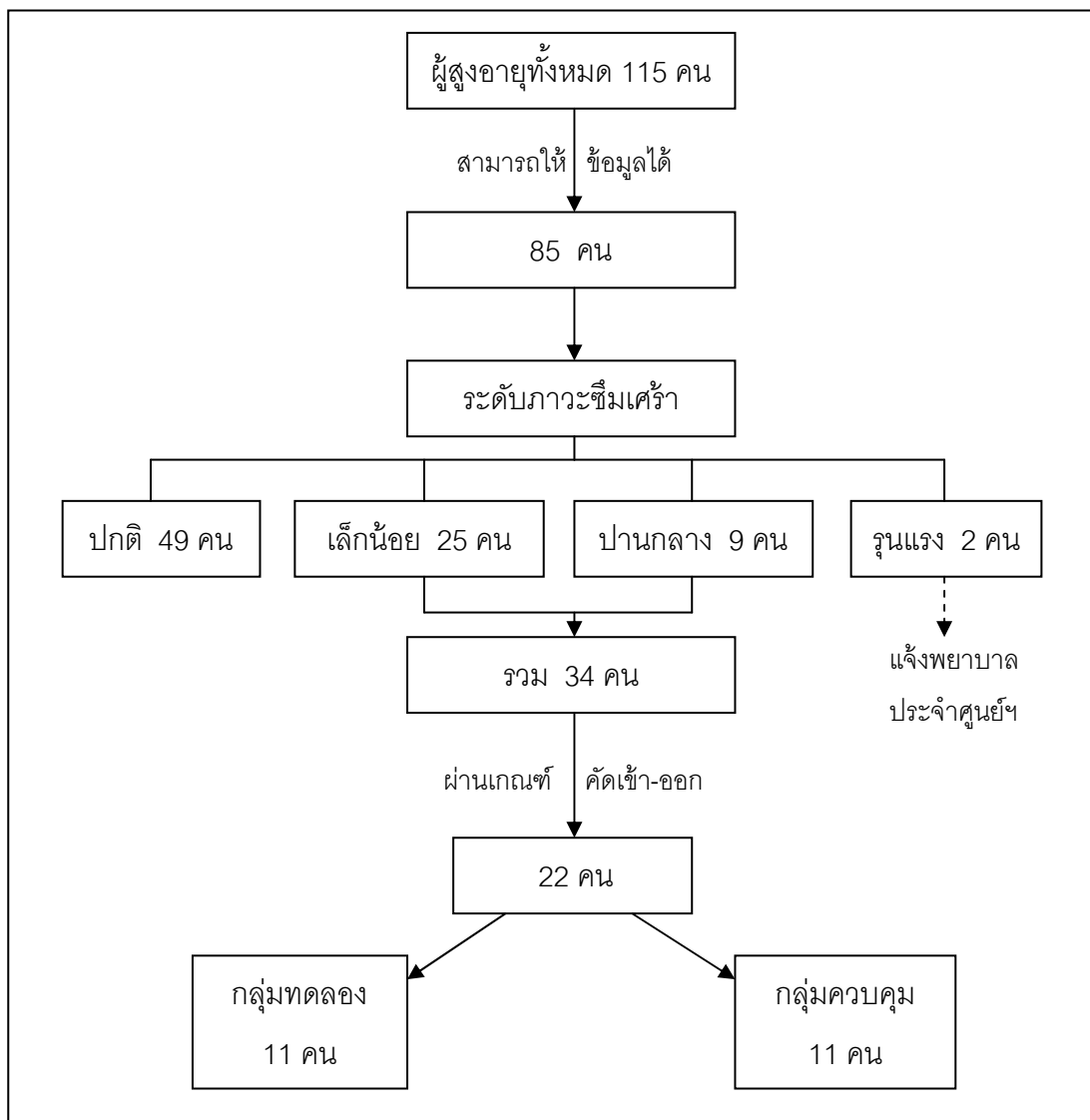
กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ ในปี 2555 และมี

คุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ตามจำนวนที่กำหนดไว้ 22 คน
แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 11 คน

เทคนิคการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling Technique)

ใช้การสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) และแบ่งกลุ่มตัวอย่าง
ผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม โดยให้มีการกระจายของเพศและระดับภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกัน เป็น
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 11 คน

ภาพที่ 2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง



การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size)

สูตรที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

$$n = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 Sp^2}{d^2}$$

ค่าคะแนนที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้มาจากงานวิจัยของ พิณลักษณ์ นิติภากรณ์ (44) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดย

$n = 6$, $X_1 = 18.50$, $X_2 = 13.83$, $Sp_1 = 2.07$, $Sp_2 = 3.25$ กำหนดค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$, $Z_{\beta} = 0.84$ และมีผลการ คำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{เมื่อ } Sp^2 &= \frac{Sp_1^2 + Sp_2^2}{2} \\ &= \frac{(3.25)^2 + (2.07)^2}{2} \\ &= \frac{10.5625 + 4.2849}{2} \\ &= \frac{14.8474}{2} \\ &= \mathbf{7.4237} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{เมื่อ } d^2 &= (X_1 - X_2)^2 \\ &= (18.50 - 13.83)^2 \\ &= \mathbf{4.67^2} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าสูตร } n &= \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 Sp^2}{d^2} \\ n &= \frac{2(1.96 + 0.84)^2 7.4237}{4.67^2} \\ n &= \mathbf{5.34} \end{aligned}$$

ดังนั้นจึงต้องใช้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 5.34 เพื่อความสะดวกในการวิจัยและป้องกันการ Drop Out ผู้วิจัยจึงขอกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 11 คน

การสังเกตและการวัด (Observation and Measurement)

ตัวแปร

ตัวแปรอิสระ : ศิลปะบำบัด

ตัวแปรตาม : ระดับภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาค้นคว้านี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดในชีวิต และกิจกรรมศิลปะบำบัดที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. แบบสอบถาม

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปจำนวน 16 ข้อ และข้อมูลการเจ็บป่วยจำนวน 2 ข้อ รวม 18 ข้อ

1.2 แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) สร้างโดยเยซาเวจ และบริงค์ (Yasavage & Brink cited in Rush et al., 2000) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย โดยมีศาสตราจารย์นายแพทย์นิพนธ์ พวงวรินทร์ เป็นประธานกลุ่ม และประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา 14 สถาบันจากทั่วประเทศ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 ซึ่งเป็นแบบประเมินด้วยตนเองจำนวน 30 ข้อ ซึ่งได้รับอนุญาตให้นำแบบสอบถามมาใช้จากศาสตราจารย์นายแพทย์นิพนธ์ พวงวรินทร์ (51)

การตรวจให้คะแนน

การคิดคะแนนข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29 และ 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน
ข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่า “ใช่ ” ได้ 1 คะแนน

การแปลความหมายคะแนน

| | |
|--------------------------------------|---------------------|
| ผู้สูงอายุปกติ | คะแนน 0 – 12 คะแนน |
| ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย | คะแนน 13 – 18 คะแนน |
| ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง | คะแนน 19 – 24 คะแนน |
| ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง | คะแนน 25 – 30 คะแนน |

2. รองศาสตราจารย์ สมโภชน์ ทองแดง อาจารย์ประจำสาขาวิชาศิลปศึกษา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ดร.วีรวรรณ วงศ์ปิ่นเพชร อาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยา
มหาวิทยาลัยพายัพ

เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีการดำเนินการ และการประเมินผล ด้านผู้ศึกษาวิจัยได้ฝึกปฏิบัติงานด้าน ศิลปะบำบัดกับนักศิลปะบำบัด คุณแสงอุษณีย์ นวะมะรัตน์ ซึ่งปัจจุบันทำโครงการศิลปะบำบัด เพื่อผู้ป่วยเรื้อรัง และระยะสุดท้าย กับศูนย์ฮิวแมนเซนเตอร์

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของประชากร และติดต่อสอบถามไปยังศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่
2. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปยังผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิจัยกับผู้สูงอายุ
3. พบหัวหน้าฝ่ายวิชาการ หัวหน้าฝ่ายกิจกรรม และหัวหน้าผู้สูงอายุ เพื่อ แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการวิจัย
4. เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุทั้งหมดในศูนย์ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามสถานการณ์ความเครียดในชีวิต และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย(Pre-test) เพื่อคัดกรองหาผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของการคัดเข้าและคัดออก และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลของศูนย์ฯ ให้ทราบผลการคัดกรอง เพื่อติดตามและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อไป

5. ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลภายในเอกสารสำหรับกลุ่มตัวอย่าง คือเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย และเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งในเอกสารสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยจะอธิบายถึงข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ความเสี่ยง และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยแก่กลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ และมีเวลาให้ตัดสินใจเองอย่างอิสระโดยจะไม่มี การข่มขู่ใดใด ก่อนลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

6. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมศิลปะบำบัด เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 10 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์ฯ ตามปกติ

7. เมื่อสิ้นสุดการทดลองของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบวัดความซึมเศร้าอีกครั้ง (Post-test) รวมทั้งรายงานผลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลของศูนย์ฯรับทราบเพื่อติดตามและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงต่อไป

8. ผู้วิจัยทำหนังสือขอบคุณจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปยังผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่

9. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์(SPSS) ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยโดยใช้ Chi-square, Fisher's Exact Test, Wilcoxon Signed Ranks Test ในการทดสอบสมมติฐานภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง และ Mann-Whitney Test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองจำนวน 11 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับศิลปะบำบัด และกลุ่มควบคุมจำนวน 11 คน แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for Social Science) และนำเสนอตารางประกอบการบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- 1.2 ค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปด้านอายุ และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์จนถึงปัจจุบัน
- 1.3 การเปรียบเทียบสถานการณ์ความเครียดในชีวิตรายชื่อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- 1.4 การเปรียบเทียบจำนวนสถานการณ์ความเครียดในชีวิตรายบุคคลคน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
- 1.5 การเปรียบเทียบจำนวนสถานการณ์ความเครียดในชีวิตแบบแบ่งช่วง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
- 1.6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสถานการณ์ความเครียดในชีวิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

- 2.1 การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง
- 2.2 การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง
- 2.3 การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

- 2.4 ตารางเปรียบเทียบคะแนนภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
- 2.5 ภาพเปรียบเทียบคะแนนภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
- 2.6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง
- 2.7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
- 2.8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวิเคราะห์โดยใช้ค่า

