ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

มุกดาวรรณ ผลพานิช

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
กรกฎาคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ มุกดาวรรณ ผลพานิช ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.อ.หญิงชนัดดา แนบเกษร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.อ.หญิงชนัดดา แนบเกษร)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
วันที่ 18 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2560

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รอ.หญิง ชนัดดา แนบเกษร ประธานควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ตลอดจนให้กำลังใจผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความถูกต้องและมีความสมบูรณ์มากขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัยให้มีคุณภาพ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกลง หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแกลง อำเภอแกลง จังหวัดระยอง ที่ได้ให้การสนับสนุนเวลาในการศึกษาและการวิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่การพยาบาลชุมชน ผู้นำชุมชน และ ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการีบูรพาจารย์ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

มุกดาวรรณ ผลพานิช

56920183: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม/ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง/ ภาวะซึมเศร้า/ ผู้สูงอายุ

มุกดาวรรณ ผลพานิช: ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน (THE EFFECTS OF GROUP COGNITIVE-BEHAVIORAL MODIFICATION ON SELF-ESTEEM AND DEPRESSION OF COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ชนัดดา แนบเกษร, Ph.D., ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. 117 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพในประเทศไทยและทั่วโลก ภาวะซึมเศร้าหากรุนแรงอาจนำไปสู่โรคซึมเศร้าและเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 24 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสามารถเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้สูงอายุในชุมชน พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มนี้ เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน และประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในที่อื่น ๆ ต่อไป

56920183: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING; M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)
KEYWORDS: COGNITIVE BEHAVIOR THERAPEUTIC PROGRAM/ SELF-ESTEEM/ DEPRESSION/ OLDER ADULTS

MUKDAWAN PHOLPANICH: THE EFFECTS OF GROUP COGNITIVE-BEHAVIORAL MODIFICATION ON SELF-ESTEEM AND DEPRESSION OF COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS. ADVISORY COMMITTEE: CHANUDDA NABKASORN, Ph.D., DUANGJAI VATANASIN, Ph.D. 117 P. 2017.

Depression in older adults is a significant problem in Thailand and in the world. Depressive symptoms if deteriorated, it can progress to be depressive disorders and significant cause of suicide. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effects of cognitive-behavioral group therapy on self-esteem and depression among community-dwelling older adults. The sample included twenty-four community-dwelling older adults who met the inclusion criteria. The participants were randomly assigned into the experimental (n = 12) and the control (n = 12) groups. The experimental group received group cognitive modification program for 8 sessions, two sessions per week and each session took about 60 to 90 minutes. Where as those in the control group received only routine nursing care. The Self-esteem Inventory and Beck Depression Inventory were used to collect data at pre-post tests and one month follow-up. Descriptive statistics, independent t-test, two-way repeated measures ANOVA and pairwise comparisons using Bonferroni's method were employed to analyze the data.

The results showed significant difference for the mean scores of self-esteem and depression between the experimental and control groups at post-test and 1-month follow-up ($p < .001$). In the experimental group, the mean scores of self-esteem and depression at pre-test, post-test and 1-month follow-up were significantly different ($p < .001$).

From the results, it showed that this group cognitive-behavioral modification had significant effects on self-esteem and depression among community-dwelling older adults. Therefore, nurses and related health personnel could apply this program in order to enhance self-esteem and reduce depression among older adults with depression residing in community and other settings.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ซ

สารบัญภาพ ..... ฌ

บทที่

1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 5

สมมติฐานของการวิจัย 6

กรอบแนวคิดในการวิจัย 6

ขอบเขตการวิจัย 8

นิยามศัพท์เฉพาะ 9

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 11

ผู้สูงอายุ 11

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ 14

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ 29

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 32

3 วิธีดำเนินการวิจัย 45

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 45

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย 47

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย 50

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 51

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล 51

การวิเคราะห์ข้อมูล 57

สารบัญ

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	58
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	59
ตอนที่ 2 ข้อมูลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	61
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ	63
5 สรุปและอภิปรายผล	69
สรุปผลการวิจัย	69
การอภิปรายผล	70
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	75
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	75
บรรณานุกรม	76
ภาคผนวก	86
ภาคผนวก ก	87
ภาคผนวก ข	89
ภาคผนวก ค	92
ภาคผนวก ง	107
ภาคผนวก จ	114
ประวัติย่อของผู้วิจัย	117

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	กระบวนการคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย	33
2	ตัวอย่างแบบแผนความคิด (Schemas) ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม	34
3	จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน	59
4	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	61
5	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง	62
6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	63
7	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน	65
8	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	66
9	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน	68
10	วิธีวิเคราะห์การแจกแจงแบบโค้งปกติโดยวิธี Fisher Skewness coefficient และ Fisher Kurtosis coefficient (ภาวะซึมเศร้า)	90
11	วิธีวิเคราะห์การแจกแจงแบบโค้งปกติโดยวิธี Fisher Skewness coefficient และ Fisher Kurtosis coefficient (ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง)	90

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
2	สรุปขั้นตอนดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล	56
3	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	64
4	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของภาวะซึมเศร้า	67

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นทั่วโลก จากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีคุณภาพมากขึ้นในด้านการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล ทำให้ประชาชนสนใจดูแลสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของตนเอง ประชากรจึงมีอายุยืนยาวมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั่วโลกมีจำนวน ร้อยละ 12.3 และคาดการณ์ว่าอีก 10 ปีข้างหน้า ในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้สูงอายุทั่วโลกจำนวน 1.2 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.0 (วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, 2552) ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 10.02 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.32 ของประชากรรวม (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) และคาดการณ์ว่าอีก 10 ปีข้างหน้า ในปี พ.ศ. 2568 จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 72.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) จำนวนผู้สูงอายุภาคตะวันออกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2550, 2554 และ 2557 มีจำนวน 791,446 คน, 831,992 คน, 856,484 คน ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) และจากรายงานสถิติผู้สูงอายุของโรงพยาบาลแกลง จังหวัดระยอง ในปี พ.ศ. 2555-2557 มีผู้สูงอายุจำนวน 604, 611 และ 626 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี (โรงพยาบาลแกลง, 2557 ข)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกือบทุกด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะพบตั้งแต่ระดับเซลล์ค่อย ๆ ลดลง รวมทั้งระบบหัวใจและหลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลง ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้นความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงต่างๆลดลง ระบบทางเดินอาหาร พบปัญหาในการย่อยอาหารลดลง การบีบตัวลำไส้ลดลงเกิดปัญหาท้องผูก ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และระบบประสาทรับความรู้สึกต่าง ๆ เสื่อมลง (วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, 2552) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ วัยสูงอายุมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต ญาติพี่น้อง และเพื่อนสนิท โดยการตายจากกันทำให้ ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่ ซึมเศร้า และสิ้นหวัง (Staab & Hodges, 1996; Stanley & Beare, 1995) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกคุณค่าตนเองลดลงนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เป็นวัยเกษียณอายุ ผู้สูงอายุจะต้องออกจากงานทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสถานภาพและบทบาท ในการดำเนินชีวิต รู้สึกตนเองไร้คุณค่า ความสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลง เปลี่ยนบทบาทมาเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ขาดคนคอยดูแล ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว สัมพันธภาพ

ในครอบครัวลดลง อาจเกิดความรู้สึกว่าตนเอง ไร้ค่า แยกตัว และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 20 (วลัยพร นันท์สุภวัฒน์, 2552)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในบุคคลเกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองและเชื่อมั่นในตนเอง (Rosenberg, 1965) เป็นสิ่งจำเป็นต่อความเป็นปกติสุขของร่างกายและจิตใจของบุคคล ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะสนใจในการกระทำต่าง ๆ โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในทางบวก ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีการเรียนรู้เกี่ยวกับตนดี ปรารถนาที่จะมีสุขภาพดีมีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะควบคุมและดำรงรักษาสุขภาพของตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีปมด้อย วิตกกังวล เก็บตัวทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด จะเห็นได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสำคัญในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง จากการศึกษาของ ปริญญา โตมานะ และระวิวรรณ ศรีสุชาติ (2548) เรื่อง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยเกื้อหนุนอื่น ๆ พบว่า ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ร้อยละ 40.9 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.5 อยู่ในระดับสูง การศึกษาของ เมตตา ลิมปราวลัย (2552) เรื่อง ปัจจัยพยากรณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.8 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง และร้อยละ 65.6 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง การศึกษาของ วรัทยา ทัดหล่อ (2554) เรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นตัวแปรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงจะทำให้มองตนเอง และสิ่งแวดล้อมในทางลบ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็น ภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากกว่าปกติ เป็นภาวะที่จิตใจรู้สึกไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดหู่ หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่ายสิ่งต่าง ๆ รอบตัว แยกตัวเองชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการรุนแรงอาจมีความคิดอยากตายหรือต้องการฆ่าตัวตาย (อรพรรณ ทองแตง, 2551) อาการแสดงที่พบของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มักแสดงออกแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เป็นผลมาจากการปรับตัวของสารสื่อประสาท Norepinephine และสารสื่อประสาท Serotonin ที่ปรับระดับลดลง ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการแสดงออกทางด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจ (Carol et al., 2002) เช่น มาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาด้วยอาการ ใจสั่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดท้อง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนไม่หลับ หรือหลับยาก เมื่อแพทย์ตรวจแล้วมักไม่พบ

ความผิดปกติใด ๆ จึงทำให้ไม่ทราบถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือการบำบัดที่ดีและมีประสิทธิภาพอาจทำให้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ และสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอย่างมาก จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต (2Q) ในโรงพยาบาลแกลง จังหวัดระยอง พ.ศ. 2555-2557 พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 13.90, 16.69 และ 18.05 ตามลำดับ (โรงพยาบาลแกลง, 2557 ก)

การศึกษาภาวะซึมเศร้าในต่างประเทศ พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อการเกิดทุพพลภาพ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงของการเกิดโรคทางกายมีความคิด ความจำ และความสามารถทางสังคมลดลง ซึ่งความเสี่ยงเหล่านี้พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตในที่สุด (Blazer, 1997; Kouzis, Eaton, & Leaf, 1995) จากรายงานของสถาบันสุขภาพแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (American National Institute of Health, 1991) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Jone & Beck-little, 2002) การศึกษาของ Murphy (2000) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 20 และพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตายถึง 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร และสายพิณ ยอดกุล (2555) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 19.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.2 และระดับรุนแรง ร้อยละ 7.1 และจากการศึกษาของ พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ ,สิริกร สุธวัชณัฐชา, ปริมวิชญา อินต๊ะกัน และสายใจ ลิชนะเธียร (2556) พบว่า ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังในเขตเมือง มีระดับภาวะซึมเศร้าสูง ร้อยละ 66.4 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 22.3 ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสคู่ สัมพันธภาพ ระยะเวลาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัติประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้า ส่วนอายุ สถานภาพสมรสหม้าย ระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและลดภาวะซึมเศร้าได้ การศึกษาของ กษมา มั่นประสงค์ (2556) เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังการทดลอง ต่ำกว่าระหว่างการทดลองและก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ ศศิริญจ์ ไพรเขียว (2552) เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านต่อการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังได้รับการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ เรณู อินทร์ตา (2548) เรื่อง ผลการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีหลายรูปแบบที่ สามารถเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง เช่น การใช้กลุ่มจิตสัมพันธ์ กลุ่มให้การปรึกษาตามแนวคิดของ เกสตอล กลุ่มให้การปรึกษาแบบแนวคิดเผชิญความจริง และโปรแกรมการทำจิตบำบัดทางสังคม เป็นต้น (นาตยา วงศ์หลีกภัย, 2532)

วิธีการบำบัดอีกวิธีหนึ่งที่เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าได้คือ โปรแกรมการปรับทางความคิดและพฤติกรรม จากการศึกษาของ รัตติมา ศิริโหราชัย (2551) เรื่อง ผลของโปรแกรมปรับทางความคิดและพฤติกรรม ตามทฤษฎีของ Beck ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมบ้านบางแค พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังการทดลองลดลงกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในระยะติดตามผลพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ กัญญาณัฐ สุภาพร (2555) เรื่อง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีไม่แตกต่างจากระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และจากการศึกษาของ Tsai-Hwei Chen (2008 อ้างถึงใน ปริวัตร ไชยน้อย, 2551) เรื่อง การประเมินผลการรักษาด้วยวิธีกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยซึมเศร้าและความมีคุณค่าในตนเอง ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังติดตามการทดลอง 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับความมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ใช้หลักการตามแนวคิดของ Beck (1995) การบำบัดภาวะซึมเศร้าตามหลักการปรับความคิดและพฤติกรรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง 3) การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและการคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา และ 4) การค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเมื่อบุคคลสามารถที่จะค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบได้ ก็จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

ตามลำดับ Beck กล่าวว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากกระบวนการคิดที่บิดเบือน (Cognitive triad) 3 ด้าน คือ 1) การมองตนเอง 2) การมองโลก และ 3) การมองอนาคตไปในทางลบ ทำให้เกิดการคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive error) Beck เชื่อว่าความคิดด้านลบนี้จะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น แยกตัว สิ้นหวัง ซึมเศร้านำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ การปรับความคิดและพฤติกรรมช่วยให้ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนเอง มีการรับรู้และความคิดที่อยู่กับความเป็นจริงมากขึ้น รู้จักวิธีในการแก้ปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม โปรแกรมการปรับทางความคิดและพฤติกรรมจึงเป็นรูปแบบหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ จึงได้มีการนำมาใช้เพื่อการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เพื่อที่จะได้ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม รวมทั้งความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งต่างประเทศและในประเทศ พบว่า ยังมีผู้ศึกษาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลแกลง จังหวัดระยอง มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการปรับทางความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้สูงอายุในชุมชน โดยพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับทางความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

2. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

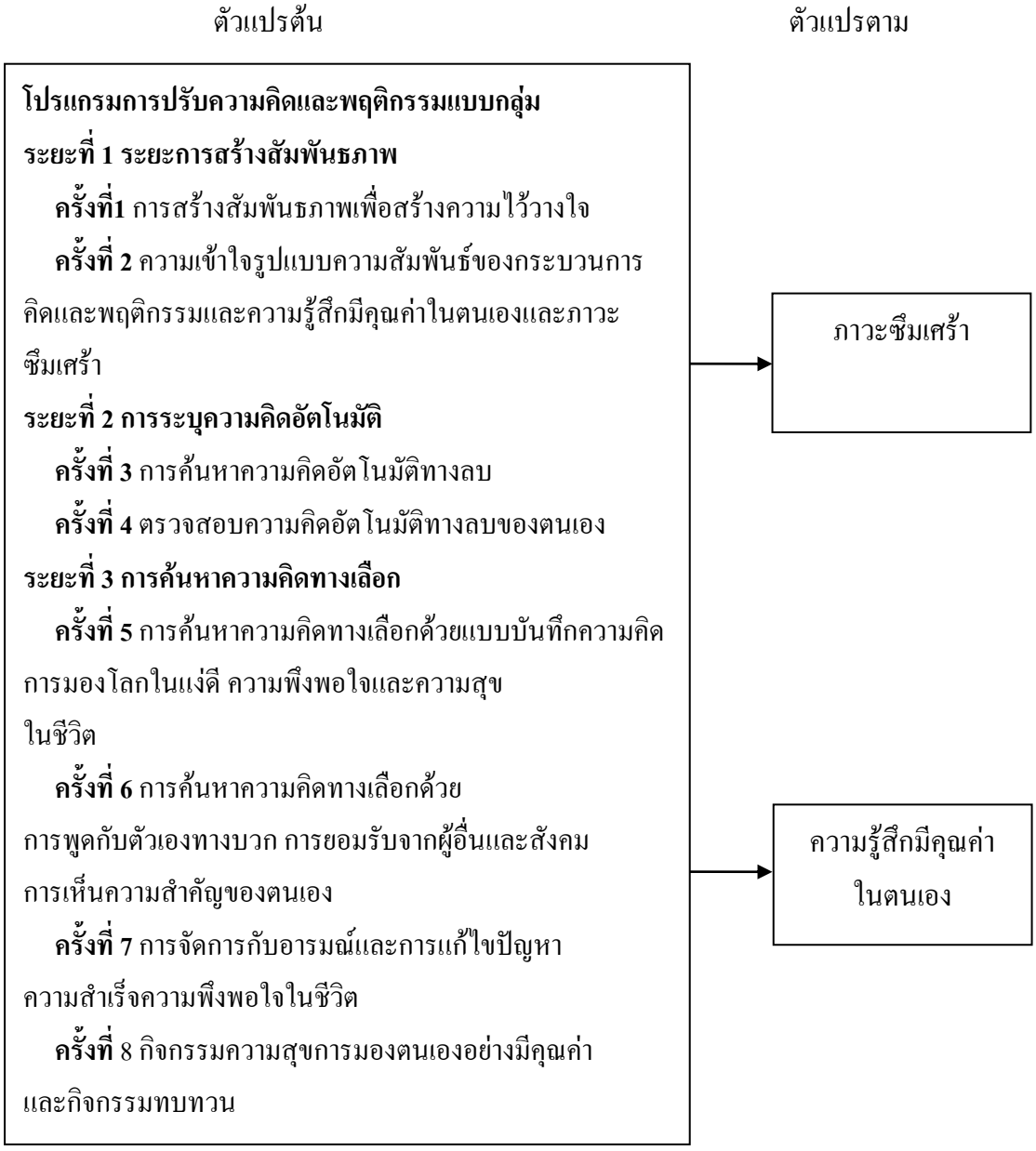
3. ผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะก่อน การทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน

4. ผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางปัญญาตามแนวคิดของ Beck (1967) โดย Beck กล่าวว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์หรือภาวะวิกฤติและประมวลเรื่องราวผิดพลาดหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ คือ 1) ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive triad) ประกอบด้วย บุคคลมองตนเองในทางลบ (Negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่มีคุณค่าไม่มีประสิทธิภาพ การมองโลกในทางลบ (Negative view of world) ทำให้รู้สึกมองชีวิตเต็มไปด้วยภาระ มองว่าเป็นโลกแห่งการพ่ายแพ้ ความมีคุณค่าในตนเองลดลง และการมองอนาคตทางลบ (Negative view of future) มองชีวิตไปข้างหน้าอย่างยากลำบาก มองตนเองบกพร่องไร้คุณค่า ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า 2) โครงสร้างทางความคิด (Schema) ของแต่ละบุคคลจะมีความคิดประเภทปรับเปลี่ยนได้ตามปกติหรือบิดเบือนเป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดบิดเบือนไปในทางลบ และ 3) เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) เป็นการแปลความจริงที่บิดเบือนไปจนทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ องค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ จะมีความเชื่อมโยงกันจากประสบการณ์ของชีวิต ทำให้บุคคลมีโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบจะถูกกระตุ้นได้เมื่อบุคคลนั้นเจอสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วยการบำบัด 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง 3) การปรับเปลี่ยนความคิด

และ 4) การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา เมื่อบุคคลสามารถที่จะค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบได้ตรงกับความเป็นจริงได้ก็จะส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งการเห็นความสำคัญของตนเองและการเคารพตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg,1965) การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าและมีความสามารถของตนเองมากขึ้น มีทัศนคติต่อตนเองในทางบวก มองตนเองมีคุณค่าทัดเทียมคนอื่นทำให้เกิดความพึงพอใจ และมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น จะทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน โดยรูปแบบการทำกลุ่มจะเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้มีปฏิสัมพันธ์ เรียนรู้วิธีการปรับความคิดและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมและนำไปใช้ ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเองในการดำรงชีวิตเพื่อช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้า โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับทางความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน โดยศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลแกลง อำเภอแกลง จังหวัดระยอง จำนวน 24 คน ในช่วงระยะเวลา เดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปตามปีปฏิทิน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จากการคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck มีคะแนน 10-19 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลาง) และอาศัยอยู่ในเขตตำบลทางเกวียน โรงพยาบาลแกลง จังหวัดระยอง

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม เนื่องจากมีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต Beck (1967) ทำให้มีการแสดงออกโดยตำหนิติเตียนและลงโทษตัวเอง ประเมินตนเองว่าไร้ค่า เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจและสิ่งกระตุ้น สิ้นหวังพยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ มีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียความรู้สึกทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับ เริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวลและรุนแรงขึ้น จนกระทั่งทำให้มีอาการเฉยเมย เฉื่อยชา ต่อสิ่งแวดล้อมหลีกหนีออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory IA [BDI-IA] (1967) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อที่ผู้สูงอายุมีต่อตนเอง ยอมรับตนเองว่ามีความสำคัญสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ และได้รับการยอมรับจากคนอื่น มีความจำเป็นมากต่อการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข จะเกิดและพัฒนาขึ้นหลังจากที่บุคคลนั้นได้รับการตอบสนองทางร่างกายได้รับความรักและเป็นเจ้าของ และเมื่อบุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงแล้วก็จะทำให้บุคคลนั้นพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ เผชิญโลกได้อย่างมั่นใจแต่ถ้าบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ก็จะทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าหมดความสามารถ ท้อแท้ หมดกำลังใจ และไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่มั่นใจและอาจส่งผลต่อจิตใจให้เกิดภาวะซึมเศร้าและการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจตามมาได้ ประเมินโดยแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ที่แปลและเรียบเรียงโดย เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529)

โปรแกรมการปรับทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม หมายถึง แบบแผนการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการปรับทางความคิดและพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1993) เป็นการทำกลุ่มจิตบำบัดระยะสั้นซึ่งมีเป้าหมายการบำบัดคือ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมจากสถานการณ์ที่เป็นจริง จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและมีภาวะซึมเศร้าลดลง ประกอบด้วยการบำบัด 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง 3) การปรับเปลี่ยน

ความคิด และ 4) การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยจัดกิจกรรมแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 วัน ในวันจันทร์และวันศุกร์ จำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลาในการทำครั้งละ 60-90 นาที ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1) ระยะการสร้างสัมพันธภาพ ระยะที่ 2) การระบุความคิดอัตโนมัติ และระยะที่ 3) การค้นหาความคิดทางเลือก

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนโดยทีมสุขภาพของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมตามปกติ โรงพยาบาลแกลง อำเภอแกลง จังหวัดระยอง ผู้สูงอายุทุกรายที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับสุขภาพจิตศึกษา ให้คำปรึกษารายบุคคลและติดตามเยี่ยมบ้าน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนมุมมองพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง ให้สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว และสังคมได้อย่างปกติสุข

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเขตโรงพยาบาลแกลง จังหวัดระยอง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าทบทวนทฤษฎีต่าง ๆ จากเอกสาร ตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัยจึงนำเสนอดังนี้

1. ผู้สูงอายุ
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
3. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
4. โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประเทศไทยมีการแบ่งเกณฑ์ผู้สูงอายุดังนี้ ผู้สูงอายุ (Elderly) คือ อายุระหว่าง 60-69 ปี คนชรา (Old) คือ อายุระหว่าง 70-79 ปี และคนชรามาก (Very old) คือ อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (กรมสุขภาพจิต, 2555 ข)

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่อายุ 60 ปีหรือมากกว่า ประเทศที่พัฒนาแล้วจะใช้เกณฑ์อายุ 65 ปีเป็นต้นไป (World Health Organization [WHO], 2000)

