



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการ การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎี
โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ปีที่ 3 : ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎี
โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

สรร กลิ่นวิจิต และคณะ

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้
จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558
มหาวิทยาลัยบูรพา

รหัสโครงการ NRMS 103190

สัญญาเลขที่ 9/2558

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎี
โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ปีที่ 3 : ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎี
โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

สรร กลิ่นวิจิต และคณะ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มีนาคม พ.ศ. 2559

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

(Executive Summary)

ข้าพเจ้า ดร.สรรร กลิ่นวิจิต และคณะ ได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัย จากมหาวิทยาลัยบูรพา ประเภทงบประมาณเงินรายได้ จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) มหาวิทยาลัยบูรพา โครงการวิจัย เรื่อง การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ปีที่ 3 : ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง Neuro-Linguistic Programming on Mental Health care of Elderly with Chronic Illness; Saensuk Municipality, Chon Buri, Thailand. Phase 3: The Effects of Neuro-Linguistic Programming Counseling on Depression of the Elderly with Chronic illness รหัสโครงการ NRMS 103190/ สัญญา เลขที่ 9/2558 ได้รับงบประมาณรวมทั้งสิ้น 300,800 บาท ระยะเวลาการดำเนินงาน 1 ปี 6 เดือน (ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2557 - วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2559)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi Experimental research) เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงทดลองประเภทสองตัวประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวประกอบ (Two-factors Experiment with Repeated Measure on One factor)กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ช่วงเดือน ตุลาคม 2557- มีนาคม 2558 จำนวน 2,425 คน และได้รับการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าแล้วมีคะแนนซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไป - รุนแรง จำนวน 39 คน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง 32 คน แล้วนำมาสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) และโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล จำนวน 1 ครั้ง 45 นาที และตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ซึ่งห่างจากระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยวิธีการทดสอบรายคู่แบบ LSD ผลการวิจัย พบว่า ผลการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังโดยใช้เทคนิคครีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Output/Outcome

ผลงานเผยแพร่ที่ประชุมวิชาการระดับนานาชาติ

การประชุมวิชาการสังคมความรู้ด้านผู้สูงอายุและสังคม สหสาขาวิชาชีพ ครั้งที่ 6 (Aging & Society Knowledge Community : Sixth Interdisciplinary Conference) ณ Linkoping University ประเทศ Sweden วันที่ 6-7 ตุลาคม 2559

ผลงานเชิงสาธารณะ ที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ชุมชนและท้องถิ่น

1. มีฐานข้อมูลภาวะสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข
2. ได้รูปแบบและวิธีการพัฒนาสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง
3. สามารถนำรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังนี้ไปใช้ประโยชน์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. การให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความคงทนในระยะเวลาที่ผ่านมา ดังนั้นนักให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาควรทำการศึกษาและฝึกฝนตนเอง เพื่อนำกระบวนการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสไปใช้ ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง สร้างศักยภาพแก่ผู้สูงอายุให้สามารถเผชิญปรับตัวและผ่านช่วงเวลาที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้ มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น มีความสุขและดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสเป็นเทคนิคที่มีความเฉพาะเจาะจง มีประสิทธิภาพ ให้ผลในระยะยาว แต่ใช้ระยะเวลาการให้คำปรึกษาที่สั้น กระชับ และสามารถจัดกลไกการป้องกันตนเองของผู้รับการปรึกษาได้เป็นอย่างดี จึงเป็นทางเลือกที่ดี ในการนำมาใช้ส่งเสริมศักยภาพ สร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี พัฒนาการรับรู้คุณค่าของตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ให้สามารถเผชิญต่อสภาพความเสื่อมถอยของสรีระทางกายและจิต ให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีต่อตนเอง มีพลังในการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ เลขที่สัญญา 9/2558 โครงการวิจัย เรื่อง การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ปีที่ 3 : ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นโครงการวิจัยย่อยที่ 5 ในแผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยในปีที่ 3 ของแผนงานวิจัย ซึ่ง สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ ได้เล็งเห็นความสำคัญของประเด็นเร่งด่วนด้านการวิจัยในผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่าสามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคม โดยมุ่งสร้างแนวทางการพัฒนาคุณภาพคนไทยทุกช่วงวัย มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาประเทศในอนาคต ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นายแพทย์ศาสตร์ เสาวคนธ์ ที่ปรึกษาคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรธณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ และนายแพทย์สุริยา โปรงน้ำใจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่เป็นทั้งที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณคุณณรงค์ชัย คุณปลื้ม นายกเทศมนตรี เทศบาลเมืองแสนสุข ที่เป็นทั้งที่ปรึกษา อำนวยความสะดวกและอนุญาตการใช้พื้นที่ในการศึกษาวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำแนะนำวิธีการ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพสิทธิความเป็นบุคคลและประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณครูบาอาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน และประสาทวิชาความรู้แก่คณะผู้วิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้แสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ลูกศิษย์ บุตร ธิดาและคนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