Chi-square หรือ Fisher's Exact Test

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | p-value |
|---------------------------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|---------|
| | (n ₁ = 11) | | (n ₂ = 11) | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| 1. อายุ | | | | | .708 |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี | 1 | 9.1 | 2 | 18.2 | |
| 71 – 80 ปี | 6 | 54.5 | 7 | 63.6 | |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 81 ปี | 4 | 36.4 | 2 | 18.2 | |
| 2. เพศ | | | | | .659 |
| ชาย | 6 | 54.5 | 8 | 72.7 | |
| หญิง | 5 | 45.5 | 3 | 27.3 | |
| 3. สถานภาพสมรส | | | | | 1.000 |
| โสด | 3 | 27.3 | 3 | 27.3 | |
| หม้าย | 6 | 54.5 | 5 | 45.5 | |
| หย่าร้าง | 2 | 18.2 | 3 | 27.3 | |
| 4. จำนวนบุตร | | | | | 1.000 |
| ไม่มี | 6 | 54.5 | 7 | 63.6 | |
| มี 1 คน | 4 | 36.4 | 3 | 27.3 | |
| มี 2 คน | 1 | 9.1 | 0 | 0 | |
| มี 3 คน | 0 | 0 | 1 | 9.1 | |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | p-value |
|---|-----------------------|--------|-----------------------|--------|---------|
| | (n ₁ = 11) | | (n ₂ = 11) | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| 5.ศาสนา | | | | | 1.000 |
| พุทธ | 11 | 100.0 | 11 | 100.0 | |
| 6.ระดับการศึกษาสูงสุด | | | | | .170 |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 4 | 36.4 | 0 | 0 | |
| ประถมศึกษา | 6 | 54.5 | 8 | 72.7 | |
| มัธยมศึกษา | 1 | 9.1 | 3 | 27.3 | |
| 7.ภูมิลำเนาเดิม | | | | | .586 |
| ภาคเหนือ | 8 | 72.7 | 10 | 90.9 | |
| ไม่ใช่ภาคเหนือ | 3 | 27.3 | 1 | 9.1 | |
| 8.การมาเยี่ยมของผู้ใกล้ชิด/ญาติภายใน 6 เดือน | | | | | 1.000 |
| ไม่มีเลย | 7 | 63.6 | 7 | 63.6 | |
| น้อยกว่า 3 ครั้ง | 3 | 27.3 | 2 | 18.2 | |
| ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป | 1 | 9.1 | 2 | 18.2 | |
| 9.อาชีพเดิม | | | | | .485 |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 0 | 0 | 1 | 9.1 | |
| เกษตรกร | 6 | 54.5 | 3 | 27.3 | |
| ค้าขาย | 1 | 9.1 | 2 | 18.2 | |
| รับจ้างทั่วไป | 3 | 27.3 | 5 | 45.5 | |
| รับราชการ | 1 | 9.1 | 0 | 0 | |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | p-value |
|---|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-------------------|
| | (n ₁ = 11) | | (n ₂ = 11) | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| 10. รายได้เพียงพอต่อรายจ่ายหรือไม่ | | | | | .562 |
| ไม่เพียงพอ | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน | 6 | 54.5 | 3 | 27.3 | |
| เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือเก็บ | 2 | 18.2 | 4 | 36.4 | |
| เพียงพอเหลือเก็บ | 3 | 27.3 | 4 | 36.4 | |
| 11. เพื่อนสนิทในสถานสงเคราะห์ | | | | | .392 ^a |
| ไม่มี | 4 | 36.4 | 6 | 54.5 | |
| มี | 7 | 63.6 | 5 | 45.5 | |
| 12. งานอดิเรก หรือกิจกรรมในยามว่าง | | | | | .220 |
| ไม่มี | 6 | 54.5 | 9 | 81.8 | |
| กวาดขยะ | 4 | 36.4 | 1 | 9.1 | |
| ออกกำลังกาย | 0 | 0 | 1 | 9.1 | |
| ฟังวิทยุ | 1 | 9.1 | 0 | 0 | |
| 13. บุคคลที่ท่านสามารถขอคำปรึกษาเมื่อไม่สบายใจ | | | | | .472 |
| เพื่อนสนิทภายในศูนย์ | 3 | 27.3 | 1 | 9.1 | |
| พนักงานประจำศูนย์ | 3 | 27.3 | 2 | 18.2 | |
| เก็บตัวเงียบไม่ปรึกษาใคร | 5 | 45.5 | 6 | 54.5 | |
| ญาติพี่น้องใกล้ชิด | 0 | 0 | 2 | 18.2 | |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | p-value |
|---|-----------------------|--------|-----------------------|--------|---------|
| | (n ₁ = 11) | | (n ₂ = 11) | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| 14.สาเหตุหลักที่เข้ามาอาศัยที่ศูนย์ | | | | | .441 |
| ไม่มีที่อยู่อาศัย | 3 | 27.3 | 1 | 9.1 | |
| ไม่มีผู้ดูแลเลี้ยงดู | 7 | 63.6 | 9 | 81.8 | |
| อยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข | 1 | 9.1 | 0 | 0 | |
| ย้ายตามลูกมาทำงาน | 0 | 0 | 1 | 9.1 | |
| 15.ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์จนถึงปัจจุบัน | | | | | .411 |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี | 5 | 45.5 | 2 | 18.2 | |
| 2 – 5 ปี | 4 | 36.4 | 7 | 63.6 | |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี | 2 | 18.2 | 2 | 18.2 | |
| 16.ในอดีต/ที่ผ่านมาเคยทำกิจกรรมศิลปะหรือไม่ | | | | | .311 |
| ไม่เคย | 7 | 63.6 | 10 | 90.9 | |
| เคย | 4 | 36.4 | 1 | 9.1 | |
| 17.โรคประจำตัว | | | | | 1.000 |
| ไม่มี | 2 | 18.2 | 2 | 18.2 | |
| มี | 9 | 81.8 | 9 | 81.8 | |
| 18.การใช้ยาประจำ | | | | | 1.000 |
| ไม่มี | 4 | 36.4 | 5 | 45.5 | |
| มี | 7 | 63.6 | 6 | 54.5 | |

P > 0.05 โดยใช้สถิติ Fisher' Exact test (a ; วิเคราะห์โดยใช้ Chi-square)

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ปากกุดนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 71-80 ปี ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีสถานภาพเป็นหม้าย ไม่มีบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน การศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคเหนือ ทั้งสองกลุ่มทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เคยประกอบอาชีพเกษตรกรรมด้านกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เคยประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลองมีรายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สินด้านกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ สาเหตุหลักที่เข้ามาอยู่ที่ศูนย์ฯส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มคือไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดูระยะเวลาเฉลี่ยที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์ฯของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อาศัยมาแล้วไม่เกิน 5 ปี เฉลี่ย 3.3 ปี และกลุ่มควบคุมอาศัยที่ศูนย์ฯมาแล้วระหว่าง 2-5 ปี เฉลี่ย 4.3 ปี ร้อยละ 63.6 ของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีเพื่อนสนิทในศูนย์ฯด้านกลุ่มควบคุมประมาณครึ่งหนึ่งไม่มีเพื่อนสนิทในศูนย์ฯ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุในทั้งสองกลุ่มเมื่อไม่สบายใจจะเก็บตัวเงียบไม่ปรึกษาใคร ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ในอดีตไม่เคยทำกิจกรรมศิลปะ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและมีกรใช้ยาประจำ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลพื้นฐานทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปด้านอายุ และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์จนถึงปัจจุบัน

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | t | p-value |
|---|------------|------|-------------|------|-------|---------|
| | (n = 11) | | (n = 11) | | | |
| | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | | |
| อายุ (ปี) | 77.27 | 7.51 | 74.73 | 6.68 | .840 | .411 |
| ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์จนถึงปัจจุบัน(ปี) | 3.30 | 3.42 | 4.30 | 4.44 | -.602 | .554 |

$P > 0.05$

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปด้านอายุ และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์จนถึงปัจจุบัน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยทั้งสองด้านไม่แตกต่างกัน โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 77.27 ปีและ 74.73 ปีตามลำดับ และระยะเวลาเฉลี่ยที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.3 ปี และ 4.3 ปีตามลำดับ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสถานการณ์ความเครียดในชีวิตรายชื่อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| สถานการณ์ความเครียด | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม |
|--|------------|-------------|
| | จำนวน (คน) | จำนวน (คน) |
| 1. ไม่สามารถทำงานที่เคยทำในลักษณะเดิม | 8 | 8 |
| 2. ปัญหาการเงิน | 5 | 2 |
| 3. ขาดสิทธิประกันทางสุขภาพ | 4 | 6 |
| 4. ปัญหาสิ่งแวดล้อมภายในศูนย์ฯ | 5 | 1 |
| 5. การย้ายมาอยู่ที่ศูนย์ฯ | 4 | 2 |
| 6. การเปลี่ยนแปลง การจัดการชีวิตความเป็นอยู่ | 4 | 3 |
| 7. ได้รับการปฏิเสธจากเพื่อนภายในศูนย์ฯ | 2 | 3 |
| 8. ได้รับการปฏิเสธจากเพื่อน ญาติ หรือลูกหลาน | 4 | 1 |
| 9. ได้รับการปฏิเสธจากคู่สมรส | 0 | 1 |
| 10. กลัวว่าตนจะเป็นภาระแก่คู่สมรส | 0 | 0 |
| 11. กลัวว่าลูกหลานจะไม่ได้รับการดูแล | 1 | 2 |
| 12. รู้สึกถูกแบ่งแยกเนื่องจากป่วย | 3 | 2 |
| 13. ไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต | 6 | 7 |
| 14. เพื่อนสนิทหรือญาติป่วย | 2 | 1 |
| 15. พี่น้องเสียชีวิตด้วยโรคที่คล้ายกัน | 2 | 0 |
| 16. สูญเสียการดูแลตนเอง | 5 | 6 |
| 17. สูญเสียกิจกรรมทางเพศ | 2 | 0 |
| 18. ไม่รู้สึกร่างกายมีเสน่ห์ที่เคยอีกต่อไป | 2 | 0 |
| 19. ฉันทัดเกี่ยวกับการไม่มีอนาคต | 5 | 6 |
| 20. คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย | 4 | 1 |
| 21. มีประสบการณ์ทางด้านลบเกี่ยวกับบุคลากรทางสุขภาพ | 1 | 2 |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

| สถานการณ์ความเครียด | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม |
|--|------------|-------------|
| | จำนวน (คน) | จำนวน (คน) |
| 22. มีประสบการณ์ทางด้านลบกับแพทย์ | 1 | 0 |
| 23. รู้สึกป่วยบ่อย | 4 | 5 |
| 24. มีอาการปวดบ่อย | 6 | 8 |
| 25. เข้ารับการรักษาคือในโรงพยาบาลเป็น เวลานานหรือบ่อย | 1 | 2 |
| 26. การเสียชีวิตของคู่สมรส หรือสมาชิกใน ครอบครัว | 5 | 1 |
| 27. คดี ปัญหาทางกฎหมาย | 1 | 0 |
| 28. ปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ภายในศูนย์ | 0 | 0 |
| 29. ปัญหาหมอกควันทางภาคเหนือ | 4 | 3 |
| 30. ปัญหาอื่นๆ | 0 | 0 |