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต ส่งผลกระทบต่อความสามารถ ในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Christiansen & Grzybowski, 1993 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological change) พบการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงที่ระดับเซลล์พื้นฐานระดับเซลล์ค่อย ๆ ลดลง ตามอายุที่มากขึ้น รวมทั้งระบบหัวใจและหลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลง ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง การไหลเวียนในหลอดเลือดของหัวใจและปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ระบบการหายใจมีการสูญเสียความยืดหยุ่น ความแข็งแรง และกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้า และหายใจออกลดลง ระบบทางเดินอาหารที่เริ่มจากฟันเกิดการกร่อนและเปราะแตกง่ายเนื่องจากสิ่งเคลือบฟันบางลง การย่อยอาหารลดลงเนื่องจากกระเพาะอาหารหลั่งกรดไฮโดรคลอริกและเอ็นซัยม์เป็บซินลดลง

การบีบตัวของลำไส้ใหญ่ลดลง เกิดปัญหาท้องผูก ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น มีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน การดมกลิ่น และการรับรส การสัมผัส เกิดการเสื่อมลง (วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, 2552)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological change) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ รวมทั้งการเจ็บป่วยส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ลดลง โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุบางรายมีสภาวะทางอารมณ์เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุ อาจต้องพบกับการสูญเสียคู่ชีวิตหรือบุคคลอันเป็นที่รักอื่น ๆ เช่น ญาติสนิท บุตรหลาน หรือเพื่อนฝูง โดยการตายจากกันทำให้มีผลกระทบต่อทางจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าตนเองลดน้อยลง อาจเกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตายตามมาได้ (อรวรรณ แผนคง, 2554)

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Sociological change) ลักษณะการเปลี่ยนแปลงพบได้ดังนี้

3.1 การปลดเกษียณหรือการออกจากงาน (Retirement) ผลจากการเปลี่ยนแปลงภายหลังปลดเกษียณพบได้ 4 ด้าน คือ การสูญเสียสถานภาพและบทบาท การสูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง สูญเสียสภาวะทางการเงินที่ดี และสูญเสียแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

3.2 การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว ปัจจุบันครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สภาพทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงขัดสนมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยวรวมถึงการเปลี่ยนสถานะบทบาทภายในครอบครัวจากเดิมที่เป็นหัวหน้าครอบครัวมาเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านวัฒนธรรม สังคมและเศรษฐกิจ บุคคลในครอบครัวที่สามารถหาเลี้ยงครอบครัว ออกไปหารายได้มาเจือจุนครอบครัว ปล่อยให้ผู้สูงอายุดูแลบ้านอยู่อย่างโดดเดี่ยว ขาดคนคอยดูแล ทัศนคติที่เห็นว่าผู้สูงอายุนั้นไร้ค่า ความคิดล้าสมัย ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบทางจิตใจอย่างมาก ได้แก่ ความรู้สึกโดดเดี่ยว มีความเครียด ความรู้สึกไร้ค่า และสัมพันธภาพภายในครอบครัวลดลง

3.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมีผลต่อจิตใจ จากการเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุบางรายมีสภาวะทางอารมณ์เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การแยกตัวจากสังคมเนื่องจากภาพลักษณ์สูญเสีย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรืออายบุคคล

ในวัยเดียวกัน ซึ่งผลกระทบทางด้านสังคมนี้ทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาลดลง อาจเกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตายตามมาได้ (อรวรรณ แผนคง, 2554)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง จนทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้สึกไร้ค่า รู้สึกเป็นภาระของบุตรหลานและสังคม มีผลต่อการดำรงชีวิต ไม่มีความสุข เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมลดลง อาจเกิดความรู้สึกว่าตนเอง ไร้ค่า แยกตัวและ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 20 (วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, 2552)

ผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้สูงอายุในชุมชนในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลแกลง มีหน่วยงานเวชกรรมสังคมรับผิดชอบดูแลในรูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care) ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 4 มิติ ดังนี้ 1) การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2) การพัฒนางาน เสริมสร้างอาชีพและรายได้ให้กับผู้สูงอายุ 3) การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และ 4) การจัดปรับอาคาร/สถานที่ให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ซึ่งการดำเนินงานเชิงรุกของทีมสุขภาพในชุมชน ได้ทำการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน การดูแลสุขภาพและการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประวัน (ADL) และคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) ให้กับผู้สูงอายุในชุมชนทุกราย การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุในกรณีที่มีภาวะซึมเศร้า ได้จัดระบบให้การพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน คือ การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษารายบุคคลและการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุจะได้รับบริการการดูแลสุขภาพ เช่น การดูแลสุขภาพทั่วไป การตรวจฟัน การให้คำแนะนำภาวะโภชนาการเกิน การออกกำลังกาย และได้รับการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และเชื่อมโยงระบบบริการในเครือข่าย เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถร่วมกันดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

แนวคิดการให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลแกลง คือ การสร้างความไว้วางใจ การเพิ่มศักยภาพของทีมสุขภาพ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุในชุมชน การเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเน้นการดำเนินงานเชิงรุก และการเชื่อมโยงระบบบริการและชุมชนให้มีส่วนร่วม การจัดทำแผนปฏิบัติการในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง ในสถานบริการและในชุมชนโดยมีการเชื่อมโยงกับเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (Self-esteem)

ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Rosenberg (1965) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นความรู้สึกยอมรับนับถือตนเองและรับรู้คุณค่าของตนเอง (Self-worth)

Maslow (1970) ให้ความหมายว่า การเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีสมรรถภาพในการกระทำสิ่งต่าง ๆ มีความเชี่ยวชาญและมีความสามารถ

Coopersmith (1967) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นการรับรู้ของบุคคล ซึ่งแสดงออกในแง่ของการยอมรับและไม่ยอมรับตนเองแสดงให้เห็นขอบเขตของความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองใน 4 ด้าน คือ 1) ความสำคัญ (Significant) เป็นวิถีทางที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองยังเป็นที่รักซึ่งพิสูจน์ได้โดยการให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของตนเอง 2) ความสามารถ (Competence) เป็นวิธีการที่พิจารณาถึงความสำคัญโดยการกระทำ 3) คุณความดี (Virtue) เป็นการบรรลุซึ่งมาตรฐานตามศีลธรรมและจริยธรรม และ 4) พลังอำนาจ (Power) เป็นอิทธิพลที่บุคคลมีต่อชีวิตตนเองและผู้อื่น

Gibson (1980) ที่ว่าการเห็นคุณค่าในตนเองจะเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย มีความปลอดภัย ได้รับความรักความเป็นเจ้าของแล้วบุคคลจะรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์และต้องการแสดงความสามารถต่าง ๆ ที่มีอยู่ซึ่งเป็นความสามารถบางอย่างเพื่อให้ตนเองพอใจ

เกียรติวรรณ อมาตยกุล (2543) ได้กล่าวว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความต้องการของคนที่มีจิตใจละเอียดอ่อนลึกซึ้ง มีการพัฒนาด้านจิตใจสูง รู้จักศึกษาจิตใจตนเอง ควบคุมตนเอง รู้จักใช้ชีวิตให้อยู่เหนืออิทธิพลของความต้องการขั้นต่ำกว่าได้ สามารถมองเห็นว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ มีความภูมิใจในความเป็นเอกลักษณะของตน มีความมั่นใจในการกระทำต่าง ๆ ของตนได้โดยไม่มาพึ่งพาคนอื่นหรือสิ่งอื่น

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้อธิบายความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นความคิดความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองว่าเป็นคนที่มีคุณค่า มีความหมาย มีประสิทธิภาพ เกิดจากการที่บุคคลมองตนเองหรือประเมินตนเอง

สรุปได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกยอมรับตนเอง นับถือตนเองและเชื่อมั่นในตนเองว่าตนเองมีคุณค่า มีการพัฒนาทางด้านจิตใจสูง รู้จักศึกษาจิตใจตนเอง มองว่าตนเองมีความสามารถ มีความมั่นใจในการกระทำของตนได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Coopersmith (1981) กล่าวว่าองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมี 2 ประเภท คือ ประเภทที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล และประเภทที่เป็นส่วนประกอบภายนอก

1. องค์ประกอบที่เป็นลักษณะเฉพาะบุคคลประกอบด้วย

1.1 ลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ ลักษณะ รูปร่างหน้าตา การมีสุขภาพแข็งแรง ความคล่องแคล่วว่องไวมีอิทธิพลต่อความพอใจในตนเองมากทั้งนี้ เพราะรูปร่างที่ปรากฏจะเป็นตัวทำให้เกิดความประทับใจในตนเอง ซึ่งเกิดจากความคิดเห็นของคนอื่นต่อรูปร่างของเราทำให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองสูง

1.2 สมรรถภาพความสามารถและผลงาน ได้แก่ ความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จการได้รับผลสำเร็จตามที่ตนต้องการ จะทำให้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในทางบวก แต่ถ้าผลงานล้มเหลวก็จะทำให้เกิดความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ

1.3 ภาวะอารมณ์ความรู้สึกเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกพอใจความเป็นจริง หรือความวิตกกังวลหรือภาวะอื่น ๆ ที่อยู่ในตัวบุคคลความรู้สึกของบุคคลมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง เช่น คนที่คิดว่าตนเป็นคนมีความสามารถชื่นชมตัวเองพอใจในตนเองจะมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าคนที่คิดว่าตนด้อยความสามารถ ไม่มีค่า วิตกกังวล เป็นต้น

1.4 ปัญหาต่าง ๆ และโรคภัยไข้เจ็บคนที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตไม่ดีจะมีความสัมพันธ์ในด้านลบกับระดับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

1.5 ค่านิยมส่วนบุคคลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองขึ้นกับค่านิยม และการประเมินตนกับสิ่งต่าง ๆ ที่เขาให้ความสำคัญบุคคลมีแนวโน้มที่จะใช้ค่านิยมของสังคมเป็นตัวกำหนดตัดสินมูลค่าของตน ถ้าค่านิยมของเราสอดคล้องกับสังคมจะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น แต่ถ้าค่านิยมส่วนตัวไม่สอดคล้องกับสังคมบุคคลจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง

1.6 ความปรารถนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองขึ้นกับการประเมินความสามารถผลงานของตนกับเกณฑ์มาตรฐานของตน ถ้าบุคคลมีความสามารถ หรือ ผลงานตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก็จะมีระดับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง แต่ถ้าบุคคลนั้นมีความปรารถนาสูงเกินไปก็จะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเนื่องจากความล้มเหลวของตน

1.7 เพศ สังคม และวัฒนธรรมส่วนใหญ่มีค่านิยมที่ดีต่อเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมักได้รับมอบหมายตำแหน่งที่มีอำนาจในสังคมซึ่งน่าจะทำให้เพศชายมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าเพศหญิง

2. องค์ประกอบที่เป็นส่วนประกอบภายนอกประกอบด้วย

2.1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับครอบครัวปัจจัยที่ส่งผล ต่อการพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง คือ สัมพันธภาพภายในครอบครัวถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นไปด้วยดี มีความผูกพันใกล้ชิดมีความอบอุ่นและมีกำลังใจให้แก่กันบุคคลก็จะประเมินตนเองในทางที่มีคุณค่า

2.2 สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกัน การเปรียบเทียบตนกับคนอื่น เช่น ตำแหน่งการงานบทบาททางสังคมวงศ์ตระกูล สถานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น จะทำให้บุคคลได้รับการปฏิบัติทางสังคมจากคนรอบข้างแตกต่างกันในคนที่สถานภาพทางสังคมสูงมักจะได้รับการปฏิบัติที่ดีกว่า ทำให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองสูง

นอกจากนี้ Coopersmith ได้แบ่งลักษณะของบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองไว้ 2 ลักษณะ คือ บุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงและบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และได้แสดงทรรศนะว่าบุคคลจะแสดงการเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันออกมาอย่างรู้ตัวและไม่รู้ตัวทางลักษณะท่าทางน้ำเสียงคำพูดและพฤติกรรม ดังนั้นการแสดงระดับการเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันจะมีผลต่อบุคคลดังนี้

1. บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีความสอดคล้องกลมกลืนทั้งหมดของ “ตน” รับรู้คุณค่าของตนตามความเป็นจริงตระหนักถึงศักยภาพทั้งหมดของตนเองมีจิตใจที่เปิดกว้างและยอมรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง พร้อมทั้งสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม บุคคลเหล่านี้จะมีความกระตือรือร้นเชื่อมั่นในตนเองว่ามีความสามารถในการทำงานให้ประสบความสำเร็จมักเป็นผู้นำในการอภิปรายและมีความเป็นตัวของตัวเองในการแสดงความคิดเห็น ไม่หวั่นไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ มีความคิดสร้างสรรค์ มองโลกในแง่ดี มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าตลอดทั้งเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจเคารพและประทับใจในตนเอง บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง จะตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อตนเอง และต่อผู้อื่นรวมทั้งสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมได้

2. บุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะอยู่ในภาวะความไม่สอดคล้องกลมกลืนของ “ตน” มักใช้กลไกป้องกันตนเองรับรู้ว่าตนเองด้อยค่า ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลเหล่านี้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย วิตกกังวล เก็บตัวไม่ชอบแสดงตนแสวงหาการยอมรับจากบุคคลอื่นเพื่อให้เกิดการยอมรับตนเองบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำมักแสดงความเข้มแข็งให้ปรากฏออกมาเสมอ ๆ แต่แท้จริงแล้วบุคคลเหล่านี้จะมีความรู้สึกหวาดกลัว ท้อแท้ ไม่มั่นใจในตนเอง มักตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของบุคคลอื่นหวั่นไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์มีความยุ่งยากใจในการแก้ปัญหาและไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้

Rosenberg (1979 อ้างถึงใน ปณิชา ดีสวัสดิ์, 2550) กล่าวว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างของความคิดเกี่ยวกับตนเองโดยอยู่ในลักษณะของการประเมินตนเอง (Self-evaluation) ในเรื่องของคุณค่าและความสามารถซึ่งจะเกี่ยวพันกับเอกลักษณ์และคุณสมบัติเฉพาะเจาะจงบางประการของบุคคลการประเมินคุณค่าตนเองว่าเป็นคนเช่นไร เช่น เป็นคนฉลาดหรือไม่ฉลาดการประเมินลักษณะดังกล่าวนี้ จะขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในหลาย ๆ จุดที่นำมาอ้างอิง เพราะฉะนั้นการประเมินคุณค่าตนเองจึงขึ้นอยู่กับกระบวนการเปรียบเทียบทางสังคมเป็นส่วนใหญ่ในทัศนะของ Rosenberg กล่าวว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองคือ ทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านบวกหรือด้านลบอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนั้น การที่บุคคลหนึ่งมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูง หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นผู้มีเกียรติมีคุณค่ามีความพึงพอใจในตนเองตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำจะหมายถึงบุคคลที่ขาดการเคารพตนเอง (Self-respect) คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าไม่มีความพึงพอใจในตนเองมีความรู้สึกว่าตนเองด้อยไม่ทัดเทียมกับผู้อื่น ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Rosenberg ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างอัตมโนภาพ (Self-concept) โดย Rosenberg ได้แยกพิจารณาออกเป็น 2 มิติ คือ

มิติที่ 1 การตระหนักรู้ในตนเอง (Cognitive self) เป็นเรื่องของความรู้ความเข้าใจที่บุคคลมีต่อตนเองจากการเป็นเจ้าของตำแหน่งสถานภาพภายในสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยหรือเป็นสมาชิกอยู่ทำให้แต่ละบุคคลมีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง เช่น พ่อแม่ ครู ลูก เป็นต้นเอกลักษณ์ที่บุคคลได้จากสังคมนี้สามารถทำให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นใคร บุคคลอื่นเป็นใคร และมีความแตกต่างกันอย่างไร การรับรู้นี้นำไปสู่อัตมโนภาพของบุคคลโดยความคิดเกี่ยวกับตนเองที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับการประเมินของบุคคล

มิติที่ 2 การประเมินตนเอง (Evaluative self) เป็นการอธิบายตนเองของบุคคลซึ่งได้มาจากการที่บุคคลนำตนเองไปประเมินกับสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่น เพื่อที่จะทำให้บุคคลรู้ว่าเขามีคุณค่าหรือมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงหรือต่ำอย่างไร การประเมินตนเองของบุคคลในแนวสังคมวิทยาส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับเรื่องของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง โดยจะพบว่าการที่บุคคลจะรู้สึกต่อตนเองในเรื่องของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองอย่างไรก็จะนำไปสู่พฤติกรรมเช่นนั้น

ความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับอารมณ์ และสังคม ซึ่งประกอบไปด้วย ความคิด ความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ และอัตมโนทัศน์ที่มีหลายมิติ (Multidimention concept) และด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) เนื่องจากการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการพื้นฐานด้านจิตใจ ที่จะทำให้มนุษย์ดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า ถ้าขาดซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จะมีผลกระทบต่อชีวิตในทุกด้าน เนื่องจากมีผลต่อบุคลิกภาพ อารมณ์ และสังคมกระบวนทางความคิด ความปรารถนา การตั้งเป้าหมาย รูปแบบความสัมพันธ์กับผู้อื่นและการรับรู้โลกภายนอก บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองจะมีความเคารพนับถือในตนเอง และมั่นใจในตนเอง ใช้ศักยภาพที่มีของตนและมีความหวัง ซึ่ง Maslow (1970) อธิบายว่า มนุษย์ทุกคนมีความต้องการที่มีลำดับความสำคัญ ความต้องการพื้นฐานคือ ความต้องการด้านชีววิทยา อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เมื่อความต้องการขั้นนี้ได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์ก็ต้องมีความต้องการความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ต่อมาคือ ต้องการความรัก การยอมรับเข้ากลุ่ม เข้าพวก ยอมรับเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม เมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นต่อไป คือ ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ต้องการความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถและต้องการให้ผู้อื่นรู้สึกนึกคิดว่าตนมีค่า มีความสามารถได้รับการยอมรับเช่นกัน เมื่อมีความภาคภูมิใจในตนเองแล้ว มนุษย์จึงพัฒนาไปสู่ความเป็นคนที่สมบูรณ์ (Self actualization) เช่นเดียวกับที่ Coopersmith (1981) กล่าวว่า คุณค่าแห่งตนจะทำให้มีความเคารพนับถือตนเองและเชื่อมั่นในตนเอง ใช้ศักยภาพที่มีของตนเองได้อย่างเต็มที่ในการดำเนินชีวิต สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคได้ด้วยความเชื่อมั่น กล้าหาญ และมีความหวัง ซึ่งเมื่อบุคคลคิดว่าตนประสบความสำเร็จ เขาจะปฏิบัติไปทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

การที่มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญต่อครอบครัวหรือสังคม เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคล เพราะความรู้สึกที่ดีต่อตนเองจะเป็นพื้นฐานของพฤติกรรมอื่น ๆ ที่จะตามมา เช่น มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีแรงปรารถนาที่จะสร้างสรรค์ในสิ่งดีๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี (ลิขิต กาญจนาภรณ์, 2547) แต่เมื่อไรก็ตามถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ได้เหมือนเดิม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวล ไม่มีความสุข นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และแยกตัวได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2547)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ส่งผลกับคุณภาพชีวิตโดยมีอิทธิพลและควบคุมตนเองได้ ทำให้คุณภาพชีวิตในบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสูง จะเกิดแรงจูงใจในการป้องกันความเจ็บป่วย เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี เชื่อมั่นในอำนาจและการกระทำว่าจะเกิดผลตามที่ตนต้องการในการดำรงรักษาสุขภาพของตนไว้ มีพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเมื่อเจ็บป่วยสามารถจะฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็ว ซึ่งก่อให้เกิดผลดีในการรักษาทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ (จรรยา ภู่กลั่น, 2552)

การศึกษาของ ปริญญา โตมานะ และระวิวรรณ ศรีสุชาติ (2548) ในเรื่องความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยเกื้อหนุนอื่น ๆ พบว่า ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ร้อยละ 40.9 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.5 อยู่ในระดับสูง และจากการศึกษาของเมตตา ลิมปราวลัย (2552) เรื่อง ปัจจัยพยากรณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 16.8 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง และร้อยละ 65.6 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง วิธีการบำบัดช่วยเสริมคุณค่าในตนเอง และเชื่อมั่นในตนเอง (Rosenberg, 1965) เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า มองตนเอง และสิ่งแวดล้อมในทางลบ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จากการศึกษาของ ธีรชัย พรหมคุณ, พจนีย์ เสงี่ยมจิตต์ และเสนอ ภิรมจิตรผ่อง (2557) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ เรณู อินทร์ตา (2548) เรื่อง ผลการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากการศึกษาของศศิริญจ์ ไพรเขียว (2552) เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านต่อการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ ปราณีต ทวีลาภ (2552) เรื่อง การใช้โปรแกรมการระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเบาหวาน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเบาหวาน ระยะหลังการศึกษาสูงกว่าระยะก่อนการศึกษา และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระยะติดตามผล มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน

ผู้สูงอายุ มีความรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่และภาพลักษณ์ รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีความสำคัญ ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, 1967) ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ได้เหมือนเดิม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และวิตกกังวล นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และแยกตัวได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการปรับทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในครั้งนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานของสุขภาพจิตที่เกิดจากการที่บุคคลพิจารณาและประเมินตนเองจากการกระทำและการประสพความสำเร็จในสถานการณ์ต่าง ๆ แล้วก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น (ภคนิช ต่วนชะเอม, 2545, กมลพรรณ หอมนาน, 2539) Muhlenkamp and Sayles (1998) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปรากฏการณ์ของการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นตลอดช่วงอายุขัย นอกจากนี้ Driever (1984) ยังกล่าวว่า กระบวนการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นตามอายุซึ่งจะเปลี่ยนแปลงมากในช่วงวัยรุ่นจนถึงผู้ใหญ่ตอนต้น และเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเปลี่ยนแปลงน้อย และจะเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง เนื่องจากเข้าสู่วัยสูงอายุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่มากขึ้น เนื่องจากร่างกายอยู่ในวัยเสื่อมมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ นอกจากนี้ยังเปลี่ยนไปตามบทบาททางสังคมอีกด้วย ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระหน้าที่ความรับผิดชอบทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ความรู้สึกที่เคยได้รับการยอมรับในบทบาทมีน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดอำนาจ หมดความสามารถเกิดความคับข้องใจ ไม่พอใจในตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองลดลงโดยจะลดลงจากอายุ 50-80 ปี (Hooyman & Kiyak, (1988) Hirst and Metcalf (1984) ได้อธิบายถึงภาวการณ์ที่ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปมีดังนี้

1. บทบาท (Role) เมื่อบุตร ธิดา บรรลุนิติภาวะ และสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง บทบาทความเป็นบิดา มารดาจะลดลง บทบาทในการทำงานหมดไป และบทบาทของสามีหรือภรรยาหมดไปจากการเสียชีวิตของคู่สมรส สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่งในปัจจุบันสังคมยังไม่สามารถสร้างบทบาททดแทนให้กับบทบาทที่เสียไปของผู้สูงอายุ