มีนาคม 2559

Acknowledgement

This work was financially supported by the Research Grant of Burapha University through National Research Council of Thailand (Grant No9/2558). The research project title of Neuro-Linguistic Programming on Mental Health care of Elderly with Chronic Illness; Saensuk Municipality, Chon Buri, Thailand Phase 3: The Effects of Neuro-Linguistic Programming Counseling on Depression of the Elderly with Chronic illness was the fifth project of the research program “Development Saensuk Happiness Elderly Community Model”. There was the third phase of this program. According to urgent issue of the ageing society for development their economy and social security, enhancing their quality of life and self-perception in fasten environment changes, the National Research Council of Thailand has granted this research project to develop guideline for developing their quality of life. This study was supported from the corporate of the elderly in Saensuk Municipality and the Burapha University hospital to be the sample of this study, and we would like to say thank you to Professor Dr.Sastree Saowakon, M.D., Assistant Professor Dr.Pisit Piriya Pun, Dean the faculty of Medicine, and Dr.Suriya Prongnamchai, Director of the Burapha University hospital for advisement and suggestion. Moreover, we felt thankfully Mr.Narongchai Khunpluem, the mayor of Saensuk Municipality to facilitated and allowed us to use this area to study.

Thank Burapha university’s Ethics Committee to provide guidance and feedback to the research in order to realize their rights and to respect the rights of individuals and the benefits of the sample.

Especially respectfully commemorate of the Philistines to lecture and give knowledges to the researchers. We will seek out as a role model to our children and future generations. The success of this research study was offering a replacement, and, Thank you very much.

The researchers

March, 2016

การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

ปีที่ 3: ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ดร.सरर กลิ่นวิจิต ดร.เวธกา กลิ่นวิจิต ดร.พวงทอง อินใจ นางสาวพลอยพันธุ์ กลิ่นวิจิต
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi Experimental research) เพื่อศึกษาผล การให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงทดลองประเภทสองตัวประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวประกอบ (Two-factors Experiment with Repeated Measure on One factor) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่มา รับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าแล้วมี คะแนนซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไป - รุนแรง จำนวน 39 คน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้ กลุ่มตัวอย่าง 32 คน แล้วนำมาสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) และโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ คำปรึกษาเป็นรายบุคคล จำนวน 1 ครั้ง 45 นาที และตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ซึ่งห่างจากระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปร ภายในกลุ่ม และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยวิธีการทดสอบรายคู่แบบ LSD ผลการวิจัย พบว่า ผลการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังโดยใช้เทคนิคครีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎี โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการ ทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง และมีภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนมีระดับภาวะ ซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้ คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับภาวะ ซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้า

Neuro-Linguistic Programming on Mental Health care of Elderly with Chronic Illness; Saensuk Municipality, Chon Buri, Thailand

Phase 3: The Effects of Neuro-Linguistic Programming Counseling on Depression of the Elderly with Chronic Illness

Dr. San Klinwichit, Ph.D. Dr. Wethaka Klinwichit, Ph.D.,
Dr. Puangtong Inchai, Ph.D. and Miss Ploypun Klinwichit
Faculty of Medicine, Burapha University

Abstract

The purpose of this research was to determine the effects of Neuro-Linguistic Programming counseling on depression of the elderly with chronic illness at Saensuk municipality, Chon Buri, Thailand. The study was a two-factor experiment with repeated measures on one factor. The sample consisted of the elderly who had a depression scale in the high and severe test and volunteered to join the program. There were 32 samples and were simple random sampling for divided into two groups with 16 members in each. The instruments were Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) and Neuro-Linguistic Programming techniques: Personal Power Radiator. The study followed in three phases; pre-test, post-test and follow up phase. The data were analyzed with repeated-measures analysis of variance: one between-subjects variable and one within subject's variable method and compared through the LSD test.

The results of the effects of Neuro-Linguistic Programming counseling on depression of the elderly with chronic illness found that the interactive between the method and the duration of the experiment was statistically significant at the .05 level. The elderly in the experimental group had lower depression scale than those in the group in the post-test and the follow up phases with the statistical significance at .05 level. The depression scale of the elderly in the experimental group was found to be lower during the post-test and the follow up phases than during the pre-test with the statistical significance at .05 level.

Keywords: Neuro Linguistic Programming, Elderly, Elderly care, Depression

สารบัญเรื่อง

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
สารบัญเรื่อง.....จ	จ
สารบัญตาราง.....ช	ช
สารบัญภาพ.....ซ	ซ
บทที่	
1 บทนำ.....1	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....1	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....3	3
สมมติฐานการวิจัย.....3	3
ขอบเขตการวิจัย.....3	3
วิธีดำเนินการวิจัย.....4	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....5	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....5	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....6	6
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพกายและสุขภาพจิต.....6	6
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.....7	7
โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ.....10	10
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....14	14
ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส.....18	18
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....23	23
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....31	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....31	31
ตัวแปรที่ศึกษา.....31	31
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....32	32
ขั้นตอนในการวิจัย.....33	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....34	34
การวิเคราะห์ข้อมูล.....35	35
สถานที่ทำการวิจัย/เก็บข้อมูล.....36	36