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสถานการณ์ความเครียดในชีวิตรายชื่อของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่าสถานการณ์ความเครียดส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มคือ การไม่สามารถทำงานที่เคยทำได้ในลักษณะเดิม สถานการณ์ความเครียดรองลงมาในกลุ่มทดลองคือความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคตและการมีอาการปวดบ่อย ส่วนสถานการณ์ความเครียดรองลงมาในกลุ่มควบคุมคือมีอาการปวดบ่อยและความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต การขาดสิทธิประกันทางสุขภาพ การสูญเสียการดูแลตนเองและคิดเกี่ยวกับการไม่มีอนาคต ซึ่งสถานการณ์ความเครียดในชีวิตของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบจำนวนสถานการณ์ความเครียดในชีวิตรายบุคคลของคนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| คนที่ | จำนวนสถานการณ์ความเครียดในชีวิต (สถานการณ์) | |
|-------|--|------------------|
| | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม |
| 1 | 4 | 7 |
| 2 | 3 | 7 |
| 3 | 12 | 4 |
| 4 | 4 | 7 |
| 5 | 19 | 9 |
| 6 | 7 | 12 |
| 7 | 2 | 5 |
| 8 | 14 | 14 |
| 9 | 3 | 4 |
| 10 | 8 | 3 |
| 11 | 15 | 1 |
| | $\bar{X} = 8.27$ | $\bar{X} = 6.64$ |

จากตารางที่ 4 พบว่าจำนวนสถานการณ์ความเครียดในชีวิตเฉลี่ยของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเท่ากับ 8.27 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.64 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนสถานการณืความเครียดในชีวิตแบบแบ่งช่วง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| จำนวนสถานการณื ความเครียดในชีวิต | กลุ่มทดลอง (n ₁ =11) | | กลุ่มควบคุม (n ₂ =11) | | t | p-value |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|-------------------------------------|--|------|---------|
| | จำนวน (คน) | | จำนวน (คน) | | | |
| | | | | | | |
| สถานการณืความเครียดในชีวิต | | | | | .491 | .629 |
| น้อยกว่าเท่ากับ 5 สถานการณื | 5 | | 5 | | | |
| 6 - 10 สถานการณื | 2 | | 4 | | | |
| มากกว่าเท่ากับ 11 สถานการณื | 4 | | 2 | | | |

จากตารางที่ 5 พบว่าจำนวนสถานการณืความเครียดในชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคือมีสถานการณืความเครียดในชีวิตส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 สถานการณืซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสถานการณืความเครียดในชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| สถานการณื ความเครียดในชีวิต | กลุ่มทดลอง (n ₁ =11) | | กลุ่มควบคุม (n ₂ =11) | | t | p-value |
|--------------------------------|------------------------------------|------|-------------------------------------|------|------|---------|
| | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | | |
| | | | | | | |
| จำนวนสถานการณื | 8.27 | 5.83 | 6.64 | 3.88 | .775 | .448 |

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยของจำนวนสถานการณืความเครียดในชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.27 สถานการณืและ 6.64 สถานการณืตามลำดับซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบระดับและคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

| ระดับภาวะซึมเศร้า (ก่อนการทดลอง) | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------|
| | (n ₁ =11) จำนวน | (n ₂ =11) จำนวน | |
| ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ | - | - | |
| ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย | 9 | 9 | |
| ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง | 2 | 2 | |
| ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง | - | - | |
| | \bar{X} (S.D.) | \bar{X} (S.D.) | p-value |
| คะแนนของภาวะซึมเศร้า | 16.73 (3.20) | 15.55 (3.53) | .172 |

จากตารางที่ 7 พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน คือส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยและเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบระดับภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง

การทดลอง

| ระดับภาวะซีมเศร้า | กลุ่มทดลอง (n ₁ =11) | |
|---------------------------|------------------------------------|--------------|
| | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง |
| ภาวะซีมเศร้าระดับปกติ | - | 7 |
| ภาวะซีมเศร้าระดับเล็กน้อย | 9 | 3 |
| ภาวะซีมเศร้าระดับปานกลาง | 2 | 1 |
| ภาวะซีมเศร้าระดับรุนแรง | - | - |

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มทดลองก่อนทดลองส่วนใหญ่มีภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย และหลังจากได้รับศิลปะบำบัดกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีภาวะซีมเศร่าลดลงอยู่ในระดับปกติ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบระดับภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง

การทดลอง

| ระดับภาวะซีมเศร้า | กลุ่มควบคุม (n ₂ =11) | |
|---------------------------|-------------------------------------|--------------|
| | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง |
| ภาวะซีมเศร้าระดับปกติ | - | 4 |
| ภาวะซีมเศร้าระดับเล็กน้อย | 9 | 4 |
| ภาวะซีมเศร้าระดับปานกลาง | 2 | 2 |
| ภาวะซีมเศร้าระดับรุนแรง | - | 1 |

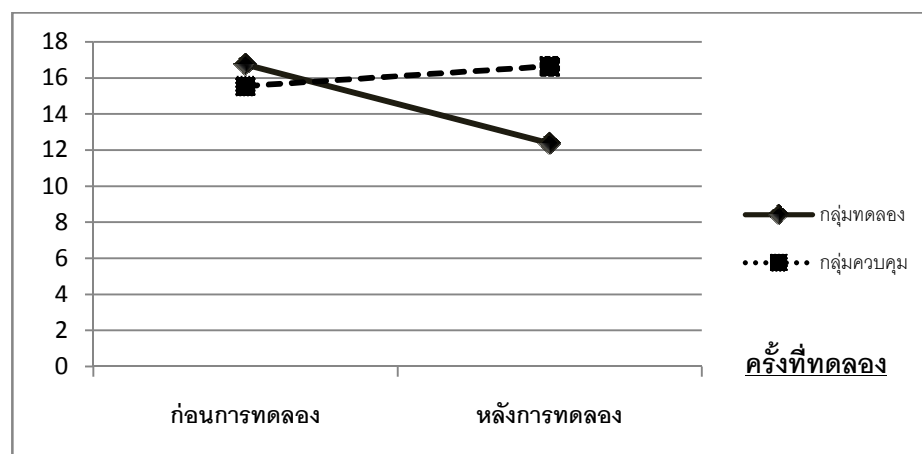
จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มควบคุมก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย แต่หลังสิ้นสุดการทดลองพบว่ากลุ่มควบคุมมีระดับภาวะซีมเศร้าอยู่ในทั้ง 4 ระดับ

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

| คนที่ | กลุ่มทดลอง | | คนที่ | กลุ่มควบคุม | |
|-------|-------------------|-------------------|-------|-------------------|-------------------|
| | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง | | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง |
| 1 | 14 | 9 | 1 | 14 | 11 |
| 2 | 16 | 11 | 2 | 23 | 26 |
| 3 | 24 | 21 | 3 | 13 | 17 |
| 4 | 18 | 16 | 4 | 13 | 17 |
| 5 | 17 | 12 | 5 | 21 | 24 |
| 6 | 18 | 14 | 6 | 13 | 10 |
| 7 | 15 | 11 | 7 | 13 | 12 |
| 8 | 14 | 9 | 8 | 14 | 15 |
| 9 | 15 | 12 | 9 | 14 | 18 |
| 10 | 13 | 8 | 10 | 18 | 21 |
| 11 | 20 | 13 | 11 | 15 | 12 |
| | $\bar{X} = 16.73$ | $\bar{X} = 12.36$ | | $\bar{X} = 15.55$ | $\bar{X} = 16.64$ |

ภาพที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า



จากภาพที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน คือ 16.73 และ 15.55 ตามลำดับ แต่หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองเท่ากับ 12.36 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 16.64 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงและลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ non-Parametric Wilcoxon Signed Ranks Test

| กลุ่มทดลอง (n=11) | คะแนนภาวะซึมเศร้า | | p-value |
|----------------------|-------------------|------|---------|
| | \bar{X} | S.D. | |
| ก่อนการทดลอง | 16.73 | 3.20 | .000** |
| หลังการทดลอง | 12.36 | 3.70 | |

**P < 0.01

จากตารางที่ 11 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองเท่ากับ 16.73 และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเท่ากับ 12.36 โดยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองนั้นมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าลดลง หลังการทดลองเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ non-Parametric Wilcoxon Signed Ranks Test

| กลุ่มควบคุม (n=11) | คะแนนภาวะซึมเศร้า | | p-value |
|-----------------------|-------------------|-------|---------|
| | \bar{X} | S.D. | |
| ก่อนการทดลอง | 15.55 | 3.532 | .174 |
| หลังการทดลอง | 16.64 | 5.334 | |

$P > 0.05$

จาก**ตารางที่ 12** ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองเท่ากับ 15.55 และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเท่ากับ 16.64 โดยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมนั้นมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นเล็กน้อย อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ของคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ non-Parametric Mann-Whitney Test

| คะแนนภาวะซึมเศร้า | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | p-value |
|-------------------|----------------------|------|----------------------|------|---------|
| | (n ₁ =11) | | (n ₂ =11) | | |
| | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | |
| ก่อนการทดลอง | 16.73 | 3.20 | 15.55 | 3.53 | 0.172 |
| หลังการทดลอง | 12.36 | 3.70 | 16.64 | 5.33 | 0.000** |

**P < 0.01

จากตารางที่ 13 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนใกล้เคียงกัน คือ 16.73 และ 15.55 ตามลำดับ โดยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 12.36 และ 16.64 ตามลำดับ โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นกลุ่มทดลองหลังได้รับศิลปบำบัดจึงมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาจิตสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่ โดยศึกษาเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยได้คัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้าคัดออกเพื่อหา กลุ่มตัวอย่างจากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 11 คนและกลุ่มควบคุม 11 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรมศิลปะบำบัด จำนวน 10 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมศูนย์ตามปกติ ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม 2555

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดในชีวิต แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) และศิลปะบำบัด

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's Exact test และใช้สถิติแบบ non-Parametric Wilcoxon Signed Ranks Test และ Mann-Whitney Test

ผลการศึกษาเป็นดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 71 – 80 ปี โดยอายุเฉลี่ยคือ 77.27 ปี เป็นเพศชาย 6 คน เพศหญิง 5 คน และส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นหม้ายไม่มีบุตร จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่ภาคเหนือ อาชีพเดิมส่วนใหญ่พบว่าประกอบอาชีพเกษตรกรรม รายได้ในปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่เพียงพอแต่ก็ไม่มีหนี้สิน สาเหตุหลักส่วนใหญ่ที่เข้ามาอยู่ที่ศูนย์เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลเลี้ยงดู ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์จนถึงปัจจุบันคือ 3.3 ปี การมาเยี่ยมของผู้ใกล้ชิดหรือญาติภายใน 6 เดือนส่วนใหญ่พบว่าไม่มีผู้มาเยี่ยมเลย พบว่าร้อยละ 63.6 ของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีเพื่อนสนิทใน