2. การสัมผัส (Touch) เป็นปัจจัยพื้นฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากการศึกษาของหลาย ๆ ท่าน พบว่า ผู้สูงอายุต้องการการสัมผัส (Touch hungry) เนื่องจากผู้สูงอายุสูญเสียแหล่งของการสัมผัส เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต ขาดการใกล้ชิดกับบุตรหลาน

3. สัมพันธภาพที่มีความหมาย (Meaningful relationship) การมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลมีการยอมรับตนเองและเป็นการฝึกปฏิบัติทักษะทางสังคม การเปลี่ยนแปลงที่ผ่านเข้ามาในชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การจากไปของคู่สมรส ญาติ หรือเพื่อน และการห่างไกลของบุตรหลานทำให้ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นลดลง

4. เพศ (Sexuality) ในที่นี้มีความหมายมากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมั่นคง เมื่อรับรู้ว่าตนเองยังเป็นคนที่มีเสน่ห์และเป็นที่ต้องการทางเพศของผู้อื่น

5. การพึ่งพาตนเอง (Independence) หมายถึง การที่สามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากจะเลือกมีชีวิตช่วงปลายให้เหมือนกับชีวิตที่ผ่านมา แต่มักจะเป็นไปไม่ได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และภาวะสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการควบคุมตนเอง และเสี่ยงต่อการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

6. ขอบเขตของความรู้สึกเป็นส่วนตัวของบุคคล (Space) รวมถึงความสัมพันธ์ของ 3 ส่วน ได้แก่ อาณาเขต (Territory) ขอบเขตเฉพาะของบุคคล (Personal space) และความเป็นส่วนตัว (Privacy) อาณาเขต คือ บริเวณทางด้านกายภาพ ที่อยู่ภายใต้การควบคุมของผู้เป็นเจ้าของ ส่วนขอบเขตเฉพาะของบุคคลไม่สามารถมองเห็นด้วยตา และมีการเปลี่ยนแปลงตามความต้องการ และอารมณ์ สำหรับความเป็นส่วนตัว หมายถึง สิทธิอันชอบธรรมที่บุคคลจะรักษาข้อมูลส่วนตัว ไม่ให้คนอื่นรับรู้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และภาวะของโรค ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียความรู้สึกที่เป็นส่วนตัว รู้สึกตัวเองถูกรุกราน ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

หากองค์ประกอบเหล่านี้ถูกกระทบกระเทือนมากการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจะลดลง ในทางตรงกันข้ามองค์ประกอบเหล่านี้ถูกกระทบกระเทือนน้อย ผู้สูงอายุก็จะรักษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้

ผู้สูงอายุมีความรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่และภาพลักษณ์ รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีความสำคัญ ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, 1967) ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ได้เหมือนเดิม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล และแยกตัว (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการปรับทางความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในครั้งนี้

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการวัดความรู้สึกความพึงพอใจในตนเองของบุคคลจึงกระทำได้ค่อนข้างยากแต่อย่างไรก็ตามได้มีผู้สร้างแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้หลายแบบดังต่อไปนี้

1. การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าโดยให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมาย 2 ตำแหน่งบนเส้นตรงที่กำหนดให้ (Graphic descriptive of self-esteem) (Makey & Gaw, 1975 cited in Rosenberg, 1979) ตำแหน่งแรกแทนตัวตนที่แท้จริงหรือตัวตนที่เราคิดว่าเป็นอยู่ (Real self) และตำแหน่งที่สองแทนตัวตนที่เราอยากเป็น (Ideal self) ผลการประเมินได้จากพิจารณาตำแหน่งของเครื่องหมายทั้งสองถ้าตำแหน่งทั้งสองห่างกันมาก หมายถึงระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

2. แบบวัดที่ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยวิธีการรายงานตนเองของ Rosenberg Self-esteem Scale (RSE) แบบวัดความรู้สึกดังกล่าวประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเจตคติและความรู้สึกที่มีต่อตนเอง จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 5 ข้อ ข้อความด้านลบ 5 ข้อ สร้างขึ้นเพื่อวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 (Rosenberg, 1965) ได้มีการนำมาใช้วัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเช่นกัน ซึ่งปรากฏว่าเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้ (Mercer & Ferketich, 1988, Mercer, Ferktich, & Deloseph, 1990 cited in Mercer, 1990) แบบวัดชุดนี้ถูกทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นด้วยวิธีการต่าง ๆ หลายครั้งกับกลุ่มประชากรต่าง ๆ พบว่า แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับ .84-.87 (Rosenberg, 1979) สำหรับประเทศไทยนั้นพบว่า ได้มีผู้นำแบบวัดนี้มาแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยธาลัสซีเมียในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้ป่วยที่ดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์และกลุ่มผู้ป่วยที่มีการสูญเสียแขนขา พบว่าความตรงและความเชื่อมั่นด้ายความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์เอลฟาของครอนบาค (Cronbach s coefficient alpha) อยู่ระหว่าง 0.70-0.91 (กมลพรรณ หอมนาน, 2539, ดาริกา ธารบัวสวรรค์, 2540, สุพรรณี สุ่มเล็ก, 2538) เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ได้นำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg มาแปลและดัดแปลง แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.87

ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1976) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม เนื่องจากมีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต ทำให้มีการแสดงออกโดยตำหนิติเตียนและลงโทษตัวเอง ประเมินตนเองว่าไร้ค่า เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจและสิ่งกระตุ้น สิ้นหวังพยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ มีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียความรู้สึกทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามิได้มีหลายระดับ เริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวลและรุนแรงขึ้นจนกระทั่งทำให้มีอาการเฉยเมย เฉื่อยชา ต่อสิ่งแวดล้อมหลีกหนีออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2544) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าว่า คือ การที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้มาก ปฏิเสธการเข้าสังคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ และอยากตาย

กรมสุขภาพจิต (2546) กล่าวว่า เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุก เพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยากโดยมีระดับความรุนแรงและระยะเวลา

ต่อเนื่องยาวนานจนเกิดผลกระทบทางความคิด พฤติกรรมและร่างกายของผู้ป่วยตลอดจนชีวิตประจำวันหน้าที่การงาน

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ (2547) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นกลุ่มอาการที่มีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์และสติปัญญา แสดงอาการโดยมีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกหมดหวัง ไม่มีค่า

มาโนช หล่อตระกูล (2550) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่บุคคลมีอารมณ์เศร้าหดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่ายโดยผู้ป่วยอาจจะไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายนี้จะเป็นเกือบทั้งวันและเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยเช่นกัน ผู้ป่วยมักทนเสียงดังหรือมีคนรบกวนไม่ได้มักอยากอยู่คนเดียวเงียบ ๆ

อรพรรณ ทองแตง (2551) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจ ทำให้ไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่นถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต คิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรมแสดงออกโดยมีอาการซึมเศร้า เสียใจ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า ความมีคุณค่าในตนเองลดลง หมดหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับมีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคตและอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

มีผู้อธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการ ทั้งเกี่ยวกับด้านสภาวะจิตใจ (Psychological) ด้านชีววิทยา (Biological) และการเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรม ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นไม่ได้เกิดขึ้นจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง มักเกิดขึ้นมาจากหลายสาเหตุด้วยกัน มีสมมติฐานซึ่งอธิบายได้ตามแนวคิดทฤษฎี ดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา และพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประเภท Biogenic amines โดยเฉพาะสารซีโรโตนิน และการทำงานที่ผิดปกติระบบต่อมไร้ท่อ พยาธิสรีรวิทยาของระบบประสาทต่อมไร้ท่อมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เกี่ยวเนื่องมาจากความเครียด โดยความเครียดจะทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาในการตอบสนองต่อความเครียด โดยการกระตุ้นการทำงานของระบบ Hepothalamic-Pituitary-Adrenocortical Axis (HPA axis) ทำให้หลั่งสาร Corticotrophin Releasing Factor (CRF) เพิ่มขึ้นส่งผลทำให้ต่อมหมวกไตชั้นนอกหลั่งสารคอร์ติซอลสูงขึ้นในระบบไหลเวียน ความเครียดในระยะเวลานาน หรือเรื้อรังทำให้

เกิดความผิดปกติในการทำงานของระบบ HPA Axis นำไปสู่ภาวะที่ระดับของคอร์ติซอลสูงกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความผิดปกติทางพยาธิสรีรวิทยาในการทำหน้าที่ของระบบควบคุมการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic nervous system (Kaplam, 1994 อ้างถึงใน ชนัดดา แนบเกษร, 2549) การที่ระดับของคอร์ติซอลสูงขึ้นในกระแสเลือดส่งผลต่อการกระตุ้นการทำงานของ Cytokine มีผลทำให้เกิดการยับยั้งการเจริญเติบโตของกระดูกทำให้ Epiphyseal plate บางลง ในวัยผู้ใหญ่ ทำให้เกิดการสลายของกระดูกมากขึ้น นอกจากนี้การทำงานของอินซูลินได้ ทำให้เกิดโรคเบาหวาน เกิดภาวะน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ (Stratakis & Chrousos, 1995) นอกจากนี้ยังพบว่ามีสารสื่อประเภทนอร์อิพิเนฟริน และซีโรโตนิน มีระดับลดลงในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า สารซีโรโตนิน มีผลต่อการทำหน้าที่ของสมองในส่วนระบบลิมบิค (Limbic system) และคอร์เท็กซ์ (Cortex) ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่าง ๆ โดยทำงานร่วมกับไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) เช่น พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมทางเพศ อารมณ์โกรธ อารมณ์กลัว ความจำและการเรียนรู้ การลดของสารซิโรโตนิน จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (ชนัดดา แนบเกษร, 2549; มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

2. ทฤษฎีทางปัญญานิยม (Cognitive theory) Beck (1967) ได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้าที่ประกอบได้ด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive triad) โครงสร้างทางความคิด (Schema) และเนื้อหาความคิดที่บิดเบียน (Cognitive distortion) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive triad) เป็นความคิดอัตโนมัติทางลบที่บุคคลพิจารณาตนเอง โลก และอนาคตของเขาในทางที่บิดเบียนไป ได้แก่

2.1.1 รูปแบบความคิดด้านลบต่อตนเอง (Negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า ส่งผลให้เกิดความบกพร่อง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ยิ่งไปกว่านั้นจะมองว่าตนเองไม่เป็นที่ปรารถนา ไม่มีคุณค่า อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้นก็จะโทษว่าทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และมีความคิดด้านลบต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

2.1.2 รูปแบบความคิดด้านลบต่อโลก (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย รู้สึกถูกบีบบังคับ หรือถูกใส่ร้ายและเรียกร้องจากสังคมรอบตัว จะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาระอุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้ชีวิตเจ็บปวด มองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกลงโทษ ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง

และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใด ๆ ก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองประสบมา จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางด้านลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.1.3 รูปแบบความคิดด้านลบต่ออนาคต (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคิดว่าความลำบากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็จะพบแต่ชีวิตที่มีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง มีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันก็จะมองว่าสถานการณ์ในอนาคตจะเป็นสิ่งที่เป็นปัญหาต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.2 โครงสร้างทางความคิด (Schema) แบ่งออกเป็น การแปลความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ โครงสร้างทางความคิดของแต่ละบุคคลอาจจะเป็นประเภทปรับเปลี่ยนได้ตามปกติหรือบิดเบียน (Adaptive-maladaptive) เป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นลักษณะเฉพาะตัวหรือเหมือนบุคคลทั่วไป สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดเป็นประเภทปรับเปลี่ยน บิดเบือนไปในทางลบและมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว เช่น “ หมดสิ้นทุกอย่างถ้าขาดความรัก” (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) โครงสร้างความคิดจะแอบแฝงอยู่ภายในบุคคลแต่จะกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายกับประสบการณ์จริงที่เคยทำให้เกิดความคิดทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด

2.3 เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) เป็นการแปลความจริงที่บิดเบือนไปจนทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ Beck (1967) ได้แบ่งลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนไปดังนี้ คือ การเลือกสนใจแต่เฉพาะประสบการณ์ในทางลบเพียงด้านเดียว ไม่สนใจเรื่องที่ดีหรือเป็นกลาง (Selective abstraction) การด่วนสรุปลงความเห็นบนพื้นฐานของข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (Arbitrary inference) การเกิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง โดยมองทุกอย่างรวมเหมือนกันไปหมดมากเกินไป (Overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (Magnification and minimization) มีความคิดที่เอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตนเอง แปลเหตุการณ์หรือพฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวแสดงหรือยืนยันให้เห็นว่าตนนั้นไม่ดี (Personalization) และมีความคิดเฉพาะด้านในด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด มองสถานการณ์เป็นแบบขาวกับดำ รับรู้แต่ด้านที่ล้มเหลว (Dicotomous thinking) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่โน้มเอียงไปในทางลบมากกว่าทางบวก

องค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการของรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้าจะมีความเชื่อมโยงกันจากประสบการณ์ในช่วงแรกของชีวิตของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลนั้นมีโครงสร้างทาง

ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบที่เกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนจะถูกกระตุ้นได้เมื่อบุคคลนั้นประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โครงสร้างที่บิดเบือนไปนี้จะทำให้มีประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือมีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนไปโดยอัตโนมัติควบคุมไม่ได้ หรือเป็นความคิดอัตโนมัติในทางลบส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ยิ่งภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นความคิดอัตโนมัติทางลบก็ยิ่งเพิ่มขึ้นไปเรื่อย ๆ (Beck, 1967)

3. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory) เป็นทฤษฎีที่สำคัญอีกทฤษฎีหนึ่งทางจิตเวชศาสตร์ ได้รับการพัฒนาโดย Sullivan (1949) จิตแพทย์จากประเทศสหรัฐอเมริกา มีความเชื่อพื้นฐานว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล ความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ไม่เหมาะสมทั้งในอดีตและปัจจุบันของบุคคลเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่นในสังคม

จากทฤษฎีที่เกี่ยวกับความสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลโดยตรงกับผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง จนทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกไร้ค่า รู้สึกเป็นภาระของลูกหลาน และสังคม ส่งผลให้การดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุไม่มีความสุข เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ถ้าหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ระดับภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) ได้อธิบายถึงผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าว่ามีความแปรปรวนใน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมซึ่งในความแปรปรวนใน 4 ด้านนี้สามารถแบ่งความรุนแรงได้เป็น 4 ระดับ คือ 1) ระดับปกติ (Normal range) 2) ระดับเล็กน้อย (Mild depression) 3) ระดับปานกลาง (Moderate depression) และ 4) ระดับรุนแรง (Severe depression)

อาการและการแสดงของภาวะซึมเศร้า

ด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ตำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป (Beck, 1967) โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไป ตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ตนเอง

2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินความจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเอง แม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตน หรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือความควบคุมของตนเอง ตัดสินใจยาก แม้เป็นเรื่องเล็กน้อย

3. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับ รุนแรง มีอารมณ์ ซึมเศร้าตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง รังเกียจตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มีอารมณ์พึงพอใจต่อสิ่งใด ๆ เลย หมดความสนใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา ร้องไห้จนไม่มีน้ำตา

ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคมหรือต้องการที่จะตาย (Beck, 1967) โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี่ยงหรือผ่อนผันในกิจกรรมต่าง ๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และมีความต้องการที่จะตาย

2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ รู้สึกจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความต้องการหลีกหนีจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลี่ยง และแยกตัวเองออกจากสังคม มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

3. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้กระทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลทั้งหมด แทบไม่มีการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่า ไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

ด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนเปลี่ยนไป ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้า น้ำหนักลด (Beck, 1967) โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีความอยากอาหารลดลง หรือรับประทานอาหารมากเกินไป หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลงเหนื่อยง่ายกว่าปกติ

2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แทบไม่อยากรับประทานอาหาร หรือลืมรับประทานอาหานไปเลย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 2-3 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ

3. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน หลังตื่นนอนแล้วไม่สามารถกลับไปหลับต่อได้อีก หรือไม่สามารถนอนหลับ

ได้เลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้

ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพไม่ว่าจะเป็นต่างประเทศหรือในประเทศไทย เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตายได้สูงกว่าโรคอื่น ๆ และจากการรายงานของ Murphy et al. (1988 อ้างถึงใน สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) ศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 120 ราย ติดตามผลระยะ 2 ปี พบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 20 การฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าและพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป โดยอัตราการฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้าทั่วไปมี 12.4 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80-84 ปี เท่ากับ 26.5 ต่อแสนประชากร และตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-1992 อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 9 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และร้อยละ 35 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80-84 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ U.S. Department of Health and Human Service [USDHHS] (1999) ศึกษาการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุระหว่างปี ค.ศ. 1980-1996 ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 80-84 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นถึงร้อยละ 16 และ Conwell et al. (1996) ศึกษาปัจจัยชักนำในการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าพบร้อยละ 20 ของประชากรผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นเป็นเพศชาย และผู้สูงอายุสามารถซึมเศร้าถึงร้อยละ 84 และอัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงนั้นจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จได้

Alexopoulus (2005); Penninx, Deeg, and Van Eijk (2000) ศึกษาผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่าเป็นผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิต และเป็นสาเหตุชักนำในการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าสามารถเป็นตัวพยากรณ์ได้ถึงอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ (Cuijpers & Smit, 2002) ที่สำคัญผลกระทบจากการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจทั้งในด้านการสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยตรงในการรักษาพยาบาล ผลกระทบทางอ้อมจากการไม่สามารถทำงานได้ จากการตายก่อนวัยอันควรหรือผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาในการทำงานไปกับการดูแล และการพยาบาล จะเห็นได้ว่าเมื่อย่างเข้าสู่วัยสูงอายุอาจจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายด้านไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือสังคม ล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือการฆ่าตัวตายสำเร็จกว่าวัยอื่น ๆ

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

Rawlins and Heacock (1988) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความแปรปรวนของอารมณ์ที่เป็นพยาธิสภาพ มีความผิดปกติของความรู้สึก ทัศนคติ และความเชื่อที่มีต่อตนเองและบุคคลอื่น บุคคลจะมองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกสูญเสีย หมดหวัง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มองดูตนเองด้อยค่า มีความรู้สึกผิด คาดหวังผู้อื่น มีความประหวั่นพรั่นพรึง โดยที่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคล้ายกับความเสียใจอันเกิดจากสถานการณ์มาคุกคาม เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก การเป็นโรคเรื้อรัง ถ้าผู้สูงอายุปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงก็ย่อมเกิดภาวะซึมเศร้ายิ่งขึ้น และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียคุณภาพชีวิต บั่นทอนความมั่นคงทางจิตใจ (Ego integrity) ลดความหวังในชีวิตผู้สูงอายุอย่างมาก (Love, 2000 อ้างถึงใน จิติมาวรรณ บำรุงรส, 2552) อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักได้รับการวินิจฉัยโรคน้อยกว่าความเป็นจริง (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) โดยมีสาเหตุจาก 1) ทั้งแพทย์และผู้ป่วยคิดว่าอาการซึมเศร้าเป็นผลจากการมีอายุสูงขึ้น 2) ผู้ป่วยมักเน้นที่อาการไม่สบายทางกายมากกว่าอาการซึมเศร้า และ 3) อาการซึมเศร้ามักพบร่วมกับโรคทางกายหรือโรคทางสมองซึ่งอาการจะเหมือนกับโรคซึมเศร้า สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุไทยจากการศึกษาประชากรสูงอายุในชุมชนเมืองและชนบทเพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมด 1,052 คน จากชุมชนเมือง (กรุงเทพมหานคร) 370 ราย และชุมชนชนบท (ระนอง, บุรีรัมย์) 682 ราย โดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชุมชนเมือง ชุมชนชนบท เท่ากับร้อยละ 35.1 และ 17.1 (เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา และสุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, 2542) และในกลุ่มผู้สูงอายุจะมีความซึมเศร้าแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางจิตใจดั้งเดิม และการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตและสิ่งแวดล้อมของแต่ละคนที่ไม่เหมือนกัน

การบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ แบบใช้ยา (Pharmacological therapy) และแบบไม่ใช้ยาหรือด้านการบำบัดทางจิตสังคม (Non pharmacological therapy or psychosocial therapy) (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) การใช้ยา แบ่งได้ 2 ประเภท

1. การใช้ยาต้านเศร้า (Antidepression)
2. การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) รักษาได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง (Severe psychotic) คลั่งรุนแรง (Severe mania) และใช้ได้ดีมากในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง

การบำบัดด้านจิตสังคม (Psychosocial therapy)

การบำบัดด้านจิตสังคมที่มีการประยุกต์ใช้เพื่อการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถสรุปได้ (สุดสบาย จุลกทัพพะ, 2552)

1. การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นการให้คำปรึกษา การหาแนวทางการแก้ไขความขัดแย้ง อุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตรวมถึงการปรับตัว

2. การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) การทำจิตบำบัดมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงปัญหาความขัดแย้งในจิตใจ

3. การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy or CBT) เป็นการบำบัดที่นิยมใช้มากในปัจจุบันโดยมีเป้าหลายหลักคือ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้รับการบำบัดเพื่อปรับปรุงแนวคิดและพฤติกรรม

4. พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) คือ การใช้หลักการของการเรียนรู้ (Learning process) มาใช้แก้ไขอาการซึมเศร้าโดยให้บุคคลรู้ถึงปัญหาของตนเอง และวิธีแก้ปัญหาที่ถูกต้อง

5. การจัดการความเครียดและความวิตกกังวล (Stress and anxiety management) โดยจะใช้ได้ดีใน Agitate depression เพื่อลด Anxiety ของผู้ป่วย วิธีที่ใช้เช่น การฝึกคลายเครียดด้วยตนเอง (Progressive relaxation)

6. การใช้ครอบครัวบำบัด (Family therapy) การประเมินผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าควรจะหาข้อมูลครอบครัวร่วมด้วย เช่น ความสัมพันธ์ของ ครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ ช่วยเหลือผู้ป่วย

7. การส่งเสริมความสามารถทางด้านสังคมในผู้สูงอายุ (Social competency) เพื่อลดอาการแยกตัวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย โดยให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้คงไว้ซึ่งการมีกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน

8. การใช้กลุ่มบำบัด (Group therapy) กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น กิจกรรมนันทนาการ (Recreation) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group)

9. การทบทวนชีวิต และการระลึกถึงความหลัง (Life review and reminiscence) โดยการให้ผู้สูงอายุเล่าถึงชีวิตของตนเรื่องราวในอดีตที่อยู่ในความทรงจำ ประทับใจทำให้ผู้สูงอายุมีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป

จากการศึกษาพบว่าการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้ารุนแรงด้วยยาจะได้ผลดี แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงที่ได้รับยาต้านเศร้าไม่ตอบสนองต่อยาถึงร้อยละ 35-40 ดังนั้นการรักษาทางจิตใจควบคู่ไปด้วย สามารถทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการในการแก้ปัญหาอันเหตุเนื่องมาจากความคิด และจิตใจของตนเอง จากงานวิจัยในต่างประเทศ การปรับความคิดและพฤติกรรม