สถานสงเคราะห์ ในยามว่างส่วนใหญ่ไม่มีกิจกรรมหรืองานอดิเรกทำ พบว่าร้อยละ 45.5 เมื่อไม่สบายใจจะเก็บตัวเงียบไม่ปรึกษาใคร ในอดีตที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยทำกิจกรรมศิลปะ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและใช้ยาประจำ

ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่พบว่ามียุ่ระหว่าง 71 – 80 ปี มีอายุเฉลี่ยคือ 74.73 ปี เป็นเพศชาย 8 คน เพศหญิง 3 คน และส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้ายไม่มีบุตร จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่ภาคเหนือ อาชีพเดิมส่วนใหญ่พบว่าประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ในปัจจุบันส่วนใหญ่เพียงพอ สาเหตุหลักส่วนใหญ่ที่เข้ามาอยู่ที่ศูนย์เนื่องจากไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์จนถึงปัจจุบันคือ 4.3 ปี การมาเยี่ยมของผู้ใกล้ชิดหรือญาติภายใน 6 เดือนส่วนใหญ่พบว่าไม่มีผู้มาเยี่ยมเลย พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมไม่มีเพื่อนสนิทในสถานสงเคราะห์ ในยามว่างส่วนใหญ่ไม่มีกิจกรรมหรืองานอดิเรกทำ พบว่าร้อยละ 54.5 เมื่อไม่สบายใจจะเก็บตัวเงียบไม่ปรึกษาใคร ในอดีตที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยทำกิจกรรมศิลปะ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและใช้ยาประจำ

โดยสรุปแล้วข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันและไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการประเมินสถานการณ์ความเครียดในชีวิต พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานการณ์ความเครียดในชีวิต คือ ไม่สามารถทำงานที่เคยทำได้ในลักษณะเดิม ไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต และมีอาการปวดบ่น ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานการณ์ความเครียดในชีวิต คือ ไม่สามารถทำงานที่เคยทำได้ในลักษณะเดิม และมีอาการปวดบ่น สูญเสียการดูแลตนเอง และคิดเกี่ยวกับการไม่มีอนาคต ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยจำนวนสถานการณ์ความเครียดในชีวิตของกลุ่มทดลองเท่ากับ 8.27 และของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.64 ซึ่งจำนวนสถานการณ์ความเครียดของทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 กลุ่มทดลองหลังได้รับศิลปะบำบัด พบว่ามีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับศิลปะบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2.2 กลุ่มทดลองหลังได้รับศิลปะบำบัด พบว่ามีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่ โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผู้สูงอายุกลุ่มละ 11 คนเท่ากัน ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในแง่ เพศ อายุ สถานภาพ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ระดับการศึกษาสูงสุด การมาเยี่ยมของผู้ใกล้ชิดภายใน 6 เดือน อาชีพเดิม ความเพียงพอของรายได้ งานอดิเรกยามว่าง บุคคลที่ขอคำปรึกษาเมื่อไม่สบายใจ สาเหตุหลักที่เข้ามาอยู่ที่ศูนย์ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์ การมีโรคประจำตัว และการใช้ยาประจำ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนได้รับศิลปะบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยก่อนการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยและปานกลาง ซึ่งหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองหลังจากได้รับศิลปะบำบัด ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้ามลดลงจากระดับเล็กน้อยมาอยู่ในระดับปกติ โดยผลจากการทำศิลปะบำบัดในการวิจัยนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซูวิทย์ รัตนพล แสนย์ (46) ที่ศึกษาผลของการใช้ศิลปกรรมบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรุงเทพมหานคร ทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง 12 คนโดยไม่มีกลุ่มควบคุมจากตัวอย่างประชากรทั้งหมด 121 คน พบว่าศิลปกรรมบำบัดมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ Lee Doric-Henry (11) ที่พบว่าศิลปะจากการปั้นดินเหนียวบนจานปั้นนั้นมีผลในการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง ลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการเดินในสวนและศิลปะบำบัดทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง จากระดับซึมเศร้ามรุนแรงลดลงจนอยู่ในระดับซึมเศร้าเล็กน้อยและระดับปกติ (12) สำหรับในงานวิจัยนี้พบว่าสถานการณ์ความเครียดของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวกับการไม่สามารถทำงานได้ในลักษณะเดิม มีอาการปวดบอย สูญเสียการดูแลตนเอง และคิดเกี่ยวกับการไม่มีอนาคตหรือไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้เป็นสาเหตุมาจากปัจจัยทางกายภาพ ซิวภาพ จิตใจ และสังคม อันส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ เพราะการอาศัยอยู่ในศูนย์ฯทำให้ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิมหรือเนื่องมาจากร่างกายไม่

แข็งแรงเหมือนแต่ก่อนจนทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย และการนี้ถึงชีวิตในอนาคตของตนเองหรือวิตกกังวลนี้ถึงการไม่มีอนาคต ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งนี้อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งศิลปะบำบัดเป็นกิจกรรมที่ไม่ถูกจำกัดหรือมีอุปสรรคจากสภาพร่างกายหรือสถานการณ์ความเครียดดังกล่าว ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะบำบัดได้ และสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ การประเมินและให้การช่วยเหลือ ในการลดสถานการณ์ความเครียดของผู้สูงอายุโดยทั่วไปและที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์บริการต่างๆ เป็นสิ่งที่คนรอบข้างและหน่วยงานควรมีให้ความสนใจเพื่อช่วยด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามศิลปะบำบัดอาจมีข้อจำกัดในกรณีที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ใกล้เคียงระดับรุนแรงซึ่งศิลปะบำบัดเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอจึงควรได้รับการดูแลติดตามจากศูนย์ฯ เพื่อรับการรักษภาวะซึมเศร้าตามแนวทางที่เหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ปัจจัยที่ต้องคำนึงในการทำศิลปะบำบัดคือ ทักษะพื้นฐานในการใช้อุปกรณ์ทางศิลปะต่างๆ เนื่องจากบางคนอาจไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้อุปกรณ์มาก่อนและก่อนการทำกิจกรรมแต่ละครั้งควรบอกรายละเอียดของกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเข้าใจโดยละเอียด และผลจากการทำศิลปะบำบัดอาจมีผลจากกระบวนการกลุ่มซึ่งทำให้เกิดสัมพันธภาพทั้งภายในกลุ่มผู้สูงอายุและระหว่างผู้สูงอายุกับผู้วิจัย

ส่วนกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับกิจกรรมตามปกติจากทางศูนย์ฯหลังผ่านไป 5 สัปดาห์และได้รับการประเมินด้วยแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบว่ามีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเล็กน้อยโดยแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเมื่อสัปดาห์ที่ 5 พบว่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ทั้ง 4 ระดับ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางควรมีการประเมินหรือติดตามเพิ่มเติมเนื่องจากภาวะซึมเศร้าอาจมีระดับรุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากมาจากการดำเนินโรคของภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นไปตามปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ทั้งร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้หลังการทดลองมีผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมท่านหนึ่งที่มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นจากภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางเป็นระดับรุนแรง โดยผู้วิจัยได้มีการรายงานผลดังกล่าวให้พยาบาลประจำศูนย์ฯทราบเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

จากความรู้และงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ศิลปะบำบัดมีคุณค่าในการรักษาผู้ป่วยหลายประเภท ซึ่งในการศึกษานี้คือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเป็นผู้สูงอายุ (36) โดยการใช้ศิลปะเป็นสื่อกลางไม่เน้นผลลัพธ์ที่สวยงาม ไม่มีการขึ้นนำหรือประเมินผลของผลงานในเชิงสวยงาม ทั้งนี้

เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดสิ่งที่อยู่ในความคิดจิตใจของตนเอง ซึ่งผลงานจะเป็นสื่อที่บอกถึงบุคคลนั้นผ่านทางลักษณะผลงานหรือเรื่องราว เช่น ในกลุ่มทดลองของงานวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุท่านหนึ่ง ได้ปั้นแป้งรูปขนมจีบในกิจกรรมเกี่ยวกับการปั้นแป้ง ซึ่งท่านก็เล่าว่าแต่ก่อนมีอาชีพทำขนมจีบขาย แต่ปัจจุบันไม่ได้ทำแล้วเพราะต้องมาอยู่ที่นี่ แต่ถ้าให้ทำขนมจีบก็ยังสามารถทำได้ สอดคล้องกับ Bunt (34) ที่กล่าวว่า ผลงานจากการทำศิลปะบำบัดนั้นอาจไม่จำเป็นเท่ากับเรื่องของกระบวนการ และ ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา (9) ที่กล่าวว่ากระบวนการศิลปะบำบัดจะช่วยให้เห็นส่วนลึกของจิตใจ ปัญหา เรื่องราวที่ติดค้างใจของคนคนนั้น ให้บุคคลได้มองเห็นเข้าใจตนเอง อีกทั้งศิลปะบำบัดยังมีส่วนในการส่งเสริมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพราะผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ที่สำคัญคือภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับ สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (26) ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้านั้นจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยกิจกรรมศิลปะบำบัดแต่ละกิจกรรมควรสร้างหรือมีกระบวนการเพื่อส่งเสริมหรือเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา เรื่องที่เป็นเป้าหมายดังกล่าว อาทิกิจกรรมศิลปะบำบัดที่ผู้วิจัยใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังเช่น กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพที่ช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพใหม่ๆในกลุ่มหรือสังคม งานปั้นแป้งที่ช่วยส่งเสริมศักยภาพด้านการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ การประดิษฐ์หน้ากากรูปสัตว์เพื่อส่งเสริมการรับรู้ตนเอง การระบายสีตุ๊กตาดินเผาที่แสดงถึงความเป็นตนเองขณะนั้นเพื่อการรับรู้ตนเอง การทำภาพปะติดในสิ่งที่ตนเองชอบเพื่อส่งเสริมกำลังใจคิดในทางบวก การวาดและระบายสีเหตุการณ์ประทับใจเพื่อส่งเสริมกำลังใจจากความรู้สึกที่ดีในอดีต การปะติดเพื่อให้เกิดเป็นของใช้ใช้เองเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง จากเสียงสุภาพพิมพ์ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ผ่านอุปกรณ์จากธรรมชาติ การตกแต่งถุงผ้าเพื่อส่งเสริมความภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง และการพูดสรุปแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกิจกรรมสุดท้าย ซึ่งแต่ละกิจกรรมจะมีส่วนในการช่วยด้านสุขภาพจิตและลดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ Margaret Naumburg (55) ที่กล่าวถึงกระบวนการของศิลปะบำบัดอยู่บนฐานของการรับรู้ความคิดพื้นฐานและอารมณ์ของคนคนนั้น ซึ่งมาจากจิตใต้สำนึกที่จะแสดงออกมาเป็นภาพได้มากกว่าคำพูด โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะมีโอกาสได้สัมผัสถึงความทรงจำ ความรู้สึก อารมณ์ ของตนเองที่ติดค้าง สับสน ขัดแย้งในใจที่ผ่านมา เพื่อจะนำไปสู่การส่งเสริมมากกว่าแก้ไขเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมา แต่เป็นการส่งเสริมด้านการเห็นคุณค่าใน

ตนเอง การยอมรับตนเอง การมองโลกด้านบวก รับรู้และยอมรับถึงวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในเวลาปัจจุบันมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับ ขวัญฤทัย อัมสมโภชน์ (45) ศึกษาผลของศิลปะบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงทั้งหมดพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับศิลปะบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้นหลังทดลองอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และผลของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มศิลปะบำบัดยังช่วยในเรื่องการยอมรับตนเองของผู้สูงอายุ (47) อีกทั้งโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต (49) นอกจากนี้ยังพบว่าทำให้คำปรึกษากลุ่มโดยใช้ศิลปะบำบัดร่วมกับทฤษฎีเกสตัลท์ช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (48) อย่างไรก็ตาม ประพนอม โอทกานนท์ (19) ได้กล่าวว่าพึงระวังความแตกต่างกันของผู้สูงอายุซึ่งแต่ละคนมีพื้นฐานประสบการณ์ ความชอบ ความสนใจ แตกต่างกันไป และโดยทั่วไปจึงทำให้การจัดกิจกรรมในศูนย์เื้ออำนวยการผู้สูงอายุโดยรวมโดยเน้นเพื่อสร้างความสนุกสนานมากกว่าการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงจึงยังไม่สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ในขณะที่ศิลปะบำบัดมีประโยชน์ในการบำบัดเยียวยาจิตใจและลดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนั้นยังช่วยเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การเคลื่อนไหว และทักษะทางสังคมด้วย (9)

สรุปจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าศิลปะบำบัดสามารถเป็นเครื่องมือในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง อย่างไรก็ตามแม้ว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองจะลดลงแต่ก็ยังมีค่าสูงกว่าระดับปกติเพียงเล็กน้อย และการศึกษานี้เป็นการศึกษาผลหลังการทดลองทันที ทั้งนี้หากมีการติดตามผลหลังจากสิ้นสุดการทดลองไปแล้วอีกระยะหนึ่งอาจช่วยบอกผลของศิลปะบำบัดว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าในระยะยาวได้ด้วยหรือไม่

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าศิลปินบำบัดมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ดังนั้นในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุควรมีการประเมินภาวะสุขภาพจิตและสถานการณ์ความเครียดของผู้สูงอายุ ซึ่งหากพบว่ามียุทธศาสตร์กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยหรือปานกลางควรมีการติดตาม และในการจัดกิจกรรมต่างๆ อาจพิจารณาศิลปินบำบัดไปเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุดังกล่าว ซึ่งก่อนการทำศิลปินบำบัดแต่ละครั้งควรบอกรายละเอียดของกิจกรรม วัตถุประสงค์ วิธีการของแต่ละกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเข้าใจโดยละเอียด โดยคำนึงถึงศักยภาพของผู้สูงอายุเป็นหลักในการใช้อุปกรณ์ทางศิลปะต่างๆ เนื่องจากบางท่านไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้อุปกรณ์มาก่อน ซึ่งทางศูนย์ฯ อาจนำไปเป็นหนึ่งในกิจกรรมของศูนย์เพื่อมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้น เนื่องจากศิลปินบำบัดมีส่วนช่วยในการส่งเสริมความภาคภูมิใจในผู้สูงอายุหรือพัฒนาศักยภาพในตนเอง เช่น การเห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับตนเอง การคิดเชิงบวก ความคิดสร้างสรรค์ ลดความวิตกกังวล เป็นต้น นอกจากนี้ยังช่วยเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การเคลื่อนไหว และทักษะทางสังคมด้วย

รายการอ้างอิง

- (1) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. วารสารรายงานสุขภาพคนไทย 2555.
- (2) สถาบันประชากรศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. จำนวนประชากรไทย [ออนไลน์]. 2555.
แหล่งที่มา: <http://www.thailandometers.mahidol.ac.th> [24 ธันวาคม 2555]
- (3) สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2550.
- (4) สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- (5) อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และลัดดา ดำริการเลิศ. แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553.
- (6) สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย [ออนไลน์]. 2549. แหล่งที่มา:
http://www.hiso.or.th/hiso/health_event/ghealth_event22.php [27 ตุลาคม 2554]
- (7) มานิต ศรีสุภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์, 2542.
- (8) สมภพ เรืองตระกูล. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2543.
- (9) ทวีศักดิ์ สิริรัตนโรชา. ศิลปะบำบัด ศาสตร์และศิลป์แห่งการบำบัด. กรุงเทพฯ: ครูสภาลาดพร้าว, 2550.
- (10) วรณนิภา บุญระยอง. กิจกรรมบำบัดเพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
- (11) Doric-Henry, L. Pottery making on a wheel with older adult nursing home residents.

- In Magniant, Rebecca C. P. (ed.), *Art therapy with older adults*, pp.5-33. Illinois: Charles C Thomas, 2004.
- (12) Caffrey M R., Liehr P., Gregersen T. and Nishioka R. Garden walking and art therapy for depression in older adults: a pilot study. Florida: Florida Atlantic University, 2011 Oct; 4(4): 237-42.
- (13) สุภาวดี พุฒิน้อย, หทัยชนก อภิโกมลกร, วรณนิภา บุญระยอง, เพื่อนใจ รัตตากร และ จิรนนท์ ไช้แก้ว. ผู้สูงอายุกับกิจกรรมบำบัด. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.
- (14) ปิยากร หวังมหาพร. ผู้สูงอายุ : พัฒนาการเชิงนโยบายภาครัฐจากอดีตสู่ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม, 2554.
- (15) สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ : ความเป็นจริงและการคาดการณ์สังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- (16) อรพรรณ ทองแดง. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ใน ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน, หน้า 231-3. เชียงใหม่: โรงพิมพ์นันทพันธ์, 2542.
- (17) Susan I. Buchalter. Art therapy and Creative Coping Techniques for older adults. London: Jessica Kingsley, 2011.
- (18) ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต. คุณภาพชีวิต และระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ สวรัย บุญยमानนท์ (บรรณาธิการ), ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทยเอกสารวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข 372, หน้า 147-9. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม, 2553.
- (19) ประนอม โอทกานนท์. ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย หลักการ งานวิจัย และบทเรียนจากประสบการณ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์, 2554.
- (20) โสภภาพรรณ รัตน์ย. ทางเลือกรักษาผู้สูงอายุ อยู่ดีชีวิตมีคุณภาพ. กรุงเทพฯ: แสงดาว, 2555.
- (21) อรพรรณ แผนคง. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: ธนาเพรส, 2552.
- (22) Beck, A.T. Depression : Clinical, experimental and theoretical aspects.

- New York: Hoeber Medical Division, 1967.
- (23) ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์, 2542.
- (24) วิไลวรรณ ทองเจริญ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554.
- (25) สายฝน เอกวางกูร. รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554.
- (26) สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2544.
- (27) Kane Ouslander and Abras. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ต้นศิริ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้สูงอายุ, หน้า 367-8. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.
- (28) สุรางค์ ไคว้ตระกูล. ปัญหาผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สมชายการพิมพ์, 2536.
- (29) A project of the rotary club of Santa Monica and center for healthy aging.
Depression in older adults [online]. Available from:
<http://www.stanford.edu/group/usvh/stanford/misc/Depression%203.pdf> [2012, Sep 8]
- (30) Sigmund, F. ใน ชาญณรงค์ พรุ่งโรจน์ (บรรณาธิการ), ศิลปะสู่สังคม, 254-.
- (31) Cathy A. Malchiodi. The art therapy sourcebook. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 2007.
- (32) ชาญณรงค์ พรุ่งโรจน์. กระบวนการสร้างค่ายศิลปะ. กรุงเทพฯ: แม็ทส์ปอยท์, 2543.
- (33) Robbins & Sibley. ใน พร็ิมเพรา ดิษยวนิช (บรรณาธิการ), การวาดภาพเพื่อการประเมินการรักษา, เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์, 2544.
- (34) Bunt L. Music therapy: an art beyond words. London: Routledge, 1994.
- (35) Cathy A. Malchiodi. Handbook of art therapy. 2nd ed. New York: Guilford, 2012.
- (36) Susan I. Buchalter. A practical art therapy. London and Philadelphia: Jessica Kingsley, 2004.
- (37) ปิยฉัตร เรืองวิเศษ ฟินนี่. Introduction to art therapy. กรุงเทพฯ: ศูนย์ไทโรศิลป์.

- (38) เพื่อนใจ รัตตากร. กิจกรรมบำบัดในผู้สูงอายุ. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
- (39) วุฒิพงษ์ ถายะพิงค์ และคนอื่นๆ. คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพใจวัยสูงอายุ. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง, 2554.
- (40) Omar , A.N.M., Haroun A and Nagy N.E.S. Prevalence of depressive symptoms in Physically-ill elderly inpatients. 1998 July; 5(2):145-152.
- (41) ปราณี ศรีสงคราม. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านหมี่. ใน บทคัดย่อผลงานวิชาการในงานประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข 2551. [ออนไลน์]. 2551. แหล่งที่มา:
<http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=4888> [24 ธันวาคม 2555]
- (42) เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และ อุมภาพร อุดมทรัพย์ากุล. ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. ใน วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554, หน้า103-116, 2554.
- (43) Bridle C, Spanjers K, Patel S, Atherton NM and Lamb SE. , Effect of exercise on depression severity in older people: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. 2012 Sep;201(3):180-5.
- (44) พิณลักษณ์ นิติภากรณ์. ผลของโปรแกรมระลึกความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2547.
- (45) ขวัญฤทัย อิมสมโภชน์. ผลของศิลปะบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2549.
- (46) ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์. ผลของการใช้ศิลปะกิจกรรมบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยดุสิตธานี, 2551.