เป็นวิธีหนึ่ง ที่นิยมใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันและเป็นวิธีที่ได้ประสิทธิผลในการรักษาได้ทุกวัย ตั้งแต่วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ รวมทั้งวัยสูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจในการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของ จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร และสายพิณ ยอดกุล (2555) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการศึกษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 19.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.2 และระดับรุนแรง ร้อยละ 7.1 การศึกษาของ วรวรรณ จันทวีเมือง และเจิดนภา แสงสว่าง (2550) ศึกษาเรื่อง การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลชะแล้ จังหวัดสงขลาพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 15.28 ระดับปานกลาง ร้อยละ 1.39 ไม่พบระดับรุนแรง การศึกษาของ พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ และคณะ (2556) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมืองพบว่า มีระดับภาวะซึมเศร้าสูง ร้อยละ 66.4 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 22.3 สถานภาพสมรสคู่ สัมพันธภาพ ระยะเป็นโรค 5-10 ปี ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัติประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าในชุมชน ส่วนอายุ สถานภาพสมรสหม้าย ระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ การศึกษาของ จันจิรา กิจแก้ว (2554) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานการสนับสนุนทางสังคมการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 80 โดยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี และการศึกษาของ กษมา มั่นประสงค์ (2556) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังการทดลองต่ำกว่าระหว่างการทดลอง และก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าระหว่างการทดลอง ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่และภาพลักษณ์ รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีความสำคัญ ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ได้เหมือนเดิม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และวิตกกังวล นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและแยกตัว นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีหลายรูปแบบที่สามารถเสริมสร้าง

คุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าได้ เช่นการใช้กลุ่มจิตสัมพันธ์ กลุ่มการให้คำปรึกษาตามแนวคิดของเกสตอล กลุ่มให้การปรึกษาแบบแนวคิดเผชิญความจริง และโปรแกรมการทำจิตบำบัดทางสังคม เป็นต้น (นาตยา วงศ์หลีกภัย, 2532)

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีโครงสร้างชัดเจน และเน้นประเด็นปัญหาสำคัญในการบำบัดมีเป้าหมาย ในการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากจะปรับเปลี่ยนความคิดแล้วยังนำเทคนิคของการบำบัดเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่มีปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การปรับทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการบำบัดปัญหาและโรคจิตชนิดอื่น ๆ ได้แก่ โรคซึมเศร้าโรควิตกกังวลโรคย้ำคิดย้ำทำโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร และโรคจิตชนิดอื่น ๆ

Beck (1967) เป็นจิตแพทย์ผู้นำการรักษาแบบการนึกคิดและพฤติกรรมบำบัดมาใช้ร่วมกันจนเป็นที่นิยม การรักษาแบบนี้มีเป้าหมายที่สำคัญอยู่สองระดับ คือ ระดับแรกช่วยลดความเครียด ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการจำแนก ประเมินและเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิด และในขั้นที่สองช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสาระสำคัญของความคิดอ่านของตนเป็นจุดอ่อนเพื่อดัดแปลงแก้ไขให้เป็นการคิดอ่าน ความเชื่อ หรือทัศนคติที่เหมาะสม โดยมีขั้นตอนการรักษาโดยการหาความคิดอัตโนมัติ (Eliciting automatic thoughts) การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือไม่ (Testing accuracy and viability) การแทนด้วยความคิดใหม่ ตามความเหมาะสมที่เป็นจริง (Developing realistic alternative) การค้นหาและท้าทายแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสม (Identifying and challenging maladaptive schemata) วิธีการบำบัดนี้มีประโยชน์ ใช้เวลาสั้น ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นที่นิยมในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Beck (1976) ได้พัฒนาการปรับทางความคิดและพฤติกรรมนี้โดยมีแนวคิดหลักของ CBT มีอยู่ 3 ประการ คือ 1) ความคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) ความคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงได้ และ 3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมทำได้โดยการเปลี่ยนความคิด (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) หลักทฤษฎีของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ใช้ในการบำบัดภาวะซึมเศร้าเป็นการบำบัดที่มีลักษณะการบำบัดแบบเร่งรัด มีระยะเวลาในการบำบัด

และมีโครงสร้างช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความไม่ถูกต้องของข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับความคิด และเรียนรู้ยุทธศาสตร์ วิธีการต่าง ๆ เพื่อจัดการกับความคิดที่บิดเบือน หลักการในการปรับความคิดและพฤติกรรมตามแนวคิดของ Beck ประกอบด้วยการบำบัด 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง 3) การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและการคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา และ 4) การค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเมื่อบุคคลสามารถที่จะค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบได้จะส่งผลให้ความซึมเศร้าลดลงตามลำดับ Beck กล่าวว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากกระบวนการคิดที่บิดเบือน (Cognitive triad) 3 ด้าน ได้แก่ 1) การมองตนเอง 2) การมองโลก และ 3) อนาคตไปในทางลบ การคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive error) และเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative thought) Beck เชื่อว่าความคิดด้านลบนี้จะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยมีตัวอย่างแบบแผนความคิด ความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Beck, 1995 อ้างถึงใน อารีรัช จำนงผล, 2550) แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กระบวนการคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

แบบแผนความคิด (Cognitive pattern)	**ความคิด (Though)**	**พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive behavior)**
มองตนเองด้านลบ	ไร้ค่า,ไม่ดีพอ	ปฏิเสธ, แยกตัว
มองโลกด้านลบ	ไม่มีใครช่วยเหลือ, ไม่ยุติธรรม	สิ้นหวัง
มองอนาคตในทางลบ	ช่วงนี้ล้มเหลว	ฆ่าตัวตาย

แบบแผนความคิด (Schemas) ซึ่ง Beck ให้ความหมายของ Schemas ว่าเป็นแบบแผนการคิดที่ใช้ในการดำเนินชีวิต เป็นตัวกำหนดแนวคิดของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งจะแสดงให้เห็นว่าบุคคลมีทัศนคติและมีวิธีการในการจัดการกับปัญหาอย่างไร นอกจากนี้ Wright and Beck (1995) อธิบายถึงแบบแผนการคิดว่าเป็นรูปแบบโครงสร้างของความคิดในระดับที่ลึกซึ้งประกอบด้วย การตรวจสอบ การคัดกรอง การใช้ข้อมูลที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งโครงสร้างความคิดนี้เกิดจากประสบการณ์ในวัยเด็ก และจะมีบทบาทที่จะช่วยในการปรับตัว รวมไปถึงสามารถนำข้อมูลที่ได้มาเชื่อมโยงเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการเจ็บป่วยทางจิตจะมีกลุ่มของความผิดปกติของแบบแผนการคิดซึ่งจะมีผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติ โดยมีตัวอย่างแบบแผนความคิดที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม (Wright & Beck, 1995

อ้างถึงใน อารีรัช จำนงผล, 2550) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวอย่างแบบแผนความคิด (Schemas) ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม

แบบแผนความคิดที่เหมาะสม	แบบแผนความคิดที่ไม่เหมาะสม
1. ถ้ามีเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้น ฉันสามารถจัดการกับเหตุการณ์ได้	1. ฉันจะต้องจัดการกับเหตุการณ์ใด ๆ ก็ตามให้เรียบร้อยสมบูรณ์แบบเท่านั้น
2. ถ้าฉันทำอะไรบางอย่าง ฉันสามารถควบคุมสิ่งที่ฉันทำได้	2. ถ้าฉันเลือกทำอะไรสิ่งนั้นต้องสำเร็จ
3. ฉันเป็นนักค้นหา จึงไม่กลัวความล้มเหลว	3. ฉันรู้สึกไม่ดีแย่กลัวกับสิ่งที่ทำ
4. คนอื่นไว้ใจ เชื่อถือฉันได้	4. คนอื่นไม่เชื่อใจฉัน ไม่มีใครไว้ใจฉัน
5. ผู้คนเคารพนับถือตน	5. ไม่มีใครเคารพนับถือฉัน
6. ถ้าฉันมีการเตรียมตัวต่ออนาคต ฉันจะทำได้	6. ฉันไม่เคยรู้สึกสะดวกสบายหรือพึงพอใจกับสิ่งใด

รูปแบบความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) หรือความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใดค่อนข้างไม่มีเหตุผล (Beck, 1971 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) รูปแบบความคิดที่บิดเบือนที่เกิดขึ้น ดังต่อไปนี้

1. คิดแบบสุดโต่ง คิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด เป็นการแบ่งความคิดหรือผลที่ออกมาเป็น 2 ขั้ว (All-or-none หรือ Back or white, absolutistic thinking) เช่น “ฉันอาจเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จสูงสุดหรือล้มเหลวโดยสิ้นเชิง” “เขารักฉันอย่างสุดหัวใจหรือไม่ก็ไม่รักฉันเลย”

2. คิดในทางร้าย (คิดแบบหายนะ บางครั้งเรียกว่าเป็นการทำนายโชคชะตา) เป็นการทำนายอนาคตในด้านลบโดยไม่พิจารณาถึงความเป็นไปได้อื่น ๆ (Catastrophizing/ Fortune telling) เช่น “ฉันขับรถไม่ได้เพราะฉันจะมีอุบัติเหตุ” “เรามีลูกพิการ สามีคงช่วยอะไรไม่ได้”

3. ไม่ยอมรับสิ่งดี ๆ ด้านบวก (Discounting the positive) บางคนมักบอกตัวเองอย่างไม่มีเหตุผลว่า ประสบการณ์ดี ๆ หรือคุณลักษณะดี ๆ ไม่ควรถือเอามาเป็นสำคัญ เช่น “ฉันทำโครงการนั้นได้ดี แต่ไม่ได้หมายความว่าฉันเก่ง ฉันเพียงแต่โชคดีเท่านั้นเอง”

4. การคิดหาเหตุผลโดยใช้อารมณ์นำโดยการแปลความหมายของสถานการณ์โดยปราศจากเหตุผล (Emotional reasoning) บางคนคิดว่าอะไรบางอย่างต้องเป็นความจริงเพราะ

เขารู้สึกว่ามันเป็นความจริง (คือเขาเชื่ออย่างนั้นจริง ๆ) แต่ในขณะเดียวกันก็เพิกเฉยต่อหลักฐานว่าความเชื่อของเขานั้นผิด เช่น “ผมมีอะไรดีหลายอย่างในที่ทำงานแต่ผมยังรู้สึกอย่างรุนแรงว่าผมเป็นคนที่ล้มเหลว”

5. การตีตรา (Labeling) เป็นลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลหรือเหตุการณ์ซึ่งทำให้ปรากฏชัดเจนเช่น“เพราะว่าฉันมีความล้มเหลว ไม่ถูกเลือกให้เต้นบัลเล่ต์ ฉันจึงเป็นคนล้มเหลว” “ผมไม่มีอะไรดี” “เขาเป็นคนเกิดมาแพ้” “เมียผมเป็นคนน่ารำคาญ” “ผมไม่มีอะไรดี” “สถานการณ์นี้หมดหวัง”

6. การคิดแบบครอบคลุมมากเกินไป (Over-generlization) เป็นหลักฐานได้มาจากประสบการณ์ของตัวเองหรือประสบการณ์เพียงเล็กน้อยแล้วนำมาสรุปอย่างไร้หลักฐานซึ่งเข้าใจยาก หรือบางคนจะตัดสินภาพรวมในทางลบที่มากไปกว่าสถานการณ์ปัจจุบัน เช่น “เพราะตอนนี้ฉันเหงา ชาตินี้ฉันคงไม่มีเพื่อนอีกก็ได้” “เพราะฉันพูดหน้าห้องไม่เก่ง ฉันเป็นคนไร้ความสามารถ”

7. ขยายความให้มาก/ น้อยเกินจริง (Magnification/ Minimization) ทำให้เกิดความคิดเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความคิดที่ประเมินค่าความสำคัญ หรือขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผิดพลาดไป หรือประเมินไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือนในการประเมินคนหรือสถานการณ์ พยายามขยายด้านลบและย่อส่วนด้านบวกอย่างไม่มีเหตุผลเมื่อเกิดความผิดพลาดกับตัวเอง จะมองปัญหานั้นขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง หรือเมื่อมีเหตุการณ์ที่มากระทบตนเองเพียงเล็กน้อยก็อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองอย่างรุนแรง เช่น “เมื่อฉันได้รับการประเมินไม่ดี แสดงว่าฉันโง่ เมื่อได้รับการประเมินว่าดีก็ไม่ได้พิสูจน์ว่าฉันเป็นคนฉลาด”

8. การคัดกรองทางจิตใจ (Mental filter) เลือกที่จะเชื่อหรือคิดในสิ่งที่ตนเอง มีความเชื่อหรือคิดมองอยู่แต่ด้านลบบ่อย ๆ หนึ่งหรือสองด้าน แต่เพิกเฉยต่อภาพใหญ่ โดยเลือกที่จะคิดหรือเชื่อในสิ่งที่ไม่ดีและมองข้ามสิ่งที่ดี ๆ ไป เช่น “ถ้าวันนี้ฉันกับเพื่อนไปกันไม่ได้ดี แสดงว่าเราต้องไม่เป็นเพื่อนกันอีกต่อไปแล้ว”

9. การอ่านใจคน (Mind reading) เป็นการกล่าวถึงในเชิงลบเกี่ยวกับความคิดความตั้งใจหรือแรงจูงใจของคนอื่นเช่น “หัวหน้าคิดว่าฉันไม่เป็นงาน”

10. เป็นการคิดต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่า “ควรจะ” และหรือ “ต้อง” “น่าจะต้อง” (“Should” and “Must”) เป็นไปตามความคาดหวังหรือความปรารถนาของตน เป็นความคิดที่แสดงให้เห็นถึงการมีมาตรฐานที่เข้มงวด มีความตายตัวว่าตัวเองหรือผู้อื่นควรจะหรือต้องประพฤติตัวอย่างไร หากทำไม่ได้จะประเมินว่าแย่มาก เช่น “ฉันควรถูกเสมอ การทำผิดพลาดเป็นเรื่องแย่มาก” “เขาควรจะสุภาพกับฉันตลอดเวลา”

หลักการสำคัญของการบำบัดโปรแกรมทางความคิดและพฤติกรรม

ในการบำบัดโปรแกรมทางความคิดและพฤติกรรม มีหลักการสำคัญ (Beck, 1995) สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. การวางแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วย (Case formulation) การบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม จะเป็นการนำข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยมาวิเคราะห์ในรูปแบบของโมเดลความคิด (Cognitive model) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าในแต่ละสถานการณ์ มีความคิด ความรู้สึก ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมอย่างไรอยู่บนพื้นฐานของการทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยโดยให้ความสนใจกับเหตุการณ์ที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์ และพฤติกรรม การแปลความที่เป็นเหตุให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมดังกล่าวแล้วพิจารณาปัญหาในแต่ละด้าน

2. การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด (Therapeutic alliance) ในการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม ผู้บำบัดจะต้องมีปัจจัยพื้นฐานที่จะสามารถให้คำปรึกษาได้ เช่น มีความรู้สึกที่อบอุ่น ให้การดูแล การนับถืออย่างจริงใจไม่เสแสร้ง มีความตั้งใจฟังอย่างเข้าอกเข้าใจ สรุปความคิด และความรู้สึกอย่างถูกต้อง จะทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจในตัวผู้บำบัดมากพอที่จะพูดอย่างตรงไปตรงมา สรุปคือ ผู้บำบัดต้องเป็นพันธมิตรกับผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะไม่ใช่ผู้ปกครอง หรือผู้นำไม่ออกคำสั่ง

3. ความร่วมมือกัน (Collaboration) การปรับทางความคิดและพฤติกรรม ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันตลอดการบำบัด การบำบัดที่ดีและมีประสิทธิภาพคือการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะต้องกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในการรักษาตนเอง กระบวนการบำบัดจะเกิดขึ้นได้จากทั้งผู้บำบัดเองและตัวผู้รับการบำบัด

4. การเน้นที่เป้าหมาย (Goal focus) การปรับทางความคิดและพฤติกรรม มุ่งเน้นที่ปัญหามีเป้าหมายที่ชัดเจนและพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดต้องทำงานร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้นและเพ่งไปที่ตัวปัญหา

5. การเน้นที่ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (Emphasis on present) การปรับทางความคิดและพฤติกรรม เน้นที่การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และเน้นที่เหตุการณ์หรือสถานการณ์เฉพาะที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ใจ ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถที่จะแยกแยะ ประเมินตอบโต้ความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ของตนเอง ให้เห็นลักษณะความคิดในปัจจุบันที่ทำให้เกิดความคิดไม่เป็นประโยชน์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงของการเจริญเติบโต ที่มีอิทธิพลต่อความคิดและลักษณะของการตีความเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

6. เป็นลักษณะของการให้ความรู้ (Education) การปรับความคิดและพฤติกรรม ผู้บำบัดมีบทบาทให้ความรู้แก่ผู้รับการบำบัด ให้ผู้ป่วยสามารถเป็นผู้บำบัดตนเอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ผู้บำบัดจะเป็นผู้ให้คำอธิบายแก่ผู้รับการบำบัดถ่ายทอดเรื่องราวให้กับผู้รับการบำบัดฟังอย่างชัดเจนและเข้าใจให้มีความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเอง การแก้ไขปัญหาและเป้าหมายของการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความกระจ่างและมีความร่วมมือในการรักษาอย่างเต็มที่

7. การกำหนดเวลาในการพบกันในแต่ละครั้งที่ชัดเจน (Time limitation) การปรับทางความคิดและพฤติกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เข้าใจถึงคุณค่าของเวลา และพยายามทำเวลาที่มีให้เกิดประโยชน์และประสิทธิภาพสูงสุด ระยะเวลาที่กำหนดในแต่ละครั้งประมาณ 45-90 นาที จำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัด 8-12 ครั้ง

8. มีโครงสร้างที่ชัดเจน (CBT have structure) การปรับทางความคิดและพฤติกรรม เวลาพบกันแต่ละครั้ง ต้องมีโครงสร้างชัดเจน ประกอบด้วย ประเด็นที่ต้องพูดคุย การสำรวจอาการ อารมณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบสัปดาห์ผ่านมา ทบทวนการบ้าน ร่วมกันกำหนดเรื่องในแต่ละครั้งร่วมกันอภิปรายและสรุปประเด็นในการสนทนาแต่ละประเด็นมีการประเมินกลับทุกครั้งและมีการกำหนดการบ้าน

9. มุ่งเน้นที่การคิด (Cognitive focus) ผู้บำบัดสอนให้ผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิด ประเมินความคิดและปรับความคิดให้เหมาะสมเป็นการสอนให้ผู้รับการบำบัดสังเกต แยกแยะ ประเมิน และโต้ตอบความคิดความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์และการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม ไม่ใช่เฉพาะเหตุการณ์เท่านั้นที่มีผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรม แต่เป็นการรับรู้เหตุการณ์ที่มีผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรม

10. การใช้หลากหลายเทคนิค (Variety of techniniques) การปรับทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความคิด อารมณ์และพฤติกรรม อาจนำเทคนิคต่าง ๆ หลายเทคนิค วิธีมาใช้ได้แก่ Socratic questioning, Activity scheduling, Using imagery and role play เป็นต้น

เทคนิคสำคัญในการบำบัดโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้สูงอายุ

1. การให้ความสำคัญของระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ

2. การค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และระดับการทำกิจกรรมโดยการใช้ตารางการทำกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ (Weekly activity schedule)

3. การใช้ตารางกิจกรรมในการค้นหาความคิดและความรู้สึก

4. การติดตามอารมณ์ (The mood-monitoring form)

5. การเพิ่มขึ้นของระดับการทำกิจกรรมผู้ป่วยโดยมีแนวทางของเหตุการณ์ที่น่าสนใจของผู้สูงอายุ (Pleasant Events [PE]) ได้แก่ เหตุการณ์ที่ทำให้เป็นความจริงได้ (The PE must be realistic) การเลือกใช้ PE ที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้มากขึ้น เช่น ช่วยในการสร้างงานอดิเรก หรือพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุทำได้น้อยลง และการเลือกเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุมีความสุขโดยให้ผู้สูงอายุนั้นเลือกเอง 10 เหตุการณ์ที่น่าสนใจที่สุด

6. เทคนิคการแก้ไขปัญหา (Problem-solving techniques)

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการบำบัด และระยะเวลาในการบำบัดสั้น ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Butler, Chapman, Forman, and Beck (2006) ได้ทำการศึกษาแบบ Meta-analysis เรื่อง การศึกษาสถานภาพของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยการรวบรวมงานวิจัยทำการศึกษาวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการรักษาโดยใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม

รูปแบบการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม

ปัจจุบันรูปแบบการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมมี 2 รูปแบบ ได้แก่ การบำบัดแบบรายบุคคล และ การบำบัดแบบกลุ่ม

1. การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคล (Individual psychotherapy) เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง ที่ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัด เป็นรายบุคคล เผชิญหน้ากัน พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้บำบัด วิเคราะห์สภาพปัญหา หาสาเหตุของปัญหา และร่วมกันในการแก้ไขสิ่งที่เป็นปัญหา หรือความทุกข์ ความคับข้องใจของผู้รับการบำบัด ข้อดีของการทำจิตบำบัดรายบุคคล คือ สามารถแก้ปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างทั่วถึง และสามารถแก้ปัญหาในเชิงลึกได้ (ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, 2551) จากการศึกษาของ สุนทรี ศรีไกไสย (2550) เรื่อง ผลของการทำจิตบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดของซาเทียร์ในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตนเองทั้งอารมณ์ ความคิดและการกระทำโดยดำเนินชีวิตอย่างมีความสงบสุขในจิตใจได้มากขึ้น มีมุมมองเชิงบวกต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัวมากขึ้น ยอมรับและเข้าใจตนเองสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ของตนเองได้

2. การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม (Group psychotherapy) เป็นการบำบัดโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย สมาชิกในกลุ่มจำนวน 8-12 คน (Yalom, 1995) และผู้บำบัดมีหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม เป้าหมายสำคัญของการบำบัด เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ยอมรับตนเองและผู้อื่นได้ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนความคิด เจตคติ และพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ลักษณะของกลุ่มเป็นการจัดให้ผู้รับการบำบัดมารวมกลุ่มกัน โดยมีผู้บำบัดเข้าร่วมกลุ่มตามกระบวนการกลุ่ม มุ่งเน้น

การสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเจตคติ ข้อดีของการทำจิตบำบัดแบบกลุ่ม เป็นรูปแบบที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับการบำบัดจำนวนที่มากกว่าการบำบัดเป็นรายบุคคล ประหยัดทั้งเวลา ค่าใช้จ่ายและผู้บำบัดสามารถให้การช่วยเหลือสมาชิกได้ครั้งละหลายคนในเวลาเดียวกัน แต่การทำกลุ่มบำบัดมีข้อจำกัดอยู่บ้างคือ ความต้องการหรือปัญหาของแต่ละบุคคลอาจไม่ได้รับการตอบสนองอย่างทั่วถึง การมุ่งเน้นปัญหาเชิงลึกของแต่ละคนค่อนข้างทำได้ยากหากเทียบกับการบำบัดรายบุคคล (ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, 2551)

การบำบัดโดยปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มุ่งเน้นผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าการทำให้เข้าใจในสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมโดยเชื่อว่าพฤติกรรมเปลี่ยนได้เมื่อบุคคลนั้นเปลี่ยนความคิดใหม่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็น อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมใหม่เกิดขึ้น หน้าที่ของผู้บำบัด คือพยายามให้บุคคลเปลี่ยนความคิด โดยเฉพาะความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล เป้าหมายของการบำบัด คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ตลอดจนวิธีการปรับเปลี่ยนนั้นว่าต้องทำอะไรบ้าง สมาชิกในกลุ่มเหมือนเป็นตัวเสริมแรงที่จะให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งที่เป็นทางบวกและทางลบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ กลุ่มเป็นเสมือนแหล่งที่เอื้อประโยชน์ให้สมาชิกพัฒนาความรู้สึกของการเป็นส่วนร่วมของกลุ่มและเอื้อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกให้ได้รับแรงเสริมทางบวกและคิดอย่างสมเหตุสมผล (ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, 2551)

การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม เป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดคือการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ สมาชิกกลุ่ม เกิดการเรียนรู้ ทักษะทางสังคมในการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยเฉพาะข้อมูลทางบวก เมื่อผู้รับการบำบัดต้องออกไปสู่สังคมและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยผู้นำกลุ่มเป็นตัวกระตุ้น ข้อดีของรูปแบบการบำบัดตามแนวคิดทฤษฎีนี้ คือ ความเป็นธรรมตรงไปตรงมา แต่การให้ข้อมูลย้อนกลับทางลบแก่สมาชิกที่ยังไม่มีความไว้วางใจ และยังไม่พัฒนาความรู้สึกที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม อาจทำให้สมาชิกเหมือนถูกต่อต้านอาจจะไม่เข้าร่วมกลุ่มในครั้งต่อไปได้ ผู้นำกลุ่มต้องประเมินในส่วนนี้ และต้องใช้เทคนิคนี้ด้วยความระมัดระวังและข้อจำกัดการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีมาใช้ คือ การไม่ได้มุ่งถึงสาเหตุของพฤติกรรมซึ่งอาจจะเป็นการแก้ปัญหาที่ผิวเผิน นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลของผู้รับการบำบัดอาจทำให้กดดันที่ต้องปฏิบัติตามกรอบแนวคิดและค่านิยมของผู้อื่นมากกว่าภายใต้บริบทของตนเอง (ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, 2551)

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มุ่งเน้นผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นรูปแบบที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการจำนวนที่มากกว่าการรักษาเป็นรายบุคคล ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่ายและบุคลากรสามารถช่วยเหลือสมาชิกได้ครั้งละหลายคนในเวลาเดียวกันได้

ขั้นตอนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) ดังต่อไปนี้

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ขั้นแรก ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความหมายของความคิด ความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตระหนักถึงความสำคัญของความคิดอัตโนมัติ และความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติในทางลบกับความซึมเศร้า โดยผู้บำบัดฝึกผู้รับการบำบัดให้จับความคิดและค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเอง หลังจากนั้นมอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดจับความคิดอัตโนมัติในทางลบ ที่ก่อให้เกิดความซึมเศร้าของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ แล้วบันทึกความคิดเหล่านั้นไว้ในระยะแรก ๆ ผู้รับการบำบัดอาจไม่สามารถจับความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นได้ อาจให้ผู้รับการบำบัดบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นเมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลงไป วิธีการที่จะค้นหาและแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องมีวิธีการดังนี้

1.1 บันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นนั้นทันทีทันใด

1.2 ให้ผู้รับการบำบัดจัดช่วงเวลาในแต่ละวันเพื่อที่จะทบทวนแล้วบันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นหรืออาจให้ผู้รับการบำบัดบันทึกถึงความคิดที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องที่มักจะผ่านเข้ามาในความคิดบ่อยครั้งให้ละเอียดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

1.3 ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้รู้สึกซึมเศร้าแล้วบันทึกเหตุการณ์และความคิดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้น ๆ เช่น ให้ผู้รับการบำบัดบันทึกถึงเรื่อง “เวลาที่แย่ที่สุดของวันนี้ที่ทำให้ฉันรู้สึกซึมเศร้า”

1.4 ผู้บำบัดชี้ให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นำ และความคิดที่ทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความซึมเศร้า วิธีการทั้งหมดดังกล่าวมาข้างต้น จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถที่จะค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ทำให้เกิดความซึมเศร้า และทำให้ความซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งหลังจากผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเองได้แล้วก็ให้บันทึกความคิดนั้น ๆ โดยการใช้แบบบันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้บำบัดนำมาใช้เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกทักษะในการค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ พิจารณาถึงความคิดอัตโนมัติในทางลบอย่างมีเหตุผล ทำให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติในทางลบกับความซึมเศร้าและความแตกต่าง ระหว่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับความคิดอัตโนมัติในทางลบ การให้ผู้บำบัดบันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบ และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับการบำบัดต่อความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นลงในแบบบันทึกเป็นวิธีการเบื้องต้นในการตรวจสอบ การประเมินและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ

2. การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง ผู้บำบัดจะช่วยผู้รับการบำบัดตรวจสอบว่า ความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นมีความแม่นตรง มีความสมเหตุสมผล หรือตรงตามสภาพความเป็นจริงเพียงใด แต่ผู้บำบัดต้องไม่ทำให้ผู้รับการบำบัดคิดว่าปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เผชิญอยู่มีสภาพดีกว่าที่เป็นอยู่จริง ผู้บำบัดใช้วิธีการ โดยกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดวิเคราะห์ว่าในสถานการณ์นั้น ๆ สามารถเกิดได้จากสาเหตุอื่น ๆ หรือมีความเป็นไปได้อย่างอื่นอีกหรือไม่ อาจมีการเปรียบเทียบกับความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลทั่วไป ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า สาระสำคัญของการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ ก็เพื่อให้บุคคลมีการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ โดยการวิเคราะห์ความคิด ทัศนคติ การให้ความหมายของผู้รับการบำบัดต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้น ๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผลและความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง การที่ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้ที่จะตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ กับสถานการณ์ต่าง ๆ ตามความเป็นจริงทำให้มีโอกาสที่จะประเมินความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเองว่ามีความเหมาะสมหรือสมเหตุสมผลหรือไม่ ทำให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไป

3. การปรับเปลี่ยนความคิด วิธีการปรับเปลี่ยนความคิด (Beck et al., 1979) เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น มีวิธีการดังนี้

3.1 การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหา (Reattribution) ผู้ที่ซึมเศร้ามักจะมีความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น ผลลัพธ์ในทางลบที่เกิดจากปัญหาใด ๆ แม้เพียงปัญหาเดียวก็หมายถึงเขาเป็นคนล้มเหลวปัญหาเกิดจากตัวเขาเองทั้งหมด มีการมองปัญหาในลักษณะยึดมั่นกับความคิดของตนเองไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น

3.2 การปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (Decatastrophizing) ผู้ที่มีความซึมเศร้ามักจะมองสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ประสบแล้วแปลความที่บิดเบือนไปในทางลบ คาดการณ์ถึงเฉพาะแต่ผลลัพธ์ในทางลบ (Catastrophic thinking) ที่จะเกิดขึ้นจากสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้น เมื่อเผชิญกับปัญหาผู้ที่มีความซึมเศร้ามักจะมองว่าปัญหานั้น ไม่สามารถแก้ไขได้ จึงไม่คิดหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ผู้บำบัดใช้วิธีการเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดของผู้รับการบำบัดใหม่ โดยการกระตุ้น ให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติในทางลบ ที่เกี่ยวกับปัญหานั้นตามความเป็นจริงปัจจัยเหตุอื่น ๆ ที่อาจก่อให้เกิดปัญหา ถ้าความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นของผู้รับการบำบัดตรงตามความเป็นจริง ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาว่าจะเกิดผลลัพธ์อะไรบ้าง ถ้าผู้รับการบำบัดต้องอยู่ในสถานการณ์นั้นจริง ๆ ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นน่าหวาดกลัวอย่างที่ผู้รับการบำบัดคิดหรือไม่ แล้วถ้าผู้รับการบำบัดมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อไปจะมีผลอย่างไรบ้างต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านอารมณ์และความรู้สึก ต่อมาผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด จึงร่วมกันหา

แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหา และความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา เป็นวิธีการที่ใช้กับผู้รับการบำบัดที่มีความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงและเชื่อมโยงว่าเป็นความบกพร่องของตนเอง มีความคิดตำหนิตนเองอย่างสูง และคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นความรับผิดชอบของตนเองวิธีการนี้ไม่ใช่เป็นการปัดความรับผิดชอบแต่เป็นวิธีการเพื่อแสดงให้ผู้รับการบำบัดเห็นอย่างชัดเจนว่า นอกเหนือจากตัวของผู้รับการบำบัดเองแล้วนั้น ยังมีปัจจัยภายนอกอีกมากมายที่ส่งผลต่อปัญหาที่เกิดขึ้นผู้รับการบำบัดอาจมีความคิดตำหนิตนเอง แต่อย่างน้อยผู้รับการบำบัดจะสามารถค้นหาแนวทางการแก้ไขสถานการณ์เลวร้ายที่เผชิญอยู่ หรือ ป้องกันไม่ให้สถานการณ์อย่างเดิมเกิดขึ้นอีก

4. การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มักจะเป็นระบบปิดเกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งจะสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบ หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความซึมเศร้าขึ้นได้ ดังนั้น การค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเป็นวิธีการเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในแง่มุมใหม่ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความของปัญหาและวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น ๆ

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นสามารถลดความซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ดี ประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัดจึงไม่ได้เกิดเฉพาะขณะทำการบำบัดเท่านั้น แต่มีประโยชน์ทั้งในระยะของการบำบัดและในระยะหลังการบำบัดไปแล้ว

กล่าวโดยสรุป การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นจิตบำบัดที่พัฒนาตามแนวคิดของทฤษฎีการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมบำบัด เป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีโครงสร้างมีเป้าหมายและทิศทางในการบำบัดอย่างชัดเจน โดยมีแนวคิดว่าอารมณ์และพฤติกรรมของแต่ละบุคคลเป็นผลมาจากความคิด ซึ่งความคิดของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางความคิดซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ประสบมา วัตถุประสงค์ของการบำบัดเพื่อที่จะปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยมีวิธีการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบความเป็นจริง การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหา และการคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา และการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งผลของการบำบัดนั้นสามารถลดอาการ และอาการแสดงของโรคซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ดี เนื่องจากบุคคลมีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบและสามารถนำวิธีการในการบำบัดไปประยุกต์ใช้ต่อไปในอนาคต การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความคิดใหม่ที่เป็นบวกมากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหา ได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาของ Tsai-Hwei Chen (2008 อ้างถึงใน ปริวัตร ไชยน้อย, 2551) เรื่อง การประเมินผลการรักษาด้วยวิธีกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังติดตามการทดลอง 1 เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับความมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ จากการศึกษาของ Ha and Oh (2006) ศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาที่มีบุตรที่มีปัญหาพฤติกรรม เปรียบเทียบผลของการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลองสิ้นสุดและระยะติดตามผล 3 เดือนไม่แตกต่าง จากการศึกษาของ ศรีวิไล โมกขาว (2554) เรื่อง ผลโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.5 และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาของ กัญญาณัฐ สุภาพร (2555) เรื่อง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางความคิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากการศึกษาของ รัตติมา ศิริโหราชัย (2551) เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ตามทฤษฎีของ Beck (1967) ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมบ้านบางแคพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังการทดลองลดลงกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในระยะติดตามผลพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ นวพร นาวีสาคร (2554) เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ส่วนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มช่วยเสริมคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงประโยชน์ของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ที่มีต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในผู้สูงอายุในงานวิจัยครั้งนี้

การปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มนับเป็นการบำบัดทางเลือกที่มีประสิทธิผล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการบำบัดความซึมเศร้า ซึ่งบทบาทด้านการบำบัดนั้นนับเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาล มีแนวคิดต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิตว่า การดูแลรักษาผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจจำเป็นต้องมีการผสมผสานและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างครอบคลุมทุกมิติของภาวะสุขภาพ ในผู้ที่มีปัญหาทางจิตเรื้อรัง ดังเช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะต้องมีการดูแลรักษาทั้งการให้ยาและการทำจิตบำบัด ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตในปัจจุบันจำเป็นต้องมีการดูแลรักษาทั้งด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณเพื่อประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดกับผู้ป่วย ดังนั้นการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มีประโยชน์ทั้งทางด้านการบำบัดและความคุ้มค่าคุ้มทุนทางด้านการดูแลรักษาที่สามารถทำให้ผู้ป่วยที่มีจำนวนมากได้ และจากการศึกษาและงานวิจัยที่ผ่านมาสนับสนุนว่าการปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถใช้บำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนครั้งนี้

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มคือวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post test and follow-up design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนของตำบลทางเกวียน โรงพยาบาลแกลง อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยในชุมชน ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลแกลง ตำบลทางเกวียน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง ในปี พ.ศ. 2558 จากสถิติประชากรผู้สูงอายุย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2555-2557 มีจำนวน 604, 611 และ 626 คน ตามลำดับ และจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลแกลง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2 Q) ของกรมสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า 113 คน ผู้วิจัยเลือกศึกษาในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในเขตความรับผิดชอบของตำบลทางเกวียน โรงพยาบาลแกลง อำเภอแกลง จังหวัดระยอง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับ 10-19 คะแนน (ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย-ปานกลาง) และไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า จากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory IA [BDI-IA])
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ฟังและอ่านออกเขียนได้
3. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจากการใช้แบบประเมิน TMSE มีคะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน
4. ไม่เป็นโรคเรื้อรังที่มีอาการกำเริบและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น และสามารถเข้าร่วมกลุ่มเป็นระยะเวลา 60-90 นาทีได้
5. สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มได้
6. ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมมาก่อน

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

ระหว่างเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

1. มีอาการทางจิตเฉียบพลันที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้

2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมได้ครบทุกครั้ง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองซึ่ง Polit and Hungler (1999) ได้กำหนดไว้ว่า การวิจัยกึ่งทดลองควรมีกลุ่มตัวอย่าง 20-30 คน โดยถ้ามีการ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในแต่ละกลุ่มควรมีกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 10 คน สอดคล้องกับแนวคิดการทำกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ที่กล่าวว่าการทำกลุ่มควรมีสมาชิกในกลุ่มจำนวน 8-12 คน เพราะหากมีสมาชิกกลุ่มมากเกินไปไปอาจทำให้กระบวนการกลุ่มไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากได้รับการเรียนรู้ไม่ทั่วถึง หรือบางครั้งเกิดเป็นกลุ่มย่อย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 12 คน และกลุ่มทดลอง 12 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือ จากหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพื่อคัดเลือกเวชระเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้คัดกรองไว้แล้วด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) ของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 113 คน

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด และมีผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้จำนวน 61 คน จากนั้นผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการคัดกรองแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่ได้คัดกรองตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ มีจำนวน 42 คน จากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในครั้งนี้ จำนวน 24 คน

4. ผู้วิจัยทำบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ได้รับการคัดเลือกไว้แล้วทั้งหมด จำนวน 24 คน

5. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากโดยกำหนดให้ “เลขคู่” เป็นกลุ่มทดลอง และ “เลขคี่” เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองตามขั้นตอนที่กำหนดต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ประกอบด้วย แบบประเมินทดสอบสภาพสมองคนไทย TMSE (Thai mental state examination) (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck depression inventory) และ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 แบบทดสอบสภาพสมองของไทย TMSE (Thai mental state examination) (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536) แบบทดสอบสภาพสมองคนไทยนี้ เป็นแบบคัดกรองเพื่อวินิจฉัยแยกภาวะสมองเสื่อมในประชากรทั่วไป นำไปใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน หรือในคลินิกพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมองโดยจะวัดตัวแปรสมรรถภาพทางสมองทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ สถานที่ (Orientation) ด้านความจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) ด้านการคำนวณ (Calculation) ด้านความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา (Language) และด้านความจำเฉพาะหน้า (Recall) แบบทดสอบสภาพสมองของไทย คะแนนเต็ม คือ 30 คะแนน มีจุดตัดที่ค่าคะแนนเท่ากับ 23 คะแนน หากคะแนนต่ำกว่านี้ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวและการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

1.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและทดลองใช้โดย มุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 เป็นการประเมินด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ บนพื้นฐานทฤษฎีปัญญานิยม เพื่อประเมินอาการแสดงออกในพฤติกรรมต่าง ๆ ในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย และประเมินซ้ำได้ ทำให้มีผู้นิยมนำมาใช้ในการพัฒนางานบริการ และงานวิจัยมาก แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นคำข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต 15 ข้อ ส่วนอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน 0 คะแนน คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า จนถึง 3 คะแนน คือ มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0-63 คะแนน แบ่งระดับภาวะซึมเศร้า ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้คือ

0-9	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
10-15	คะแนน	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
16-19	คะแนน	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

20-29 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก

30-63 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

1.4 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (Rosenber's self-esteem scale [RSE]) ที่ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) แปลและดัดแปลงมาใช้กับผู้สูงอายุไทยในงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 ข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด 10 ข้อเป็นข้อความด้านบวก 5 ข้อ ข้อความด้านลบ 5 ข้อ ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเลย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบบ้างเล็กน้อย

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบทั้งหมด

การให้คะแนนข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6 และ 7 โดยกำหนดให้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 คะแนน สำหรับข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ ซึ่งได้แก่ ข้อ 3, 5, 8, 9 และ 10 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน รวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ คะแนนมากหมายถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแบบกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่เผชิญ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ ด้วยเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม ส่งเสริมให้เกิดความคิดทางเลือกซึ่งเป็นความคิดใหม่ที่สมเหตุสมผลและยืดหยุ่น มีความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลง โดยการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน เข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอน

รายละเอียดโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรม เป้าหมาย วัตถุประสงค์หลัก ระยะเวลา สถานที่ดำเนินกิจกรรม สื่ออุปกรณ์ที่ใช้ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม รายละเอียดของการทดลองมีดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จากตำราเอกสารและบทความที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดของ Beck (1967) ตามขั้นตอนการบำบัด 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง การปรับเปลี่ยนความคิดและการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นการบำบัดแบบกลุ่มและมีจำนวนครั้งในการบำบัดทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์และวันศุกร์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย การทำกลุ่ม 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษา ทำความเข้าใจในแต่ละกิจกรรมให้ผู้บำบัดทราบ

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ของกระบวนการคิดและพฤติกรรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เชื่อมโยงให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เรียนรู้เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง รวมถึงแนวทางการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 การระบุความคิดอัตโนมัติ ประกอบด้วย การทำกลุ่ม 2 ครั้ง

ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ

ครั้งที่ 4 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง

ระยะที่ 3 การค้นหาความคิดทางเลือก ประกอบด้วยการทำกลุ่ม 4 ครั้ง

ครั้งที่ 5 การค้นหาความคิดทางเลือกด้วยแบบบันทึกความคิด การมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจและความสุขในชีวิต

ครั้งที่ 6 การค้นหาความคิดทางเลือกด้วยการพูดกับตัวเองทางบวก การยอมรับจากผู้อื่นและสังคม การเห็นความสำคัญของตนเอง

ครั้งที่ 7 การจัดการกับอารมณ์และการแก้ไขปัญหา ความสำเร็จความพึงพอใจในชีวิต

ครั้งที่ 8 กิจกรรมความสุขการมองตนเองอย่างมีคุณค่าและกิจกรรมทบทวน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และการตรวจสอบค่าความเที่ยง ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำรูปแบบการทำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่ได้พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามแนวคิดทฤษฎี จุดมุ่งหมาย เนื้อหา วิธีการ และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 5 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา พิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมและเวลา ก่อนนำไปดำเนินการในการทดลองต่อไป

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สร้างโดย Rosenberg (1965) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว และไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาแต่อย่างใดไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุในชุมชนเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลแกลง อำเภอแกลง จังหวัดระยอง ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน ทั้งนี้ให้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha) ซึ่งแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีค่าอัลฟาครอนบาคที่ .81 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีค่าอัลฟาครอนบารคที่ .93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกลง อำเภอแกลง จังหวัดระยอง เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยแนะนำตนเองอธิบายรายละเอียดของการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือตอบปฏิเสธหรือถอนตัวในการเข้าร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยได้รักษาความลับ โดยข้อมูลการวิจัยจะจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ล็อคด้วยรหัสลับ การเข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น และข้อมูลจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยชื่อหรือลักษณะส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลอย่างใดทั้งสิ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยและยินดีให้ความร่วมมือจึงให้ลงนามในใบยินยอมและเพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมด

5. หลังจากผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองเสร็จสิ้น และครบระยะเวลาการติดตามผล ผู้วิจัยจึงเข้าไปดำเนินกิจกรรมตามแผนการทำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มควบคุมโดยมีความครบถ้วนด้านเนื้อหาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองทั้งนี้โดยสมัครใจ

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการ**

1.1 หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 01-06-2559 แล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกลง อำเภอแกลง จังหวัดระยอง ตามลำดับเพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูล โดยใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนของตำบลทางเกวียน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกลงแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เตรียมสถานที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจัดเตรียมห้องทำกลุ่มที่ห้องประชุมศูนย์การเรียนรู้ของหมู่บ้าน เพื่อความเหมาะสมในการทำกลุ่มการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยจัดให้มีความสะดวก ปลอดภัย ไม่มีสิ่งรบกวน

1.4 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาจากตำราทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เรียนรู้หลักการและแนวทางในการทำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมจากการเรียนภาคทฤษฎี (รหัสวิชา 106504 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง 2) และการฝึกปฏิบัติในวิชาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (รหัสวิชา 106505) ของหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา ซึ่งได้ฝึกปฏิบัติเป็นระยะเวลา 1 ภาคการศึกษา และผู้วิจัยเข้ารับการอบรมหลักสูตรรูปแบบการปรับทางความคิดและพฤติกรรม จากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ จากกรมสุขภาพจิต จำนวน 24 ชั่วโมง

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเกิดจากความลำเอียงของผู้วิจัย โดยมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การให้คำปรึกษาผู้มีภาวะซึมเศร้า ผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ช่วยผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล สังเกตพฤติกรรมและบันทึกการทำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแต่ละครั้ง โดยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยทดลองฝึกการเก็บข้อมูลสังเกตพฤติกรรมและบันทึกข้อมูลการทำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับผู้วิจัย 2 ครั้งก่อนไปปฏิบัติจริง เพื่อให้ผู้ช่วยผู้วิจัย เข้าใจและทำหน้าที่เก็บข้อมูลในการสังเกตการทำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมของผู้วิจัย

1.6 เตรียมกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะนัดหมายวันเวลาและสถานที่ในการทดลอง โดยกำหนดการจัดกิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลองทุกวันจันทร์และวันศุกร์ เวลา 09.00-10.30 น. ณ ห้องประชุมศูนย์การเรียนรู้ ตำบลทางเกวียน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง

ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1.1 ระยะก่อนการทดลอง

2.1.1.1 แนะนำตนเองและแนะนำผู้ช่วยวิจัย สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้ และการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์และขั้นตอนการวิจัย

2.1.1.2 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ที่ห้องประชุมชุมชนในหมู่บ้าน โดยชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการศึกษาและขั้นตอนการวิจัยพร้อมกับสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.1.1.3 ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองประเมินภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

2.1.2 ระยะการทดลอง

เริ่มดำเนินการตามโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนของตำบลทางเกวียน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง ดำเนินการตามแผนการจัดกิจกรรมที่วางไว้ซึ่งประกอบด้วย การบำบัดจำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ในแต่ละครั้งใช้เวลาในการบำบัดประมาณ 60-90 นาที รายละเอียดของการบำบัดมีดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1: **ระยะการสร้างสัมพันธภาพ** ประกอบด้วยการทำกลุ่ม 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความเป็นมิตรระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการปรับความคิดและพฤติกรรมให้เกิดความไว้วางใจ ให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษา ทำความเข้าใจในแต่ละกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุทราบ

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ของกระบวนการคิดและพฤติกรรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เชื่อมโยงให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ การให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดงรวมถึงแนวทางการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2: การระบุความคิดอัตโนมัติ ประกอบด้วยการทำกลุ่ม 2 ครั้ง

ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ผู้วิจัยฝึกให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ของกระบวนการคิดและพฤติกรรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เชื่อมโยงให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง ผู้วิจัยฝึกให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาความคิดอัตโนมัติเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้และเข้าใจ ลักษณะความคิดอัตโนมัติและความคิดบิดเบือนซึ่งความคิดอัตโนมัติสามารถส่งผลให้บุคคลเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้

ระยะที่ 3: **การค้นหาความคิดทางเลือก** ประกอบด้วยการทำกลุ่ม 4 ครั้ง

ครั้งที่ 5 การค้นหาความคิดทางเลือกด้วยแบบบันทึกความคิดผู้วิจัยฝึกให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาความคิดอัตโนมัติเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้และเข้าใจ ลักษณะความคิดอัตโนมัติและความคิดบิดเบือนซึ่งความคิดอัตโนมัติสามารถส่งผลให้บุคคลเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ การมองโลกในแง่ดีและความพึงพอใจและความสุขในชีวิต

ครั้งที่ 6 การค้นหาความคิดทางเลือกด้วยการพูดกับตัวเองทางบวก ผู้วิจัยฝึกให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาความคิดอัตโนมัติเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้และเข้าใจ ลักษณะความคิดอัตโนมัติและความคิดบิดเบือนซึ่งความคิดอัตโนมัติสามารถส่งผลให้บุคคลเกิดอารมณ์ซึมเศร้า ผลการยอมรับจากผู้อื่นและเป็นที่ยอมรับในสังคม การเห็นความสำคัญของตนเอง สามารถเสริมคุณค่าในตนเองและช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

ครั้งที่ 7 การจัดการกับอารมณ์และการแก้ไขปัญหา ผลการยอมรับจากผู้อื่นและเป็นที่ยอมรับ ในสังคม ความประสบความสำเร็จและความพึงพอใจในชีวิต สามารถเสริมคุณค่าในตนเองและช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

ครั้งที่ 8 กิจกรรมความสุขการมองตนเองอย่างมีคุณค่าและกิจกรรมทบทวน

2.1.3 ระยะหลังการทดลอง

เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้ช่วยวิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและทำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์คะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Post test)

2.1.4 ระยะติดตามผล

ในระยะติดตามผลการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน (Follow up) ผู้ช่วยวิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและทำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองแล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

2.2 กลุ่มควบคุม

ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแกลง อำเภอแกลง จังหวัดระยอง โดยไม่ได้เข้าร่วมทดลองใด ๆ นอกจากทำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

และภาวะซึมเศร้า ทั้ง 3 ระยะ พร้อมกับกลุ่มทดลอง คือ ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

2.2.1 ระยะก่อนทดลอง

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมเพื่อขอความร่วมมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

2.2.2 ระยะการทดลอง

พยาบาลชุมชนให้การพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับสุขภาพจิตศึกษา ให้คำปรึกษารายบุคคลและติดตามเยี่ยมบ้าน

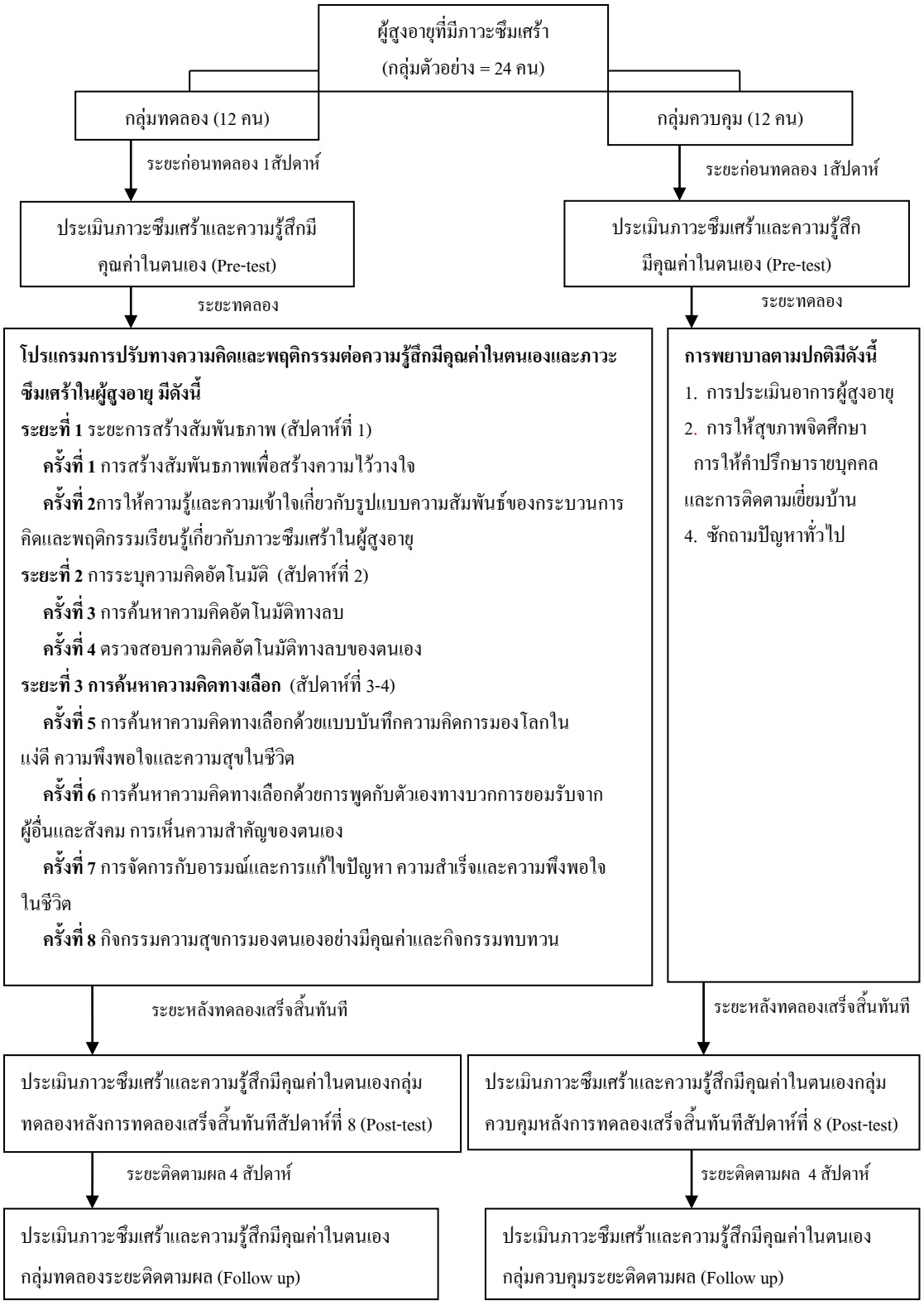
2.2.3 ระยะหลังการทดลอง

หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมประเมินภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์คะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Post-test)

2.2.4 ระยะติดตามผล

ในระยะติดตามผลการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน (Follow up) ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมประเมินภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป การดำเนินการวิจัย สามารถสรุปได้ดังภาพที่ 2

ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล



ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent *t*-test

4. เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่ม และหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Two-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจะทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post and follow-up design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายและกราฟตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุและผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA)

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาดำเนินการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นด้วยวิธี Fisher Skewness coefficient และ Fisher Kurtosis coefficient พบว่าทั้งค่า Fisher Skewness Coefficient และ Fisher Kurtosis Coefficient โดยเทียบค่าที่ได้กับค่า critical value ของสถิติ Z สำหรับ 2-tailed test ค่าที่ได้มีค่าอยู่ในช่วง -1.96 และ +1.96 จึงแสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน (n = 24)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 12)		กลุ่มควบคุม (n = 12)		X^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.00[+]	1.00
ชาย	4	33.30	4	33.30		
หญิง	8	66.70	8	66.70		
อายุ					.00[+]	1.00
60-69 ปี	9	75.00	9	75.00		
70-79 ปี	3	25.00	3	25.00		
ศาสนา						
พุทธ	12	100	12	100		
สถานภาพสมรส					.40[++]	.14
คู่	9	75.00	8	66.70		
หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	3	25.00	4	33.30		
อาชีพ					.45[++]	.30
รับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว	2	16.70	2	16.70		
เกษตรกรรม	2	16.70	3	25.00		
ค้าขาย และอื่น ๆ	5	41.70	3	25.00		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	25.00	4	33.30		
ระดับการศึกษา					.21[++]	.31
ประถมศึกษา	12	100	11	91.70		
มัธยมศึกษา	-	-	1	8.30		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 12)		กลุ่มควบคุม (n = 12)		X^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาศัยอยู่กับ					.34[++]	.44
อยู่โดยลำพัง	1	8.30	0	0		
คู่สมรส	2	16.70	1	8.30		
คู่สมรสและบุตรหลาน	7	58.30	6	50.00		
บุตรหลาน	2	16.70	5	41.70		
รายได้/ เดือน (บาท)					.25[++]	.69
1-5,000	4	33.30	3	25.00		
5,001-10,000	5	41.70	5	41.70		
10,001-15,000	2	16.70	1	8.30		
15,001-20,000	1	8.30	3	25.00		
ความเพียงพอของรายได้					.54[++]	.07
เพียงพอมีเงินเก็บ	3	25.00	5	41.70		
เพียงพอไม่มีเงินเก็บ	0	0	2	16.70		
ไม่เพียงพอไม่มีหนี้สิน	8	66.70	2	16.70		
ไม่เพียงพอมีหนี้สิน	1	8.30	3	25.00		
โรคประจำตัว					.36[++]	.79
ความดันโลหิตสูง	6	50.00	4	33.30		
เบาหวาน	1	8.30	1	8.30		
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	2	16.70	2	16.70		
ไม่มีโรคประจำตัว	3	25.00	5	41.70		

[+] Fisher' exact test, [++] Cramer's V

จากตารางที่ 3 พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.70 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 75 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75 อาชีพ ค้าขายและอื่น ๆ ร้อยละ 41.70 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 58.80 รายได้/ เดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 41.70 รายได้ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 66.70 และประวัติโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.70 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 75 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.30 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.70 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 50 รายได้/ เดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 41.70 รายได้เพียงพอมีเงินเก็บ ร้อยละ 41.70 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.70

เมื่อทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอรายได้ โรคประจำตัว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 2 ข้อมูลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุและผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะการทดลอง	คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		คะแนนภาวะซึมเศร้า	
	M	***SD***	***M***	***SD***
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	21.42	2.35	15.08	2.11
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	27.67	5.03	8.42	2.68
ติดตามผล 1 เดือน	31.83	4.41	2.25	1.06

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ระยะการทดลอง	คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		คะแนนภาวะซึมเศร้า	
	M	***SD***	***M***	***SD***
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	20.67	2.27	15.00	3.16
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	20.00	2.41	11.67	3.75
ติดตามผล 1 เดือน	19.08	4.01	12.00	2.95

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองเป็น 21.42 (*SD* = 2.35), 27.67 (*SD* = 5.03), 31.83 (*SD* = 4.41) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเป็น 20.67 (*SD* = 2.27), 20.00 (*SD* = 2.41), 19.08 (*SD* = 4.01) ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลองเป็น 15.08 (*SD* = 2.11), 8.42 (*SD* = 2.68), 2.25 (*SD* = 1.06) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็น 15.00 (*SD* = 3.16), 11.67 (*SD* = 3.75), 12.00 (*SD* = 2.95) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง

กลุ่ม	จำนวน	***M***	***SD***	***t***	***df***	***p*-value**
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง						
กลุ่มทดลอง	12	21.42	2.35	.795	22	.435
กลุ่มควบคุม	12	20.67	2.27			
ภาวะซึมเศร้า						
กลุ่มทดลอง	12	15.08	2.11	.076	22	.940
กลุ่มควบคุม	12	15.00	3.16			

จากตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent *t*-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t_{22} = .795, p = .435) และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent *t*-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t_{22} = .076, p = .940)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA)

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

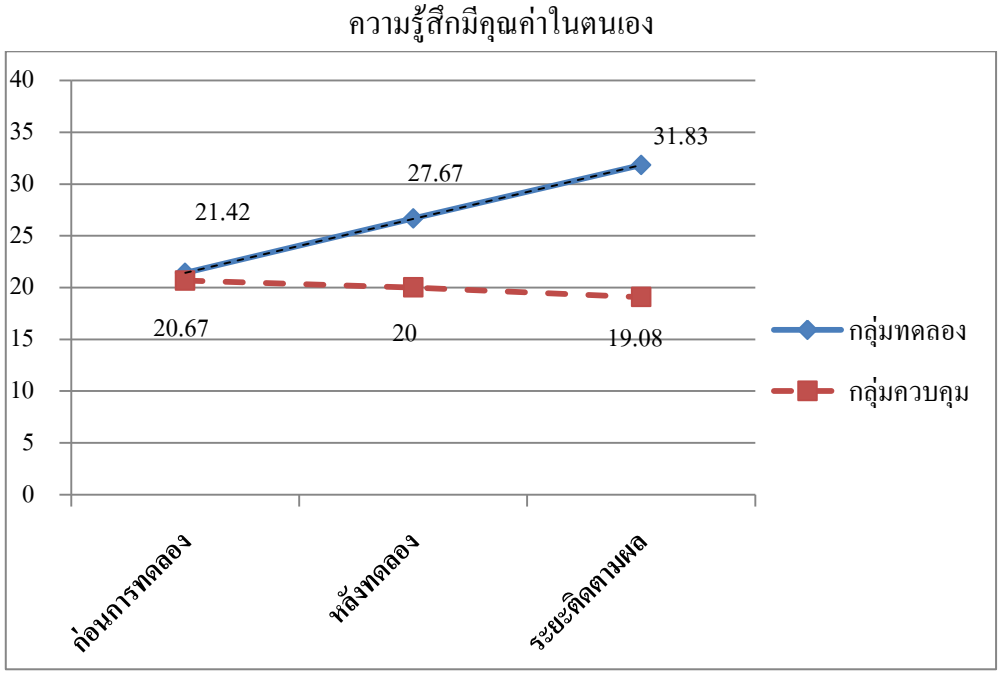
แหล่งความแปรปรวน	*df*	*SS*	*MS*	*F*	*p*-value
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	39574.22	39574.22	1265.97	< .001**
ความคลาดเคลื่อน	22	687.72	31.26		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	239.53	119.76	32.31	< .001**
กลุ่มกับระยะเวลา	2	435.36	217.68	58.72	< .001**
ความคลาดเคลื่อน	44	163.11	3.71		

**p = < .001

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมในภาพรวมโดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่า การทดสอบอิทธิพลของโปรแกรมความคิดและพฤติกรรม ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 ($F_{1,22}$ = 1265.97, p = < .001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าการทดสอบอิทธิพลร่วม (Interaction) ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุของทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 ($F_{2,44}$ = 58.72, p = < .001) แสดงว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแต่ละช่วงเวลา ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 ($F_{1,22}$ = 1265.97, p = < .001) จึงได้นำเสนอในรูปแบบของกราฟที่แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของทั้งสองกลุ่มในแต่ละระยะเวลา ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากภาพที่ 3 พบว่า ระยะก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 21.42) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 20.67) ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\bar{X}$ = 27.67) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 20.00) และในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\bar{X}$ = 31.83) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 19.08) เช่นกัน แสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกันและระยะเวลาในการทดลอง ส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และจากกราฟแสดงให้เห็นว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง มีผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงขึ้น

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

Time	***M***	**ระยะเวลา**		
		ก่อนการทดลอง	**หลังการทดลอง**	**ระยะติดตามผล**
ก่อนการทดลอง	21.42		6.25 **	10.41**
หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที	27.67			4.16*
ระยะติดตามผล	31.83			

*p < .01 **p < .001

จากตารางที่ 7 ผลการทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 และในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 ส่วนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01

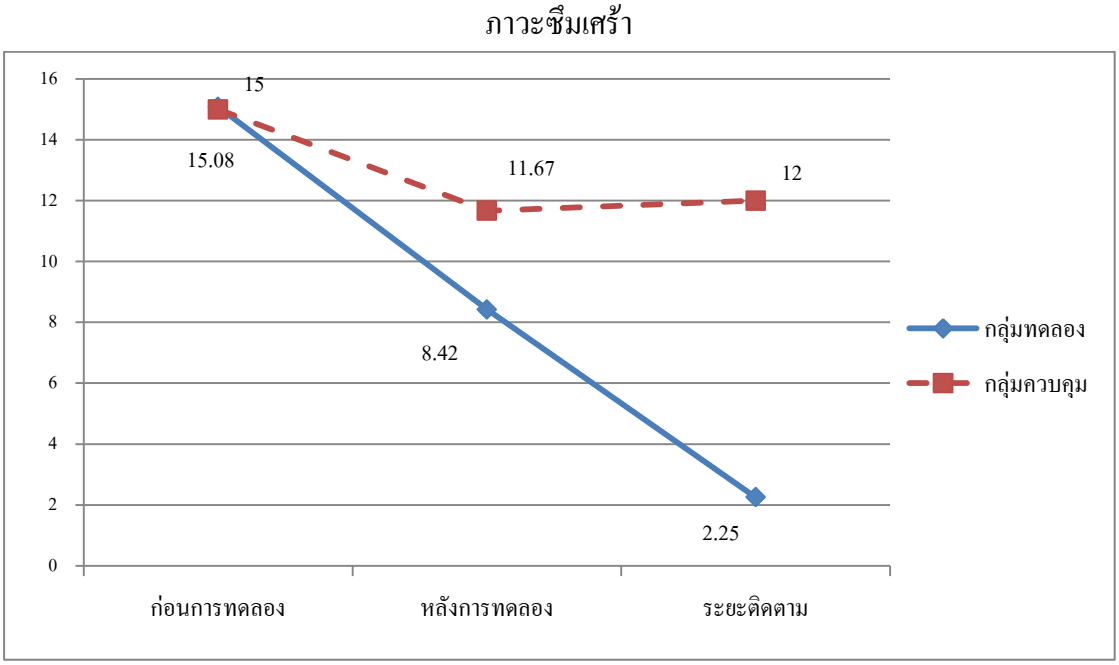
ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	*df*	*SS*	*MS*	*F*	*p*-value
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	8299.01	8299.01	495.72	< .001**
ความคลาดเคลื่อน	22	368.31	16.74		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	769.44	384.72	127.81	< .001**
กลุ่มกับระยะเวลา	2	300.11	150.06	49.85	< .001**
ความคลาดเคลื่อน	44	132.44	3.01		

**$p < .001$

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวมโดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่า การทดสอบอิทธิพลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 ($F_{1,22} = 495.72, p = < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

และเมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าการทดสอบอิทธิพลร่วม (Interaction) ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 ($F_{2,44} = 49.85, p < .001$) แสดงว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 ($F_{1,22} = 495.72, p = < .001$) จึงได้นำเสนอในรูปแบบของกราฟที่แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของทั้งสองกลุ่มในแต่ละระยะเวลา ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของภาวะซึมเศร้า

จากภาพที่ 4 พบว่า ระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 15.08) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 15.00) ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ($\bar{X}$ = 8.42) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 11.67) และในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ($\bar{X}$ = 2.25) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 12.00) เช่นกัน แสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกันกับระยะเวลาของการทดลองนั้น ส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และจากกราฟแสดงให้เห็นว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง มีผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองลดลง

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

Time	***M***	**ระยะเวลา**		
		ก่อน การทดลอง	**หลัง การทดลอง**	**ระยะ ติดตามผล**
ก่อนการทดลอง	15.08		6.66**	12.83**
หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที	8.42			6.17**
ระยะติดตามผล	2.25			

** $p < .001$

จากตารางที่ 9 ผลการทดลองรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 และในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

บทที่ 5
สรุปผลและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลแกลง อำเภอแกลง จังหวัดระยอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) แปลและเรียบเรียงโดย มุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) คะแนนอยู่ในระดับ 10-19 คะแนน (ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย-ปานกลาง) และไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน กลุ่มควบคุม 12 คน โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple-random sampling) ด้วยการจับฉลากดำเนินการทดลองในระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน ช่วยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและช่วยอำนวยความสะดวกในการทำกลุ่ม บันทึกข้อมูลในการทำกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง โดยทำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์และวันศุกร์ เวลา 9.00-10.30 น. ณ ห้องประชุมศูนย์การเรียนรู้ตำบลทางเกวียน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง เป็นระยะติดต่อกัน 4 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลแกลง ตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หลังจากนั้นเมื่อครบ 4 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องแล้วนำไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณา ความถี่ ร้อยละและการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา อาศัยอยู่กับ รายได้ ความเพียงพอรายได้ โรคประจำตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งในระยะการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือน

3. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 ทั้งในระยะการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือน

4. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกลุ่มโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01

5. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกลุ่มโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล1 เดือน และในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ ศาสนา อาชีพ รายได้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม จึงเป็นผลมาจากการที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มครั้งนี้ขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของ Beck (1976) ซึ่งเป็นวิธีบำบัดที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ และทดแทนด้วยความคิดทางเลือกที่สมเหตุสมผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมาะสมมากขึ้น หลักการบำบัดที่สำคัญของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม คือการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม หรือความคิดบิดเบือนให้เป็นความคิดใหม่ที่สมเหตุสมผล รู้จักการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม โดยความคิดที่บิดเบือนมีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ตัวอย่างความคิดบิดเบือนที่พบในการศึกษาครั้งนี้ เช่น “ลูกไม่รักฉัน” การตีตรา เช่น “แก่แล้วฉันไม่มีอะไรดี” จะเห็นได้ว่าความคิดบิดเบือนเหล่านี้มีความเชื่อมโยงกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดของ Beck (1995) ภาวะซึมเศร้า เกิดจากความคิดบิดเบือน 3 ด้าน (Cognitive tried) ได้แก่ 1) การมองตนเองทางลบ 2) การมองโลกทางลบ 3) การมองอนาคตทางลบ การคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive error) และเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative though) ซึ่ง Beck เชื่อว่าความคิดด้านลบเหล่านี้ จะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเมื่อประสบกับภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ความผิดหวัง หรือการสูญเสีย นำไปสู่ความคิดบิดเบือนหรือความคิดทางลบต่อสถานการณ์นั้น ความคิดบิดเบือนจะส่งผลต่อความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมาของบุคคลทำให้เกิดความไม่พอใจ มีความทุกข์ทางใจ เกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (อรวรรณ แผนคง, 2554) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมได้