- (47) ปัฐมา หมวดจันทร์. ผลของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มศิลปะบำบัดที่มีต่อการยอมรับตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2547.
- (48) ณัชชา คำเครือ. ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มโดยใช้ศิลปะบำบัดร่วมกับทฤษฎีเกสตัลท์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2550.
- (49) ปาริชาติ คำชู. ผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต, 2551.
- (50) รัฐ ลอยสงเคราะห์. ผลของศิลปะบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดสารเสพติดชายสถาบันธัญญารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.
- (51) นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคนอื่นๆ. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. ใน สารศิริราช 2537 มกราคม; 46(1): 1-9.
- (52) Kongthongmaneroj S, Suppapitiporn S. Mental health status among outpatients of Thai traditional medicine and alternative medicine at Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital. Chula Med J in press.
- (53) Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res 1967 Aug;11(2):213-8.
- (54) Singh N, Gayowski T, Wagner MM, Marino IR. Depression in patients with cirrhosis: impact on outcome. Diges Dis and Scien 1997 Jul; 42(7):1427-37.
- (55) Naumburg M. Art therapy : its scope and function. In E. F. Hammer (ed.), Clinical Applications of Projective Drawings, Illinois: Thomas, 1958.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์



ที่ จว.พิเศษ /2555

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330

9 มกราคม 2555

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS)

เรียน ศาสตราจารย์นายแพทย์ นิพนธ์ พวงวรินทร์

ด้วย นางสาว นฤมล อินทหมื่น เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง ผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งใช้แบบสอบถามแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) ในการทดลอง โดยมี รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวนฤมล อินทหมื่น ใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) ของท่าน เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

.....
(นางสาว นฤมล อินทหมื่น)

.....
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ / นางสาวนฤมล อินทหมื่น

โทร/โทรสาร 0-2256-4298 , 0-2256-4346 โทรศัพท์มือถือ 082 1888 308



ที่ จว.พิเศษ /2555

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330

9 มกราคม 2555

เรื่อง ขออนุญาตใช้โปรแกรมศิลปะบำบัด

เรียน คุณณัชชา คำเครือ

ด้วย นางสาว นฤมล อินทหมื่น เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง ผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งใช้โปรแกรมศิลปะบำบัดของท่านในการทดลอง โดยมี รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวนฤมล อินทหมื่น ใช้โปรแกรมศิลปะบำบัดของท่าน เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

.....

(นางสาว นฤมล อินทหมื่น)

(.....)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ / นางสาวนฤมล อินทหมื่น

โทร/โทรสาร 0-2256-4298 , 0-2256-4346 โทรศัพท์มือถือ 082 1888 308



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 4298, 4346

ที่ จว.พิเศษ /2555

วันที่ 11 มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติให้ข้าราชการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ด้วย นางสาวนฤมล อินทหมื่น นิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่องผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่ โดยมี รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์นายแพทย์ ภูรงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ จึงใคร่ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบโปรแกรมศิลปะบำบัด ซึ่งจะนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย ของ นางสาวนฤมล อินทหมื่น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนฤมล อินทหมื่น)

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร/โทรสาร 0-22564298 , 0-22564346 , นางสาวนฤมล อินทหมื่น 082 1888 308



ที่ จว.พิเศษ /2555

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

11 มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติให้ข้าราชการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าสาขาวิชาจิตวิทยา

ด้วย นางสาวนฤมล อินทหมื่น นิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ชั้นปีที่ 2 ภาคในเวลาราชการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่องผลของ ศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุบ้านธรรม ปกรณ์ เชียงใหม่ โดยมี รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิจารณาเห็นว่า ดร. วีรวรรณ วงศ์ปิ่นเพชร อาจารย์ประจำสาขาวิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัย พายัพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ จึงใคร่ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบโปรแกรมศิลปะบำบัด ซึ่งจะ นำไปใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย ของ นางสาวนฤมล อินทหมื่น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนฤมล อินทหมื่น)

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร/โทรสาร 0-22564298 , 0-22564346 / นางสาวนฤมล อินทหมื่น 082-1888 308



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 4298, 4346

ที่ จว.พิเศษ

/2555

วันที่

มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติให้ข้าราชการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าภาควิชาศิลปะ ดนตรี และนาฏศิลป์ศึกษา

ด้วย นางสาวนฤมล อินทหมื่น นิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่องผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่ โดยมี รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ สมโภชน์ ทองแดง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบโปรแกรมศิลปะบำบัด ซึ่งจะนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย ของ นางสาวนฤมล อินทหมื่น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนฤมล อินทหมื่น)

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร/โทรสาร 0-22564298 , 0-22564346 , นางสาวนฤมล อินทหมื่น 082 1888 308



ที่ จว.พิเศษ /2555

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

26 กรกฎาคม 2555

เรื่อง ขอเก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่

ด้วย นางสาวนฤมล อินทหมื่น นิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ชั้นปีที่ 2 ภาคในเวลาราชการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่องผลของ ศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่ โดยมี รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวนฤมล อินทหมื่น เก็บข้อมูล ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS), แบบประเมินความเครียดในชีวิต และดำเนินกิจกรรมศิลปะบำบัด ตามแนวทางการศึกษาวิจัย ดังโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่แนบมา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนฤมล อินทหมื่น)

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร/โทรสาร 0-2256 4346 , 0-2256 4298 ต่อ 15 / นางสาวนฤมล อินทหมื่น 082-1888 308



ที่ จว.พิเศษ /2555

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

ตุลาคม 2555

เรื่อง ขอบพระคุณที่เก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่

ด้วย นางสาวนฤมล อินทหมื่น นิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ชั้นปีที่ 2 ภาคในเวลาราชการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่องผลของ ศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่ โดยมี รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามที่นิสิตได้ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 13 – 16 สิงหาคม พ.ศ. 2555 และเริ่มดำเนินกิจกรรม ศิลปะบำบัดตามแนวทางการศึกษาวิจัย ระหว่างวันที่ 10 กันยายน – 11 ตุลาคม พ.ศ. 2555 บัดนี้การ ดำเนินการทดลองเสร็จสิ้นแล้วและขอบพระคุณบุคลากรทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ จึงเรียนมาเพื่อขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนฤมล อินทหมื่น)

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร/โทรสาร 0-2256 4346 , 0-2256 4298 ต่อ 15 / นางสาวนฤมล อินทหมื่น 082-1888 308

ภาคผนวก ข

**เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย**

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์

พัฒนาการจัดสวัสดิการ สังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่

ผู้ทำการวิจัย :

ชื่อ นางสาวนฤมล อินทหมื่น

ที่อยู่ หอพักสตรีตวงทอง 566/127-129 ซ.กิจพานิช ถ.พระรามสี่

แขวงมหาพุดमारาม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

เบอร์โทรศัพท์ 082 1888 308

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการ สังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่ ที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่ภายในศูนย์ฯ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญระดับประเทศ ดังนั้น การมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก และการมีอายุยืนนั้นจึงเกี่ยวข้องกับเรื่องของสุขภาพ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นพร้อมกับอายุที่มากขึ้น ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต จากผลวิจัยสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ปี พ.ศ. 2548 – 2549 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 87 เนื่องจากในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน เช่น ร่างกาย จิตใจ สังคม บทบาททางสังคม รายได้

เป็นต้น ซึ่งภาวะซึมเศร้าหากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการดูแลรักษาอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพระยะยาวได้ ส่วนของศิลปะบำบัดนั้นเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการรักษาทางจิตเวชที่น่าสนใจ ซึ่งใช้ศิลปะเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งด้านอารมณ์ และจิตใจให้ดีขึ้น เนื่องจากศิลปะจะช่วยให้การปลดปล่อยความรู้สึก อารมณ์ ผ่านทางกิจกรรมศิลปะ ในเวลาที่รู้สึกเศร้า ไม่สบายใจ หรือกังวล โดยกิจกรรมศิลปะบำบัดนั้นจะต้องมีความเหมาะสมกับบุคคลแต่ละวัย สำหรับศิลปะบำบัดในผู้สูงอายุ นั้นไม่ควรซับซ้อนเกินไป และไม่ได้เน้นที่ความสวยงามของผลงาน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการใช้ศิลปะบำบัดเพื่อเป็นสื่อในการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่ใช้ชีวิตอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และเล็งเห็นว่าศิลปะจะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้น หรือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการทำกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา 1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังทำศิลปะบำบัด 2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ 30 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยจะมีขั้นตอนต่อไปนี้ ผู้วิจัยจะขอทำการสุ่มเพื่อแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยท่านจะได้รับการสุ่มให้อยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งข้างต้น ต่อมาผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามหากท่านไม่สามารถตอบคำถามไม่ว่าเหตุผลใดๆ ท่านสามารถเว้นการตอบได้โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน แต่หากท่านตอบแบบสอบถามครบทุกข้อก็จะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อการสรุปผลการวิจัย

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยรวม 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 30 ข้อ

โดยแบบประเมิน 2 ส่วนนี้จะใช้เวลาในการตอบประมาณ 15 นาที โดยแบบประเมินส่วนที่ 2 จะทำการประเมิน 2 ครั้ง คือก่อนการทดลอง 1 ครั้ง และหลังการทดลอง 1 ครั้ง

จำนวนอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมีจำนวน 30 คน โดยท่านที่อยู่ในกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มศิลปะบำบัด และเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์ฯ ตามปกติ จำนวน 15 คน และท่านที่อยู่ในกลุ่มควบคุม ท่านจะไม่ได้รับกิจกรรมศิลปะบำบัด แต่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ อย่างอิสระ เช่น อ่านหนังสือพิมพ์ ฯลฯ โดยจะมีผู้ดูแลในช่วงเวลาดังกล่าวระหว่างที่กลุ่มทดลองกำลังทำกิจกรรมศิลปะบำบัด และเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์ฯ ตามปกติ จำนวน 15 คน อาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย ในกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มศิลปะบำบัด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง จำนวน 5 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับกิจกรรมศิลปะบำบัด โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมศิลปะบำบัดนี้ไม่จำเป็นต้องมีความรู้ หรือทักษะทางด้านศิลปะแต่อย่างใด เพียงแต่มีความชอบหรือสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

โดยระหว่างทำกิจกรรมศิลปะบำบัดขอความร่วมมือกับท่านในกลุ่มทดลองสวมเสื้อผ้าที่สะดวกในการเคลื่อนไหว โดยผู้วิจัยจะมีชุดคลุมกันเปื้อน แจกให้แก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกท่าน ระยะเวลาที่ท่านจะอยู่ในโครงการประมาณ 5 สัปดาห์ช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2555

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาหรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

โดยเล็งเห็นว่าศิลปะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้น หรือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการทำกิจกรรมร่วมกันภายในศูนย์ฯ อีกทั้งเพื่อเป็นแนวทางในการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หากในการวิจัยพบว่าศิลปะบำบัดได้ผลดี กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับศิลปะบำบัดในการทดลอง ก็จะได้รับศิลปะบำบัดภายหลังเสร็จสิ้นงานวิจัย เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุต่อไป

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อท่าน

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบสรุปผลการวิจัย ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน และการเปิดเผยข้อมูลของท่านต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะกระทำได้เฉพาะกรณีที่ได้รับการยินยอมจากท่านเท่านั้น

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัย และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบภาวะซึมเศร้าคงอยู่ภายหลังจากเข้าร่วมในโครงการวิจัย
6. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
7. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

8. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
9. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้ อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อนางสาวนฤมล อินทหมื่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ตึกนาคารุงเทพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โทร 082-1888 308 ซึ่งผู้วิจัย ยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือนของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวนฤมล อินทหมื่น

นิติปรัชญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่อง : ผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่ และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการทำวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้นบุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้า
ขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบ
ทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถ
ยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในโครงการวิจัยที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง
ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในระบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การ
วิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการ
วิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึง
ประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น
จากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจ
ดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ค

แบบสอบถาม

เลขที่.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 : แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ ปี
2. เพศ
 - []¹ ชาย
 - []² หญิง
3. สถานภาพสมรส
 - []¹ โสด
 - []² มีคู่
 - []³ หม้าย
 - []⁴ หย่าร้าง
 - []⁵ แยกกันอยู่
 - []⁶ อื่นๆ (โปรดระบุ)
4. จำนวนบุตร (ที่ยังมีชีวิตอยู่)
 - []¹ ไม่มี
 - []² มีคน
5. ศาสนา
 - []¹ พุทธ
 - []² คริสต์
 - []³ อิสลาม
 - []⁴ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. ระดับการศึกษาสูงสุด

- []¹ ไม่ได้รับการศึกษา
- []² ประถมศึกษาปีที่
- []³ มัธยมศึกษาปีที่
- []⁴ ประกาศนียบัตร (ไปรตระนะ).....
- []⁵ปริญญาตรี
- []⁶ สูงกว่าปริญญาตรี (ไปรตระนะ)
- []⁷ อื่นๆ (ไปรตระนะ)

7. ภูมิลำเนาเดิม

- []¹ ภาคเหนือ
- []² ไม่ใช่ภาคเหนือ (ไปรตระนะ)

8. การมาเยี่ยมของผู้ใกล้ชิดหรือญาติภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

- []¹ ไม่มีเลย
- []² น้อยกว่า 3 ครั้ง
- []³ ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป

9. อาชีพเดิม

- []¹ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- []² ประกอบอาชีพ ประเภทของงาน.....

10. รายได้เพียงพอต่อรายจ่ายหรือไม่

- []¹ ไม่เพียงพอ
- []² ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน
- []³ เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือเก็บ
- []⁴ เพียงพอเหลือเก็บ

11. เพื่อนสนิทในสถานสงเคราะห์ที่ท่านสามารถปรึกษาได้
- []¹ ไม่มี
- []² มี
12. งานอดิเรก หรือกิจกรรมในยามว่าง
- []¹ ไม่มี
- []² มี (โปรดระบุ)
13. บุคคลที่ท่านสามารถขอคำปรึกษาเมื่อไม่สบายใจ
- []¹ เพื่อนสนิทภายในศูนย์
- []² พนักงานประจำศูนย์
- []³ เก็บตัวเงียบไม่ปรึกษาใคร
- []⁴ ญาติพี่น้องใกล้ชิด
14. สาเหตุหลักที่เข้ามาอาศัยอยู่ที่ศูนย์
- []¹ ไม่มีที่อยู่อาศัย
- []² ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- []³ อยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข
- []⁴ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
15. ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์จนถึงปัจจุบัน ปี

16. ในอดีต / ที่ผ่านมามีท่านเคยทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศิลปะใดบ้าง

ไม่เคยทำ

เคยทำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[]¹ งานปั้น

[]² งานจักร / สาน / ทอ

[]³ งานแกะสลัก

[]⁴ งานวาดภาพระบายสี

[]⁵ งานเย็บปัก

[]⁶ ฟ้อนรำ

[]⁷ อื่นๆ (โปรดระบุ)

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลการเจ็บป่วย

17. โรคประจำตัว

ไม่มี

มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[]¹ ความดันโลหิตสูง

[]² ไขมันในเลือดสูง

[]³ โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ

[]⁴ โรคหัวใจ

[]⁵ อื่นๆ (โปรดระบุ)

18. การช้ำยาประจำ

[]¹ ไม่มี

[]² มี (โปรดระบุ)

ขอขอบคุณค่ะ.

เลขที่.....

แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย
(Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

| ข้อที่ | ข้อความ | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--------|---|-----|--------|
| 1 | คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในตอนนี้ | | |
| 2 | คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ | | |
| 3 | คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร | | |
| 4 | คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ | | |
| 5 | คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า | | |
| 6 | คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้ | | |
| 7 | ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี | | |
| 8 | คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ | | |
| 9 | ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข | | |
| 10 | บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง | | |
| 11 | คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อย ๆ | | |
| 12 | คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน | | |
| 13 | บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า | | |
| 14 | คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น | | |
| 15 | การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่ | | |

| ข้อที่ | ข้อความ | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--------|--|-----|--------|
| 16 | คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อย ๆ | | |
| 17 | คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณไม่ค่อยมีคุณค่า | | |
| 18 | คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา | | |
| 19 | คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก | | |
| 20 | คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ ๆ | | |
| 21 | คุณรู้สึกกระตือรือร้น | | |
| 22 | คุณรู้สึกสิ้นหวัง | | |
| 23 | คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ | | |
| 24 | คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่เสมอ | | |
| 25 | คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย ๆ | | |
| 26 | คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน | | |
| 27 | คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า | | |
| 28 | คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น | | |
| 29 | คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว | | |
| 30 | คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน | | |

ขอขอบพระคุณค่ะ.

เลขที่.....

แบบประเมินความเครียดในชีวิต

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับเหตุการณ์ที่คุณเคยประสบใน 1 ปี ที่ผ่านมา

| เหตุการณ์ | มี | ไม่มี |
|--|----|-------|
| 1. ไม่สามารถทำงานที่เคยทำในลักษณะเดิม | | |
| 2. ปัญหาการเงิน | | |
| 3. ขาดสิทธิประกันทางสุขภาพ | | |
| 4. ปัญหาสิ่งแวดล้อมภายในศูนย์ฯ | | |
| 5. การย้ายมาอยู่ที่ศูนย์ฯ | | |
| 6. การเปลี่ยนแปลง การจัดการชีวิตความเป็นอยู่ | | |
| 7. ได้รับการปฏิเสธจากเพื่อนภายในศูนย์ฯ | | |
| 8. ได้รับการปฏิเสธจากเพื่อน ญาติ หรือ ลูกหลาน | | |
| 9. ได้รับการปฏิเสธจากคู่สมรส | | |
| 10. กลัวว่าตนจะเป็นภาระแก่คู่สมรส | | |
| 11. กลัวว่าลูกหลานจะไม่ได้รับการดูแล | | |
| 12. รู้สึกถูกแบ่งแยกเนื่องจากป่วย | | |
| 13. ไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต | | |
| 14. เพื่อนสนิทหรือญาติป่วย | | |
| 15. พี่น้องเสียชีวิตด้วยโรคที่คล้ายกัน | | |
| 16. สูญเสียการดูแลตนเอง | | |
| 17. สูญเสียกิจกรรมทางเพศ | | |
| 18. ไม่รู้สึกว่ามีความแข็งแรงทางกาย เช่นที่เคยอีกต่อไป | | |
| 19. ฉันทัดเกี่ยวกับการไม่มีอนาคต | | |
| 20. คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย | | |

| เหตุการณ์ | มี | ไม่มี |
|--|----|-------|
| 21. มีประสบการณ์ทางด้านลบเกี่ยวกับบุคลากรทางสุขภาพ | | |
| 22. มีประสบการณ์ทางด้านลบกับแพทย์ | | |
| 23. รู้สึกป่วยบ่อย | | |
| 24. มีอาการปวดบ่อย | | |
| 25. เข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลเป็นเวลานานหรือบ่อย | | |
| 26. การเสียชีวิตของคู่สมรส หรือสมาชิกในครอบครัว | | |
| 27. คดี ปัญหาทางกฎหมาย | | |
| 28. ปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ภายในศูนย์ฯ | | |
| 29. ปัญหาหมอกควันทางภาคเหนือ | | |
| 30. อื่นๆ ระบุ | | |

ขอบพระคุณค่ะ.

ภาคผนวก ง
โปรแกรมศิลปะบำบัด

ตารางกิจกรรมศิลปะบำบัด

ประกอบด้วย 10 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม วันจันทร์ และวันพฤหัสบดี จำนวน 5 สัปดาห์

พูดคุยกันก่อน 10 นาที ทำกิจกรรมและสรุปอีก 50 นาที

| กิจกรรม ที่ | ชื่อ กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | วิธีการดำเนินงาน |
|----------------|----------------------------------|--|--|
| 1 | สร้าง สัมพันธภาพ (Warm up) | 1. เพื่อสร้าง สัมพันธภาพ และบรรยากาศ ที่ดีระหว่างผู้นำ และสมาชิก กลุ่มและชี้แจง ให้ทราบถึงข้อ ปฏิบัติทั่วไป บทบาทหน้าที่ ของสมาชิก กลุ่ม และผู้นำ กลุ่ม เน้นการ รักษาความลับ | 1. ผู้นำกลุ่มแนะนำตนเอง สนทนาเรื่องทั่วไป ให้เกิด บรรยากาศที่เป็นกันเอง 2. ผู้นำกลุ่มชี้แจง ทำความเข้าใจถึงจุดหมายของการให้ คำปรึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ ระยะเวลาที่ใช้ กฎ กติกาทั่วไป ของการเข้ากลุ่มและเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม 3. แนะนำการใช้อุปกรณ์ในการวาดภาพ สีแต่ละชนิด 4. ให้สมาชิกเลือกกระดาษสีสำหรับทำดอกไม้ พร้อมตั้งชื่อ ดอกไม้ที่แทนการแนะนำตนเองแก่สมาชิกในกลุ่ม 5. ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม และให้แต่ละคนแนะนำตนเองผ่าน ทางดอกไม้ที่ทำขึ้น 6. ให้สมาชิกทุกคนสรุปความรู้สึกของตนเอง และความรู้สึกที่ ได้รับจากการทำกิจกรรมนี้ 7. ผู้นำกลุ่มสรุป และนัดหมายครั้งต่อไป |
| 2 | งานปั้นแป้ง (Clay) | 1. เพื่อสร้าง ความคุ้นเคย กับกิจกรรม ศิลปะ 2. เพื่อนำพลัง สร้างสรรค์ และ จินตนาการมา ใช้อย่างอิสระ 3. ช่วยในเรื่อง การเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อ | 1. ผู้นำกลุ่มอธิบายส่วนผสม และวิธีการทำแป้งปั้น แก่สมาชิก กลุ่ม 2. ทดลองทำส่วนผสมแป้งปั้น และให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการ ผสมแป้ง 3. ให้สมาชิกกลุ่มปั้นแป้ง เป็นรูปแบบอิสระตามใจชอบ 4. ให้สมาชิกกลุ่มได้พูดถึงผลงานที่ตนเองปั้น และผลงานนั้น จะนำไปใช้ประโยชน์อย่างไร แก่เพื่อนในกลุ่ม 5. ผู้นำกลุ่มสรุป และนัดหมายครั้งต่อไป |