ในการศึกษาครั้งนี้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ประกอบด้วยการทำกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์และวันศุกร์ โดยผู้วิจัยดำเนินการทำกลุ่มตามโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยเริ่มตั้งแต่การฝึกระยะที่ 1 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง และยังทำให้สมาชิกกลุ่มเห็นความสำคัญของการเข้ากลุ่ม สมาชิกเริ่มมีความคุ้นเคยกัน ได้พัฒนาความไว้วางใจ มีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน และให้การยอมรับซึ่งกันและกัน เกิดความเป็นปึกแผ่น (Cohesiveness) เมื่อมีความเป็นปึกแผ่นเกิดขึ้น ทำให้สมาชิกมองกลุ่มเสมือนบ้านของตนที่สามารถจะพูดถึงปัญหาและทำงานร่วมกันต่อปัญหาด้วยความตั้งใจและเห็นอกเห็นใจกัน และปฏิบัติตามกติกากลุ่มอย่างเต็มใจ (ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, 2551) ซึ่งจะนำไปสู่การทำงานร่วมกันในกิจกรรมครั้งต่อไป กิจกรรมครั้งที่ 2 ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าโดยให้สมาชิกกลุ่มได้รู้ถึงสถานการณ์ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ที่มีความสัมพันธ์กัน ผู้นำกลุ่มนำรูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม(CBT) มาเป็นหลักในการให้ความรู้ ความเข้าใจกับสมาชิกกลุ่ม และฝึกการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบซึ่งนำไปสู่อารมณ์ทางลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ และได้ปรับความคิดไปในทางบวกเพื่อปรับอารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมโดยให้นึกถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ และอารมณ์ดีแล้วเชื่อมโยงไปสู่ความคิดและพฤติกรรม ดังตัวอย่างสมาชิก เลือกบัตรคำอารมณ์ “โกรธ” และกล่าวถึงความคิดว่า “ลูกไม่สนใจ”โดยเล่าสถานการณ์ “ ตอนเช้าลูกไม่ยอมไปส่งไปตลาด” ทำให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้ดึงประสบการณ์ของตนเอง เข้ามาเชื่อมโยงกับเนื้อหาตามทฤษฎีความสัมพันธ์ความคิดและพฤติกรรม เป็นการเรียนรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์และการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม และแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองทำให้เข้าใจความคิดอัตโนมัติทางลบและปรับความคิดไปในทางบวกว่า “ลูกคงเหนื่อยจึงไปส่งวันนี้ไม่ได้”

ในระยะที่ 2 กิจกรรม ครั้งที่ 3-4 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง ผู้นำกลุ่มได้ยกตัวอย่างสถานการณ์ “บุตรสาวนัดมารดาทานอาหารมื้อเย็นนอกบ้าน” ใกล้ถึงเวลาบุตรสาวมาไม่ได้ และให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันนึกถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น คิดถึงเหตุการณ์ที่พบในชีวิตประจำวัน โดยเชื่อมโยงกับรูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Beck, 1995) สมาชิกกลุ่มเรียนรู้และเข้าใจลักษณะความคิดอัตโนมัติ และเชื่อมโยงกับอารมณ์ ในขณะนั้น ซึ่งสมาชิกมีความเข้าใจในการใช้หลักฐานสนับสนุนความคิด และหลักฐานคัดค้านความคิดได้ โดยสมาชิกได้ใช้หลักฐานสนับสนุนความคิดและได้ปรับความคิดใหม่ว่า “วันนี้บุตรสาวติดธุระวันอื่นค่อยไปรับประทานอาหารด้วยกัน”

สำหรับในระยะที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 5 การค้นหาความคิดทางเลือกด้วยแบบบันทึกความคิด การมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจและความสุขในชีวิต กิจกรรมนี้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้และเข้าใจลักษณะความคิดอัตโนมัติทางลบและมีมุมมองในความคิดที่ยืดหยุ่นไปในทางบวกที่สมเหตุสมผลตรงกับความเป็นจริง ดังตัวอย่างการปรับเปลี่ยนความคิดของสมาชิกกลุ่ม มีความคิดต่อเหตุการณ์ในวันแม่ที่ผ่านมา “ลูกไม่มาเยี่ยม” โดยมีความคิดว่า “ลูกไม่รัก” ความคิดใหม่หลังการเข้ากลุ่มบำบัดคือ “ลูกยังรักแม่อยู่วันนี้แต่มีงานด่วนคงยังมาไม่ได้” จากนั้นผู้นำกลุ่มได้จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองโดยให้สมาชิกทุกคนเขียนภาพวาดใบหน้าของตนเองในสิ่งที่ประทับใจในร่างกายและจิตใจที่ผ่านมาในอดีต ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่มีความภูมิใจ และแบ่งปันให้กับบุคคลอื่นได้รับรู้ ทำให้สมาชิกได้รับการชื่นชมจากสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม สมาชิกเกิดความภาคภูมิใจ พึงพอใจในตนเอง มองเห็นความสำคัญและเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบ

สำคัญของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg, 1965) กิจกรรมครั้งที่ 6 การค้นหาความคิดทางเลือกด้วยการพูดกับตัวเองทางบวก การยอมรับตนเองและสังคม โดยสมาชิกได้ฝึกคิดและใช้ทักษะคำพูดใหม่ทางบวก ดังสมาชิกกล่าวว่า “เวลาที่ทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อนบางคนมาช้า” และได้ยกตัวอย่างความคิดทางเลือกใหม่ “ถึงเขาจะมาช้าแต่เขายังเป็นคนรับผิดชอบ” ซึ่งเป็นคำพูดที่สร้างสรรค์มีเหตุผลตามความเป็นจริงทำให้สมาชิกกลุ่มมีความคิดที่ยืดหยุ่นสมเหตุสมผล จากนั้นผู้นำกลุ่มได้ใช้กิจกรรมการเล่านิทานเรื่อง “คนต่อเทียน” โดยให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น ทำให้สมาชิกเกิดการยอมรับตนเอง การได้ทำประโยชน์และการอยู่ร่วมกันในสังคม ทำให้สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและมีภาวะซึมเศร้าลดลง (เรณู อินทร์ตา, 2548) กิจกรรมครั้งที่ 7 การจัดการกับอารมณ์การแก้ไขปัญหา ความสำเร็จและเป้าหมายในชีวิต ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและการตั้งเป้าหมายของตนเองในปัจจุบันและอนาคต ทำให้สมาชิกหาแนวทางที่จะนำไปสู่เป้าหมายในอนาคตของตนเองต่อไปได้ กิจกรรมครั้งที่ 8 กิจกรรมความสุขและการมองตนเองอย่างมีคุณค่าและกิจกรรมทบทวน สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการที่สมาชิกได้เข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด และการนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากการเข้ากลุ่มไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน สมาชิกกลุ่มได้กล่าวถึงการตระหนักรู้ การเข้าใจความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง ทำให้สามารถเข้าใจและปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ อารมณ์และพฤติกรรมไปสู่ความคิดทางบวก อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ (Beck, 1995) นอกจากนี้การที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มได้แสดงให้เห็นถึงความห่วงใยกันของสมาชิกกลุ่มในแต่ละครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มครั้งนี้ ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง ไม่โดดเดี่ยว มีคนห่วงใยและมีกำลังใจ จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและภาวะซึมเศร้าลดลง

การเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มของสมาชิกทั้ง 8 ครั้งนี้ ทำให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง และปรับความคิดไปในทางที่เหมาะสมขึ้น นอกจากนี้สิ่งสำคัญที่มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดของสมาชิกกลุ่ม คือ การที่ผู้นำกลุ่มได้ให้การบ้านอย่างง่าย ๆ ไม่ยุ่งยากสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และการหาหลักฐานคัดค้านความคิดทางลบและหลักฐานสนับสนุนความคิดทางบวก แล้วนำมาเล่าในกลุ่มครั้งต่อไป ทำให้สมาชิกได้เรียนรู้และฝึกประสบการณ์จริงในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง สามารถปรับความคิดทางลบไปสู่ความคิดใหม่ที่ยืดหยุ่นในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นเทคนิคหลักในการปรับความคิดและพฤติกรรม (Beck et al., 1979) ส่งผลให้สมาชิกตระหนักถึงความมีคุณค่าและความสามารถของตนเองมากขึ้น มีทัศนคติต่อตนเอง

ในทางบวก สมาชิกเกิดความรู้สึกเคารพตนเอง (Self-respect) การมองตนเองอย่างมีคุณค่าทัดเทียมคนอื่น ทำให้เกิดความพึงพอใจในตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg, 1965) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เพิ่มขึ้น ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Sullivan,1953 cited in Antai-Otong, 2003) นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุได้เรียนรู้การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากประสบการณ์เดิมที่ผ่านมาและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและ ผู้สูงอายุได้เรียนรู้วิธีการปรับความคิดทางลบ ไปเป็นความคิดทางบวกมากขึ้น ปรับเปลี่ยนความรู้สึกท้อแท้ เห็นความสำคัญของตนเอง ตระหนักถึงความสามารถของตนเอง รวมทั้งการตั้งเป้าหมายในชีวิตเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีของตนเอง เป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในอนาคตได้ (กรมสุขภาพจิต, 2546)

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01 และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมการปรับทางความคิดและพฤติกรรมสมาชิกได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง ในแต่ละครั้งสมาชิกกลุ่มสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากการเข้ากลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีผู้วิจัยไม่ได้ให้ความรู้หรือจัดทำกลุ่มวิธีอื่นแต่อย่างใด แสดงให้เห็นว่าเมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน สมาชิกกลุ่มยังสามารถนำความรู้และประสบการณ์ในการเข้ากลุ่มโปรแกรมการความคิดและพฤติกรรมนี้ ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากขึ้น จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะติดตามผล 1 เดือนเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01 และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญาณัฐ สุภาพร (2555) ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ Tsai-Hwei Chen (2008 อ้างถึงใน ปริวัตร ไชยน้อย, 2551) ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังติดตามการทดลอง 1 เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับความมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและภาวะซึมเศร้าลดลงในผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม สามารถนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มนี้ ไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน เพื่อเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้สูงอายุ

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมไปสอดแทรกในเนื้อหาการเรียนการสอน ให้กับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา ในสาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

3. ด้านการวิจัย นักวิจัย และพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปศึกษา เพื่อขยายผลต่อยอดโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน และประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในที่อื่น ๆ ต่อไป

4. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาล โดยสนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลในสาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้เข้ารับการอบรมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมและจัดกิจกรรมกลุ่มโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมให้กับผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในครั้งนี้ ติดตามผลการทดลองในระยะ 4 สัปดาห์ ของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นควรมีการติดตามคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าเป็นระยะ ๆ ต่อไป เช่น 3 เดือน, 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อดูประสิทธิผลความคงอยู่ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

2. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาตัวแปรตาม คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ดังนั้นควรศึกษาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้สูงอายุกับตัวแปรตามอื่น ๆ เช่น ความผาสุกทางใจ ความว้าเหว่ เป็นต้น

บรรณานุกรม

กมลพรรณ หอมนาน. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลของผู้สูงอายุ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

กรมสุขภาพจิต. (2546). *แนวปฏิบัติบริการสุขภาพเรื่องภาวะซึมเศร้า.* กรุงเทพ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

กรมสุขภาพจิต. (2552). *คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ Cognitive-behavioral therapy.* กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิสชิ่ง.

กรมสุขภาพจิต. (2555 ก). *ความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ.* นนทบุรี: สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต.(2555 ข). *พรบ. ผู้สูงอายุแห่งชาติ.* นนทบุรี: สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

โรงพยาบาลแกลง. (2557 ก). *รายงานการคัดกรองภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน.* ระยอง: โรงพยาบาลแกลง.

โรงพยาบาลแกลง. (2557 ข). *รายงานสถิติจำนวนผู้สูงอายุในชุมชน.* ระยอง: โรงพยาบาลแกลง.

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*, *45*(6), 359-374.

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช*, *46*(1), 1-9.

กษมา มั่นประสงค์. (2556). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.

กัญญาณัฐ สุภาพร. (2555). *ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

เกียรติวรรณ อมาตยกุล.(2543). *Self-estreem พลังแห่งความเชื่อมั่น.* กรุงเทพฯ: พี พี พริ้นท์.

จรรยา ภู่กลั่น. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

จันจิรา กิจแก้ว. (2554). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 19*(2), 81-96.

จันทิมา องค์โฆษิต. (2545). *จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป*. กรุงเทพ: ยูเนียน ครีเอชั่น.

จิติมาวรรณ บำรุงรส. (2552). *โปรแกรมระลึกความหลังแบบทบทวนชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร และสายพิณ ยอดกุล. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, *30*(3), 50-57.

จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี:ศรีศิลปการพิมพ์.

ชนัดดา แนบเกษร. (2549). *พยาธิสรีรวิทยาและเภสัชวิทยาเพื่อการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชนัดดา แนบเกษร. (2551). *เอกสารประกอบการสอนรายวิชา 106564 ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชราพร สนิทภักดี. (2545). *ผลของโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนที่มีต่อคุณค่าแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ดาริกา ธารบัวสวรรค์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยธาลัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ตอนต้น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตมหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธวัชชัย วรพงศธร. (2540). *หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธีรชัย พรหมคุณ, พจนีย์ เสงี่ยมจิตต์ และเสนอ ภิรมจิตรผ่อง. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, *7*(1), 133-144.

เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา และสุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. (2542). ความคิดเห็นต่อการฆ่าตัวตายในสังคมไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *44*(4), 329-343.

นวพร นาวีสาคร. (2554). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

นาตยา วงศ์หลีกภัย. (2532). *ผลของจิตสัมพันธ์ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปณิชา ดีสวัสดิ์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองแรงจูงใจในการทำงานและคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานโรงพยาบาลทหารผ่านศึก*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ปราณีต ทวีลาภ. (2552). *การใช้โปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน คริเอชั่น.

ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์. (2542). *กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน คริเอชั่น.

ปริญญา โตมานะ และระวิวรรณ ศรีสุชาติ. (2548). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยเกื้อหนุน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *13*(1), 28-36.

ปริวัตร ไชยน้อย. (2551). การประเมินผลการรักษาด้วยวิธีกลุ่มบำบัดพฤติกรรมและความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้าและความมีคุณค่าในตนเอง. *วารสารสวนปรุง*, *24*(1), 14-20.

พรเพ็ญ อารีกิจ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2555). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *26*(3), 71-80.

พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์, สิริกร สุธวัชณัฐชา, ปริมวิชญา อินต๊ะกัน และสายใจ ลิชนะเธียร. (2556). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในเขตเมือง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา*, *6*(1), 27-36.

ภคนิช ต่วนชะเอม. (2545). *ผลของกลุ่มระลึกถึงความหลังต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ. (2551). *การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*. เชียงใหม่: นันทพันธ์พริ้นติ้ง.

มาโนช หล่อตระกูล. (2550). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

เมตตา ลิมปราวลัย. (2552). ปัจจัยพยากรณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย. *วาสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย*, *21*(4), 63-67.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัตติมา ศิริโหราชัย. (2551). *ผลของการทดลองใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบคเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม: กรณีศึกษาผู้สูงอายุบ้านบางแค*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้การปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เรณู อินทร์ตา. (2548). *ผลการระลึกความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสูงอายุในจังหวัดปราจีนบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตมโนทัศน์ในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2547). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

ลิขิต กาญจนาภรณ์. (2547). *พื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

วรวรรณ จันทวีเมือง และเจิดนภา แสงสว่าง. (2550). การศึกษาซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา*, *6*(4), 1-7.

วรัทยา ทัดหล่อ. (2554). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมืองจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

วัลยา คันธมาทน์. (2550). *การปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วินัสริน ก้อนศิลา. (2550). *ผลของการใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีวิไล โมกขาว. (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสภาการพยาบาล*, *26*(2), 126-136.

ศศิริญจ์ ไพรเขียว. (2552). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านต่อการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2545). *โครงการการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2547). *ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2551). *จิตสังคมบำบัด ในโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *จำนวนประชากรจากการคาดประมาณประชากรจำแนกตามหมวดอายุและเพศ พ.ศ. 2533-2563*. เข้าถึงได้จาก http://service.nso.go.th/nso/g_data23/stat_23/toc_1/1.1.4-2.xls

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). *จำนวนผู้สูงอายุไทย มหาวิทยาลัยมหิดล*. เข้าถึงได้จาก http://service.nso.go.th/nso/g_data

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *จำนวนประชากรจากการคาดประมาณประชากรจำแนกตามหมวดอายุและเพศ พ.ศ. 2533-2563*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. (2551). *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา Manual of psychological testing* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: เมดิคอล มีเดีย.

สุดสบาย จุลกทัพพะ. (2552). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (หน้า 40-50). กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุนทรี ศรีไกไสย. (2550). *ผลของการทำจิตบำบัดรายบุคคลแนวคิดซาเทียร์ในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

สุพรรณี สุ่มเล็ก. (2538). *รูปแบบเชิงสาเหตุของความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). อารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *15*(1), 23-27.

อรทัย ฤทธิโรจน์. (2554). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุนิคมห้วยผึ้ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

อรพรรณ ทองแตง. (2551). *มารู้จักโรคซึมเศร้ากันเถอะ*. เข้าถึงได้จาก http://www.Herbalone.net.designet

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2544). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรวรรณ แผนคง. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: ธนาเพรสการพิมพ์.

อารีรัช จำนงผล. (2550). *ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.* กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและบำบัดครอบครัว.

Alexopoulus, A. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, *365*, 1961-1970.

Antai-Otong, D. (2003). *Psychiatric nursing: Biological & behavioral concepts*. New York: Thomson Delmar Learning.

American National Institute of Health. (1991). *Population aging*. Retrieved from http://www.Who.int /features/qa/72

Barry, L. C., Allore, H. G., Guo, Z., Bruce, M. L., & Gill, T. M. (2008). Higher burden of depression among older woman: The effect of onset, persistence, and mortality over time. *Arch Gen Psychiatry*, *65*(2), 172-178.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: Madison International Universities.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.

Beck, A. T. (1993). *Suicide and life-threatening-behavior.* New York: The Guilford Press.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basic sand beyond*. New York: The Guilford Press.

Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems*. New York: The Guilford Press.

Blazer, D. G. (1997). Generalized anxiety disorder and panic disorder in the elderly: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, *5*, 18-27.

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology*, *26*, 17-31.

Carol, D. S., Steffens, D. C., Harpole, L. H., Fulcher, C. D., Porterfield, Y., Haverkamp, R., Kivett, D., & Unutzer, J. (2002). Treating depression in primary care: An innovative role for mental health nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *8*, 159-167.

Christiansen, J. L., & Grzybowski, J. M. (1993). *Biology of aging*. St Louis.: Mosby.

Chen, T. H., Lu, R. B., Chang, A. J., Chu, D. M., & Chou, K. R. (2006). The evaluation of Cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Archives of Psychiatric Nursing*, *1*(3), 3-11.

Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herma, J. H., Forbes, N. T., & Caine, E. D. (1996). Relationship of age and axis I diagnosis in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 1001-1008.

Coopersmith, S. (1981). *The antecedants of self-esteem* (2nd ed). California: Counseling Psychologist Press.

Coopersmith, S. (1984). *SEI: Self-esteem invertories*. California: Counseling Psychologist Press.

Coopersmith, S. (1967). *The antecedent of self-esteem*. San Francisco: Freeman.

Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorder*, *72*, 227-236.

David, D., & Hollon, S. D. (1999). Reframing resistance and noncompliance in cognitive flaerapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, *9*, 33-55.

Driever, M. J. (1984). Self-esteem. In S. C. Roy (Ed.), *Introduction to nursing: An adaptation model* (2nd ed.; pp. 71-79). New Jersey: Prentice-Hall.

Gibson, D. E. (1980). Reminiscence self-esteem and self other satisfaction in adult male alcoholics. *Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, *18*, 7-11.

Ha, E. H., & Oh, K. J. (2006). Effects of cognitive-between group therapy for depressive mother of children with behavior problems. *Child & Family Behavior Therapy*, *28*(2), 67-80.

Hirst, S. P., & Metcalf, B, J. (1984). Promoting self-esteem. *Journal of Gerontological Nursing*, *10*(2), 72-77.

Hooyman, N., & Kiyak, H. A. (1988). *Social gerontology: A multidisplinary perspective* (8th ed.). Needam Heights, Mass: Allyn and Bacon.

Jone, E. D., & Beck-Little, R. (2002). The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults. *Issues in Mental Health Nursing*, *23*(5), 279-290.

Kouzis, A., Eaton, W. W., & Leaf, P. J. (1995). Psychopathology and mortality in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *30*, 165-170.

Maslow, A. W. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed). New York: Basic books.

Mercer, R. T. (1990). *Parent at risk*. New York: Springer.

Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1988). Theoretical models for studying the effect of antepartum stress on the family. *Nursing Research*, *35*, 339-346.

Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Muhlenkamp, A. F., & Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practices. *Nursing Research*, *35*, 334-338.

Murphy, S. (2000). Provision of psychotherapy service for older people. *Psychiatric Bulletin*, *24*, 181-184.

Penninx, B .W., Deeg, D. J., & Van Eijk, J. T. (2000). Changes in depression and physical decline in older adults: A longitudinal perspective. *Journal of Affective Disorder*, *61*, 1-12.

Polit, D. F., & Hungler, B. P.(1999). *Nursing research principle and method* (6th ed.). New York: Lippincott.

Rawlins, R. P., & Heacock, P. E. (1988). *Clinical manual of psychiatric nursing*. St. Louis: John Wiley and Sons.

Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic book.

Staab, A. S., & Hodges, L. C. (1996). *Essential of gerontological nursing: Adaptation to the Aging process*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Stanley, M., & Beare, P. G. (1995). *Gerontological nursing.* Philadelphia: F. A. Davis.

Stanley, M. A., Beck, J. G., & Glassco, J. D. (1996). Treatment of generalized anxiety in older adults: Apreliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. *Behavior Therapy Journal*, *27*, 565-581.

Stratakis, C. A., & Chrousos, G .P. (1995). Neuroendocrinology and pathophysiology of the stress system. *Annual of the New York Academy of Sciences*, *771*, 1-8.

Sullivan, H. S. (1949). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

U.S. Department of Health and Human Service [USDHHS]. (1999). *Mental health: Culture, race and ethnicity: A supplement to mental health: A report of the surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Center for Mental Health Service.

Walker, D. A., & Clarke, M. (2001). Cognitive behavioral psychotherapy: A comparison between younger and older adults in two inner city mental health teams. *Aging Mental Health*, *5*(2), 197-199.

World Health Organization [WHO]. (2000). *Population aging*. Retrieved from http://www.Who.int /features/qa/72/en

Wright, J. H., & Beck, A. T. (1995). Cognitive therapy. In R. E. Hales (Eds.), *Textbook of psychiatry* (pp. 1011-1308). Washington DC: American Psychiatry Press.

Wright, J. H., & Beck, A. T. (1999). Cognitive therapy. In. R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & J. A. Talbott (Eds.), *Textbook of psychiatry* (3rd ed.; pp. 1205-1241). New York: American Psychiatry Press.

Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed). New York: Basic Book.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. แพทย์หญิงจิรภา สุรเบญจวงศ์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลระยอง
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ	สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส	สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. คุณศุภมาศ บำรุงรัตน์	พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช) โรงพยาบาลระยอง
5. คุณกุลนรี พิมพ์สังกุล	นักจิตวิทยาคลินิก โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดระยอง

ภาคผนวก ข

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ตารางที่ 10 วิธีวิเคราะห์การแจกแจงแบบโค้งปกติโดยวิธี Fisher Skewness coefficient และ Fisher Kurtosis coefficient (ภาวะซึมเศร้า)

Statistics

	prettest	**posttest**	**followup**
N	24	24	24
Valid	0	0	0
Missing	-.143	.527	.111
Skewness	.472	.472	.472
Std.Error of skewness	-1.110	-.698	-1.838
Kurtosis	.918	.918	.918
Std.Error of Kurtosis			

พบว่าทั้งค่า Fisher Skewness Coefficient และ Fisher Kurtosis Coefficient โดยเทียบค่าที่ได้กับค่า critical value ของสถิติ Z สำหรับ 2-tailed test ค่าที่ได้มีค่าอยู่ในช่วง -1.96 และ +1.96 จึงแสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบเป็นปกติ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

ตารางที่ 11 วิธีวิเคราะห์การแจกแจงแบบโค้งปกติโดยวิธี Fisher Skewness coefficient และ Fisher Kurtosis coefficient (ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง)

Statistics

	prettest	**posttest**	**followup**
N	24	24	24
Valid	0	0	0
Missing	-.315	1.012	.197
Skewness	.472	.472	.472
Std.Error of skewness	1.222	1.090	-1.374
Kurtosis	.918	.918	.918
Std.Error of Kurtosis			

พบว่าทั้งค่า Fisher Skewness Coefficient และ Fisher Kurtosis Coefficient โดยเทียบค่าที่ได้กับค่าcritical value ของสถิติ Z สำหรับ2-tailed test ค่าที่ได้มีค่าอยู่ในช่วง -1.96 และ +1.96 จึงแสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบเป็นปกติ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามฉบับนี้มีทั้งหมด 4 ฉบับ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ
3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ
4. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย

ตอนที่ 2 โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

เลขที่แบบสัมภาษณ์…....…

วันที่สัมภาษณ์…….....……

ตอนที่ 1 แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ฉบับ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง ……

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี ……

3. ศาสนา ……

( ) พุทธ ( ) อิสลาม ( ) คริสต์ ( ) อื่น ๆ

4. สถานภาพสมรส ……

( )โสด ( ) คู่ ( ) หย่าหรือแยกกันอยู่ ( ) หม้าย

5. อาชีพปัจจุบัน ……

( ) ไม่ได้ทำงาน ( ) เกษตรกรรม

( ) รับจ้าง ( ) ธุรกิจส่วนตัว

( ) ข้าราชการบำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ ( ) อื่น ๆ ระบุ…..

6. ระดับการศึกษา ……

( ) ไม่ได้รับการศึกษา ( ) อนุปริญญา

( ) ประถมศึกษาปีที่..... ( ) ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป

( ) มัธยมศึกษาปีที่..... ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

7. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของท่าน.....คน จำนวนบุตร.....คน ……

( ) อยู่โดยลำพัง ( ) อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น

( ) อยู่กับคู่สมรสและบุตร/ หลาน ( ) อยู่กับบุตร/ หลาน

( ) อื่น ๆ ระบุ……

8. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท ……

( ) เพียงพอ.....มีเงินเก็บ .....ไม่มีเงินเก็บ

( ) ไม่เพียงพอ .....ไม่มีหนี้สิน .....มีหนี้สิน

สำหรับผู้วิจัย

9. โรคประจำตัว ระบุ ....

10. ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว .....

( ) ไม่มีประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว

( ) มีประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว (ระบุผู้ที่เจ็บป่วย.....)

11. การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง .....

( ) มีภาวะสุขภาพไม่ดี ( ) มีภาวะสุขภาพดีพอใช้

( ) มีภาวะสุขภาพดี ( ) มีภาวะสุขภาพดีมาก

แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

(เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529)

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของตัวท่านเอง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 ช่องเท่านั้น คำตอบไม่มีถูกหรือผิด

การเลือกคำตอบถือเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นอย่างมากหรือเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วย หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นอย่างมากหรือเป็นส่วนใหญ่

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ผู้วิจัย
1. ท่านเป็นคนมีคุณค่าเท่าเทียมผู้อื่น					
2. ท่านยังเป็นที่พึ่งพาของลูกหลานเสมอ					
3. ท่านรู้สึกว่าท่านทำอะไรไม่สำเร็จเลย					
4. ท่านสามารถทำสิ่งต่างๆดีเท่าผู้อื่นในวัยเดียวกัน					
5. …….					
6. …….					
7. …….					
8. …….					
9. ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์					
10. บางครั้งท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดีเลย					

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง

แบบประเมินต่อไปนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกทั่วไปของท่านใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีจำนวน 21 ข้อ ให้ท่านอ่านทุกข้อโดยละเอียดก่อนตัดสินใจตอบ คำตอบไม่มีถูกหรือผิด โดยทำเครื่องหมาย ○ รอบตัวเลขที่อยู่ด้านหน้าของคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โปรดตอบทุกข้อ

			ผู้วิจัย
ข้อ 1.	0	ฉันไม่รู้สึกซึมเศร้า	……..
	1	ฉันรู้สึกซึมเศร้าในบางช่วง	
	2	ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้	
	3	ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว	
ข้อ 2.	0	ฉันไม่รู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต	……..
	1	ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต	
	2	ฉันท้อแท้จนรู้สึกว่าไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป	
	3	ฉันรู้สึกหมดหวังในอนาคตและไม่สามารถที่จะทำให้มันดีขึ้น	
.....			
.....			
ข้อ 6.	0	ฉันรู้สึกว่าฉันไม่ต้องถูกลงโทษ	……..
	1	ฉันรู้สึกว่าฉันอาจถูกลงโทษ	
	2	ฉันคาดว่าฉันอาจถูกลงโทษ	
	3	ฉันรู้สึกว่าฉันถูกลงโทษ	
ข้อ 7.	0	ฉันไม่รู้สึกผิดหวังกับตนเอง	……..
	1	ฉันรู้สึกผิดหวังกับตนเอง	
	2	ฉันรู้สึกสะอิดสะเอียนตนเอง	
	3	ฉันเกลียดตัวฉันเองมาก	
.....			
ข้อ 9.	0	ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย	……..
	1	ฉันคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง	
	2	ฉันอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน	
	3	ฉันฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส	

ข้อ 11. 0 ฉันรู้สึกไม่ฉุนเฉียวโกรธอะไรง่ายทุกครั้งที่มีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้น ……..
1 ฉันเป็นคนฉุนเฉียวโกรธอะไรง่ายกว่าเมื่อก่อน
2 ฉันเป็นคนขี้รำคาญและโกรธง่ายเกือบตลอดเวลา
3 ฉันรู้สึกโกรธง่ายตลอดเวลา

ข้อ 14. 0 ฉันรู้สึกว่าฉันไม่ได้ดูแย่ลงจากเมื่อก่อน ……..
1 ฉันกังวลว่าฉันจะดูแก่และไม่น่าสนใจ
2 ฉันรู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในรูปลักษณ์ของฉันและทำให้ฉันไม่น่าสนใจ
3 ฉันเชื่อว่าฉันดูน่าเกลียด

.....

.....

ข้อ 16. 0 ฉันนอนได้ตามปกติ ……..
1 ฉันนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย
2 ฉันตื่นนอนก่อนปกติ 1-2 ชั่วโมงและหลับต่อได้ยาก
3 ฉันตื่นก่อนปกติหลายชั่วโมง และไม่สามารถนอนหลับต่อไปได้อีก

.....

.....

.....

.....

ข้อ 21. 0 ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ ……..
1 ฉันสนใจเรื่องทางเพศลดลงกว่าปกติ
2 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยมาก
3 ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

แบบทดสอบสภาพสมองของไทย

คำชี้แจง

แบบทดสอบสภาพสมองของไทย เป็นแบบคัดกรองเพื่อวินิจฉัยแยกภาวะสมองเสื่อม ให้ท่านตอบคำถามและทำข้อสอบดังต่อไปนี้

ข้อทดสอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. Orientation (6 คะแนน) - วันนี้เป็นวันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสบดี ศุกร์ เสาร์ อาทิตย์) - วันนี้ วันที่เท่าไร - …….. - …… - …… - คนที่เห็นในภาพมีอาชีพอะไร (ภาพข้างล่าง)	 1 1 1 1 1 1	
2. Registration (3 คะแนน) ผู้ทดสอบบอกชื่อ ของ อย่าง โดยพูดห่างกันครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์ มือ) เพียงครั้งเดียว แล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบตามที่ผู้ทดสอบบอกในครั้งแรกให้ 1 คะแนน ในแต่ละคำตอบที่ถูก ……..	3	
3. Attention (5 คะแนน) ให้บอกวันเสาร์-วันอาทิตย์ย้อนหลังให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบซ้ำได้ 1 ครั้ง)	5	
4. Calculation (3 คะแนน) ให้คำนวณ 100-7 ไปเรื่อย ๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนนในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังจากจบคำถาม) ……..	3	

ข้อทดสอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
5. Language (10 คะแนน) - ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ทดสอบว่าโดยทั่วไปเราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร (นาฬิกา) - ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเองแล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไปเราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร (เสื้อ, ผ้า) - ผู้ทดสอบบอกผู้ทดสอบว่า จงฟังประโยคนี้ให้ดีแล้วจำไว้ จากนั้นให้พูดตาม"ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด" - …… - ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านแล้วทำตาม หลับตา (ข้อความอยู่ข้างหลัง) - จงวาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุด เท่าที่สามารถจะทำได้ (ภาพอยู่ด้านหลังและให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างตลอดเวลาที่วาด) - ……	1 1 1 1 1 1 1 2	
6. Recall (3 คะแนน) สิ่งของ 3 อย่าง ที่บอกให้จำเมื่อสักครู่ มีอะไรบ้าง - ต้นไม้ - รถยนต์ - มือ	1 1 1	
	รวม	

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

โปรแกรมการปรับความคิดพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนในครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าที่ใช้สำหรับวิทยานิพนธ์ โดยผู้วิจัย นางมุกดาวรรณ ผลพานิช นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดพฤติกรรมแบบกลุ่มในครั้งนี้โดยบูรณาการตามแนวคิดทฤษฎีของ Beck (1995) เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน การปรับความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์หรือภาวะวิกฤติและประมวลเรื่องราวผิดพลาดหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ คือ 1) ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive triad) ประกอบด้วย บุคคลมองตนเองในทางลบ (Negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่มีคุณค่าไม่มีประสิทธิภาพ การมองโลกในทางลบ (Negative view of world) ทำให้รู้สึก มองชีวิตเต็มไปด้วยภาระ มองว่าเป็นโลกแห่งการพ่ายแพ้ ความมีคุณค่าในตนเองลดลง และ การมองอนาคตทางลบ (Negative view of future) มองชีวิตไปข้างหน้าอย่างยากลำบาก มองตนเองบกพร่อง ไร้คุณค่า ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่เผชิญ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม โดยการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบและการปรับเปลี่ยนความคิด ด้วยเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดความคิดทางเลือกซึ่งเป็นความคิดใหม่ที่สมเหตุสมผลและยืดหยุ่น ทั้งนี้จะส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มขึ้นและภาวะซึมเศร้าลดลง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจความสัมพันธ์ของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมและการเสริมสร้างความมีคุณค่าตนเองที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองภาวะซึมเศร้าและผลกระทบที่เกิดขึ้น

3. เพื่อให้สมาชิกค้นหาความคิดทางเลือกที่สมเหตุสมผลและยืดหยุ่นซึ่งจะส่งผลให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและภาวะซึมเศร้าลดลง

4. เพื่อให้สมาชิกสามารถประยุกต์ใช้วิธีการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

ระยะเวลาที่ใช้

โปรแกรมนี้ใช้เวลาทดลอง ทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ทุกวันจันทร์และวันศุกร์ เวลา 09.00 น.-10.30 น. ผู้วิจัยมีการประเมินผลทันทีหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมและติดตามผล 4 สัปดาห์ รายละเอียดของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน มีดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ

กิจกรรมครั้งที่ 2 ความเข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ของกระบวนการคิดและพฤติกรรมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า

กิจกรรมครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ

กิจกรรมครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 5 การค้นหาความคิดทางเลือกด้วยแบบบันทึกความคิด การมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจและความสุขในชีวิต

กิจกรรมครั้งที่ 6 การค้นหาความคิดทางเลือกด้วยการพูดกับตัวเองทางบวก การยอมรับตนเองและสังคม

กิจกรรมครั้งที่ 7 การจัดการกับอารมณ์การแก้ไขปัญหา ความสำเร็จและ เป้าหมายในชีวิต

กิจกรรมครั้งที่ 8 กิจกรรมความสุขการมองตนเองอย่างมีคุณค่าและสรุปการทบทวน

สถานที่

ห้องประชุมศูนย์การเรียนรู้ชุมชน ตำบลทางเกวียน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

การประเมินผล

ประเมินภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์

กิจกรรมครั้งที่ 1

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง
2. ……
3. เพื่อให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเข้ากลุ่มบำบัด

สื่อ/ อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ
2. ดินสอ ปากกา
5. เอกสารหมายเลข 1.1 กิจกรรม “วันนี้เรามาพบกัน”
6. เอกสารหมายเลข 1.2 กิจกรรม “การฝึกหายใจคลายเครียด”

ระยะเวลา

60-90 นาที

สาระสำคัญในการจัดกิจกรรม

การสร้างสัมพันธภาพในการบำบัด (Collaborative therapeutic relationship) เป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัดเพื่อให้มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม เกิดบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและใส่ใจ เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญในการบำบัดโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม……
……
……
……

ครั้งที่	ขั้นตอน/ เนื้อหาในการดำเนินกลุ่ม	กระบวนการกลุ่ม	การประเมินผล
1	1. ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกันโดยการแนะนำตัวและสร้างบรรยากาศในการมีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นกันเอง เกิดความร่วมมือ มีความเชื่อถือ ไว้วางใจ กล้าที่จะพูดคุย เปิดเผยความคิดความรู้สึกของตนเองตามความเป็นจริง …… 2. ผู้นำกลุ่มชี้แจง วัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มครั้งนี้โดยการจัดกิจกรรมทุกวันจันทร์และวันศุกร์ ณ ศูนย์การเรียนรู้ตำบลทางเกวียน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง …….. 3. ผู้นำกลุ่มอธิบายรูปแบบการบำบัดโดยเป็นการบำบัดแบบกลุ่ม ได้แก่ ข้อตกลงของกลุ่ม ความร่วมมือในการมาทำกิจกรรมกลุ่ม…… 4. ผู้นำกลุ่มขออนุญาตสมาชิกกลุ่มให้ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มได้จดบันทึกขณะทำกลุ่มบำบัดซึ่งข้อมูลทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับ..... 5. ผู้นำกลุ่มมอบเอกสารประกอบโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมและอธิบายรายละเอียดการบันทึกให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจ…….	เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วม เห็นความสำคัญของการเข้ากลุ่ม (Universality)เกิดความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน (Cohesiveness) รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความหมายต่อกลุ่ม …… ……..	1. สมาชิกทุกคนมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มบำบัด บทบาทหน้าที่ของตนเองการมีส่วนร่วมในกิจกรรม…….. 2. สมาชิกบอกได้ถึงประโยชน์ของการบำบัด 3. สังเกตจากการให้ความร่วมมือ ความกระตือรือร้นและ……. .....

เอกสารหมายเลข 1.1 กิจกรรม “วันนี้เรามาพบกัน”

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่ม

ขั้นตอนการทำกิจกรรมมีดังต่อไปนี้

1. ให้สมาชิกกลุ่มยืน 2 แถว แถวละ 6 คน ยืนโดยหันหน้าเข้าหากัน

2. ผู้นำกลุ่มนำร้องเพลง “สวัสดีมาพบกัน” และสาธิตให้ดูโดยให้สมาชิกช่วยกันร้องเพลงปรบมือตามจังหวะ

3. เพลงสวัสดีมาพบกัน “สวัสดี สวัสดี สวัสดี วันนี้เรามาพบกัน เธอกับฉันพบกัน สวัสดี”

โดยให้สมาชิกยืน 2 แถว แถวละ 6 คน เป็น 2 วง วงนอกและวงใน โดยหันหน้าเข้าหากันแล้ว ร้องเพลงสวัสดีมาพบกันพร้อมปรบมือ และยกมือไหว้ บอกชื่อของตนเอง พอจบเพลงให้สมาชิกวงนอกเดินไปทางขวามือและให้สมาชิกวงในเดินไปทางขวามือ เปลี่ยนคนไปเรื่อย ๆ ทำเช่นนี้จนครบ 12 คน

เอกสารหมายเลข 8.1 “หัวใจหนึ่งเดียว”

ภาคผนวก ง

หนังสือขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย

ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

วันให้คำยินยอม วันที่……เดือน…..……..พ.ศ……..

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม……..ผู้ยินยอม

(…….....……...)

ลงนาม…….....……พยาน

(…….....……...)

ลงนาม…….....……ผู้วิจัย

(นางมุกดาวรรณ ผลพานิช)

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

(กลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-06-2559

ชื่อผู้วิจัย นางมุกดาวรรณ ผลพานิช

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษา โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่าน มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของการวิจัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 24 ราย และจะใช้เวลาระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง หลังจากนั้นท่านจะได้รับให้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์สัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกันรวม 8 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที ณ ศูนย์การเรียนรู้ ตำบลทางเกวียน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง โดยโปรแกรมมีกิจกรรมมีรายละเอียดดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ กิจกรรมครั้งที่ 2 ความเข้าใจรูปแบบกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ กิจกรรมครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 5 การค้นหาความคิดทางเลือก การมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจและความสุขในชีวิต กิจกรรมครั้งที่ 6 การค้นหาความคิดทางเลือก การเห็นความสำคัญของตนเอง การยอมรับจากผู้อื่นและสังคม สัปดาห์ที่ 4

กิจกรรมครั้งที่ 7 การจัดการกับอารมณ์และการแก้ไขปัญหา ความสำเร็จและเป้าหมายในชีวิตและกิจกรรมครั้งที่ 8 สรุปการทบทวนและการนำไปใช้ หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมแล้วผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอีกครั้งหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมและประเมินซ้ำในระยะติดตามอีกครั้ง

ประโยชน์ที่จะได้รับ ท่านจะได้รับกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเองโดยตรง ส่วนผลทางอ้อมเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนไปใช้เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้สูงอายุในชุมชน การวิจัยครั้งนี้อาจมีความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยได้แก่ การตอบแบบสอบถามหรือการเข้าโปรแกรมกลุ่ม อาจทำให้สมาชิกเกิดความอึดอัด ไม่สบายใจ ซึ่งผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบสอบถามหรือการเข้าร่วมกลุ่มครั้งนั้น ถ้าสมาชิกรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นกรณีไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลของท่านผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยข้อมูลที่เป็นเอกสารจะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อค ข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์จะล็อคด้วยรหัสลับ การเข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้น และข้อมูลจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อหรือลักษณะส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่การให้ข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย โดยท่านมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลอย่างใดทั้งสิ้น เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเมื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมด

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางมุกดาวรรณ ผลพานิช กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแกลง จังหวัดระยอง โทรศัพท์ 081-4565894 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รอ.หญิง ชนัดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางมุกดาวรรณ ผลพานิช

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่นเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

(กลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-06-2559

ชื่อผู้วิจัย นางมุกดาวรรณ ผลพานิช

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษา โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คุณสมบัติการวิจัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 24 ราย และจะใช้เวลาระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ในระยะก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติของ โรงพยาบาลแกลง อำเภอแกลง จังหวัดระยอง ได้แก่ การประเมินอาการผู้สูงอายุ การให้สุขภาพจิตศึกษาและการให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติแล้วในสัปดาห์ที่ 4 ประเมินซ้ำและในระยะติดตามผลอีกครั้ง

ประโยชน์ที่จะได้รับ การวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการ โดยผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลของท่านผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ล็อคด้วยรหัสลับใช้

หมายเลขที่ไม่นำไปสู่กลุ่มเป้าหมาย การเข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้น และข้อมูลจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อหรือลักษณะส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่การให้ข้อมูล โดยท่านมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลอย่างใดทั้งสิ้น เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่าน ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเมื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมด

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางมุกดาวรรณ ผลพานิช กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแกลง อำเภอแกลง จังหวัดระยอง หมายเลขโทรศัพท์ 081-4565894 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รอ.หญิง.ชนัดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางมุกดาวรรณ ผลพานิช
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่นเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้

ภาคผนวก จ

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม

หนังสือขอความอนุเคราะห์

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

The Effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Self-Esteem and Depression of Community-Dwelling Older Adults

ชื่อนิสิต นางมุกดาวรรณ ผลพาณิช

รหัสประจำตัวนิสิต 56920183 **หลักสูตร** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ **รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 06 - 2559** โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ **ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า** จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน **24 ราย** สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล คือ **ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน ตำบลทางเกวียน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง**

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลา<u>หนึ่งปี</u> นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ **ถึงวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2560**

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 22 **เดือน** สิงหาคม **พ.ศ.** 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โรงพยาบาลแกลง
รับเลขที่ A204
วันที่ ๑๓ ก.ย. ๒๕๕๙ เวลา.....น.

ที่ ศธ ๖๒๐๖/๐๔๖๓

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๕ กันยายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกลง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางมุกดาวรรณ ผลพานิช รหัสประจำตัว ๕๖๑๙๒๐๑๘๓ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ร้อยเอกหญิงชนัดดา แนบเกษร เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงในชุมชนตำบลทางเกวียน ระหว่างวันที่ ๑ กันยายน – ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ณ ศูนย์การเรียนรู้ตำบลทางเกวียน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง โดยแบ่งดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๐ ราย
๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๒๔ ราย

ยน ผู้อำนวยการ จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

- เพื่อโปรดทราบ
( ) แจ้ง องค์กรแพทย์
( ) แจ้ง กลุ่มอำนวยการ
(ง) แจ้ง กลุ่มปฐมภูมิฯ แจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ นวพร 13 ก.ค 59
( ) แจ้ง กลุ่มการพยาบาล
( ) แจ้ง กลุ่ม พรส.

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

กลุ่มงานวิชาการและวิจัย
รับเลขที่ 697 / 4207
วันที่ 16/9/59 เวลา 14.00 น.

(นายสานนท์ สังข์ภาพันธ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกลง
๑๖ ก.ย. ๒๕๕๙

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖
โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖
ผู้วิจัย ๐ ๘๑ ๔๕๖ ๕๘๙๔