| กิจกรรม ที่ | ชื่อ กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | วิธีการดำเนินงาน |
|----------------|--|---|---|
| 3 | ประดิษฐ์ หน้ากากรูป สัตว์ (Mask) (Advertising) | 1.เพื่อให้ สมาชิกได้ สำรวจ ความรู้สึกที่ แท้จริงของ ตนเองผ่านงาน ประดิษฐ์ เกิด การเรียนรู้ ยอมรับตาม สภาพที่เป็น ตนเอง | 1.ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มนั่งในท่าที่สบาย หลังตาลง สูดลม หายใจลึกๆ นึกถึงสัตว์ที่ตนเองคิดว่ามีนิสัยหรือความเป็นอยู่ที่ คล้ายกับตนเองในขณะนี้ 2.ให้สมาชิกแต่ละคนประดิษฐ์หน้าตาของสัตว์ที่ตนเองคิดไว้ เพื่อทำเป็นหน้ากาก 4.เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก และให้สมาชิกกลุ่มได้อยู่ กับความรู้สึกในขณะที่เล่าเรื่องราวของหน้ากากที่ประดิษฐ์ หลังจากที่สมาชิกแต่ละคนเล่าจบ ผู้นำกลุ่มสอบถามถึง ความรู้สึกของแต่ละคน 5.ผู้นำกลุ่มสรุป และนัดหมายครั้งต่อไป |
| 4 | ระบายสี ตุ๊กตาดินเผา (Painting) | 1.เพื่อให้ สมาชิกรับรู้ถึง ตนเองที่เป็นอยู่ ในปัจจุบัน 2.เพื่อให้ สมาชิกค้นพบ ข้อดีข้อเสีย 3.เพื่อให้ สมาชิกได้ใช้ จินตนาการ และความคิด สร้างสรรค์ | 1.ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนั่งหลังตาและนึกถึงตนเองนึกถึง ความรู้สึกที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน 2.ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเลือกตุ๊กตาดินเผาสีน้ำตาล เพื่อเป็น ตัวแทนของตนเองมา 1 ตัว 3.ให้สมาชิกระบายสีตุ๊กตาดินเผาให้คล้ายกับว่าเป็นตัวแทน ของตนเอง ณ เวลานี้ 4.สมาชิกนำเสนอผลงานของตนเอง ถึงข้อดีข้อเสียของตุ๊กตา ตัวนี้ และพูดคุยกันภายในกลุ่ม 5.ผู้นำกลุ่มสรุป และนัดหมายครั้งต่อไป |

| กิจกรรม ที่ | ชื่อ กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | วิธีการดำเนินงาน |
|----------------|--|---|---|
| 5 | ภาพปะติดใน สิ่งที่ตนเอง ชอบ (Collages) | 1. เพื่อให้ สมาชิกได้ ตระหนักถึง ความรู้สึก ความต้องการที่ แท้จริงของ ตนเอง โดยผ่าน การปะติดภาพ | 1. ให้สมาชิกเลือกภาพจากนิตยสารที่เตรียมไว้ โดยภาพนั้นจะ แสดงถึงความรู้สึกของตนเอง ณ ปัจจุบัน 2. หลังจากรวบรวมภาพที่บ่งบอกความรู้สึก ความต้องการของ ตนเองแล้ว ให้สมาชิกรวบรวมภาพดังกล่าวแปะลงบน กระดาษ และตกแต่งให้สวยงาม 3. ให้สมาชิกแต่ละคน นำเสนอภาพที่อยู่บนกระดาษ 4. ชักถามสมาชิกถึงสิ่งที่ได้จากกิจกรรมครั้งนี้ 5. ผู้นำกลุ่มสรุป และนัดหมายครั้งต่อไป |
| 6 | วาดและ ระบายสี เหตุการณ์ ประทับใจ (Painting) | 1. เพื่อให้ สมาชิก ตระหนักถึงสิ่ง ดีดีในชีวิตที่ ตนเองมี อัน ก่อให้เกิดพลัง ใจ 2. เพื่อให้ สมาชิกรู้สึก ภาคภูมิใจใน ตนเองเพิ่มมาก ขึ้น 3. เพื่อให้ สมาชิกลองดึง เอาสิ่งดีดีที่ผ่าน มาปรับใช้ กับชีวิต | 1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกได้อยู่กับความรู้สึกของตนเอง โดยอยู่กับ ความรู้สึกของตนเองประมาณ 10 นาที 2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกหลับตานึกถึงสิ่งดีดี ความสุขจาก บุคคล สิ่งของ สถานที่ ประสบการณ์ ความทรงจำ ที่เคยเกิดขึ้น หรือ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน 3. ให้สมาชิกวาดภาพ ระบายสี สิ่งดีดี อันเป็นความสุขที่ตนเอง นึกถึง 4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนเล่าเรื่องราวจากภาพที่วาด และเชื่อมโยงว่าภาพนั้นให้ความรู้สึกต่อตนเองอย่างไร 5. ผู้นำกลุ่มสอบถามสมาชิกถึงการนำเอาความรู้สึกดีดีนั้นไป ใช้ 6. สรุปว่าพลังใจ หรือความสุขใจเกิดได้จากการนึกถึงสิ่งที่ดี และนำมาสร้างกำลังใจ 7. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มสรุป และนัดหมายครั้งต่อไป |

| กิจกรรม ที่ | ชื่อ กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | วิธีการดำเนินงาน |
|----------------|--|--|---|
| 7 | ปะติดให้เกิด เป็นของใช้ (Collages) | 1. เพื่อนำพลัง สร้างสรรค์ และ จินตนาการมา ใช้อย่างอิสระ 2. เพื่อสร้าง ความ ภาคภูมิใจใน ตนเอง | 1. ผู้นำกลุ่มเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ กระดาษสี ของตกแต่งอื่นๆ 2. ให้สมาชิกสร้างสรรค์ผลงานของตนเองด้วยการ ปะติด กล่องเปล่าที่ได้รับให้กลายเป็นข้าวของเครื่องใช้ตาม จินตนาการที่มีเอกลักษณ์ในแบบของสมาชิกเอง 3. ให้สมาชิกนำเสนอผลงานของตนเอง และการนำไปใช้ 4. ผู้นำกลุ่มสรุป และนัดหมายครั้งต่อไป |
| 8 | จากเสียงสู่ ภาพพิมพ์ ธรรมชาติ | 1. เพื่อให้ สมาชิกได้ใช้ จินตนาการ เชื่อมโยงกับ เหตุการณ์ที่ดี ในอดีต 2. เพื่อสร้าง เสริมกำลังใจ | 1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนั่งในท่าที่สบาย ผีกการหายใจ และรับ ฟังแถบบันทึกเสียงจากธรรมชาติ 2. หลังจากฟังแถบบันทึกเสียงจบ ให้สมาชิกแต่ละคนพิมพ์ ภาพจากวัสดุธรรมชาติที่แสดงความรู้สึกของตนเองจากการได้ ฟังเสียงธรรมชาติดังกล่าว ซึ่งเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ เรื่องราว ในชีวิตอันน่าประทับใจที่ผ่านมา 3. ให้สมาชิกนำเสนอภาพพิมพ์ และเล่าเหตุการณ์จากภาพนั้น 4. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มพูดคุยถึงสิ่งที่ได้จากกิจกรรมนี้ 5. ผู้นำกลุ่มสรุป และนัดหมายครั้งต่อไป |
| 9 | ตกแต่งถุงผ้า (Painting) | 1. เพื่อให้ สมาชิกรู้จักการ ยอมรับตัวตนที่ แท้จริงของ ตนเอง กล้า เปิดเผยและ ยืนยันการเป็น ตัวเอง 2. เพื่อให้ สมาชิกเกิด ความ ภาคภูมิใจใน ตนเอง | 1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนึกถึงภาพความเป็นตัวของตัวเอง หรือ แสดงความเป็นตนเองที่สมาชิกรับรู้ และอยากบอกให้คนอื่น ได้รับรู้ว่าเราเป็นอย่างไร 2. ผู้นำกลุ่มแจกถุงผ้าให้แก่สมาชิกกลุ่ม โดยให้สมาชิกวาด ภาพ ระบายสี หรือตกแต่งด้วยวัสดุที่หลากหลายลงบนถุงผ้า ที่แสดงถึงความเป็นตัวของตัวเอง 3. ให้สมาชิกพูดถึงผลงานของตนเอง และการนำไปใช้ 4. ผู้นำกลุ่มสรุป และนัดหมายครั้งต่อไป |

| กิจกรรม ที่ | ชื่อ กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | วิธีการดำเนินงาน |
|----------------|--|--|--|
| 10 | สรุป กระบวนการ และ ประเมินผล (Combining Modalities) | 1.เพื่อให้ สมาชิกเข้าใจ ยอมรับ นำสิ่งที่ ได้รับไป ประยุกต์ใช้กับ การรับรู้และ จัดการกับชีวิต | 1.ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกได้นึกถึงสิ่งที่ได้รับตลอดการเข้าร่วม กิจกรรมคิดปะบำบัดความรู้สึกหรือความคิดที่เปลี่ยนแปลงไป และสิ่งที่ตนเองคิดว่าจะนำไปใช้หลังยุติกลุ่ม 2.ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกประดิษฐ์โมบาย หรือบันทึกข้อความลง บนโมบายเพื่อบอกถึงความรู้สึกของตนเอง หรือสะท้อน ความรู้สึกก่อนยุติกลุ่ม 3.บอกเล่าสิ่งที่ตนได้รับและจะนำไปใช้หลังยุติกลุ่ม 4.เปิดโอกาสให้เพื่อนสมาชิกได้ร่วมแสดงความคิดเห็น และให้ กำลังใจ 5.ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้รับตลอดการดำเนินกิจกรรม คิดปะบำบัด 6.ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 7.ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณสมาชิกที่ให้ความร่วมมือ และยุติ กลุ่ม |

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวนฤมล อินทหมื่น เกิดวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2531 ที่จังหวัดเชียงใหม่
สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สายวิศวกรรมศาสตร์- สถาปัตยกรรม
ศาสตร์ จากโรงเรียนมงฟอร์ตวิทยาลัย ปีการศึกษา 2549
สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์และ
มนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2553
ปัจจุบันศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2554