สารบัญเรื่อง

หน้า

4	ผลการศึกษาวิจัย.....	37
5	สรุปผลการวิจัย.....	50
	รายงานการเงิน.....	56
	บรรณานุกรม.....	57
	ภาคผนวก.....	61
	ประวัติคณะผู้วิจัย.....	71

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	แบบแผนการทดลอง.....32
2	ขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....34
3	ค่าคะแนนภาวะซิมเศร้าและความเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วย เทคนิคคีร์มีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสและผู้ สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาวิธีปกติ.....38
4	ค่าคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซิมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษา ด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตน และผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติ.....40
5	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยภาวะซิมเศร้า ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง.....43
6	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง.....44
7	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง.....44
8	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างวิธีการทดลองในระยะติดตามผล.....45
9	การทดสอบผลของระยะเวลาการทดลองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษา ด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส.....46
10	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซิมเศร้าเป็นรายคู่ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธี Least Significant Difference(LSD).....47
11	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาการทดลองของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเรื้อรังที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติ.....48
12	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซิมเศร้าเป็นรายคู่ของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติในระยะ ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธี Least Significant Difference(LSD).....49

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตน และผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติ..... 41
2	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษา ด้วยวิธีปกติในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....42

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางกายร่วมด้วย แต่มักจะถูกมองข้ามและเข้าใจผิด ว่าเป็นจากความชรา จากงานวิจัยที่ผ่านมาของต่างประเทศ พบว่า อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าโดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนและร้อยละ 30 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน และพบมากขึ้นในสถานสงเคราะห์คนชราถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมจะพบผู้ป่วยสูงอายุที่มีอารมณ์ซึมเศร้าถึงร้อยละ 20 องค์การอนามัยโลกทำนายว่าอีก ในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่ง ซึ่งผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะยิ่งมากขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมทางกาย เกิดอาการปวด รู้สึกไม่สบายกายไม่สบายใจ ทำอะไรได้น้อยลงแม้แต่การช่วยเหลือตนเองสูญเสียการควบคุมและรู้สึกว่าตนขาดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่รู้สึกเครียดตลอดเวลา ส่งผลต่อสุขภาพจิต รู้สึกว่าตนเองอยู่อย่างไร้ศักดิ์ศรี เพราะไม่มีเงินใช้ไม่มีงานทำ ถูกกลั่นแกล้งทอดทิ้ง ทำอะไรไม่ได้เหมือนเดิม จากงานวิจัยของเมอร์ฟี (Murphy et al, 1988) ได้รายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าจำนวน 120 ราย เมื่อติดตามผลไประยะ 2 ปี พบว่ามีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 34 นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคทางกายที่มีโรคอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยและเสียชีวิตมากกว่า เนื่องจากขาดแรงจูงใจที่จะร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และทนอาการข้างเคียงของยาที่ใช้ได้น้อย (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543, หน้า 23-27) สำหรับประเทศไทย ได้มีรายงานปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ในสถานบริการสังกัด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ใน รอบ 5 ปี พ.ศ. 2547 – 2551 มีผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการ 141,566 ราย ต่อปี ผู้ป่วยใน 2,663 ราย ต่อปี สำหรับปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอก 5 อันดับ คือ 1. โรควิตกกังวล และความเครียด ร้อยละ 26.42 2. โรคจิต ร้อยละ 25.73 3. โรคที่มีสาเหตุจากสมองและร่างกาย ร้อยละ 18.47 4. โรคซึมเศร้า ร้อยละ 18.24 และ 5. โรคจากสารเสพติด ร้อยละ 3.43 (กรมสุขภาพจิต , 2552) ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การเจ็บป่วยการเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกายที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลความเครียดความรู้สึกกดดัน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อนซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น (ชาติรี บานชื่น, 2552) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง จะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัว ปรับใจต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ได้ จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลวัยอื่น โดยมีรายงานว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60

ปีขึ้นไปเคยมีประสบการณ์ของการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม บุคคลทั่วไปมักเข้าใจว่าภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดาของผู้สูงอายุ จึงมักละเลย ไม่สนใจ ทำให้ผู้สูงอายุยังมีความทุกข์ทรมานมากขึ้น แต่ในความเป็นจริง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันมิให้เกิดได้ หากผู้สูงอายุได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือทราบแนวทางที่สำคัญในการหลีกเลี่ยงหรือป้องกัน รวมทั้งทราบแนวทางการดูแลตนเอง เมื่อตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางตรงกันข้าม หากละเลยหรือปล่อยทิ้งไว้ อาจกลายเป็นโรคซึมเศร้า จนต้องเข้ารับการรักษาจากจิตแพทย์ มิเช่นนั้นอาจเกิดผลเสียหลายที่รุนแรงทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและบุคคลรอบข้าง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่งที่ตอบสนองต่อความผิดหวัง ความสูญเสีย หรือการฉีกขาดสิ่งที่ขาดหายไป เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดหู่หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ รอบตัว แยกตัวเอง ซอບอยู่เจิบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีอันตรายจากการทำร้ายตนเองได้ มีรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม มีบางรายที่แสดงออกด้วยการหงุดหงิดโมโหง่าย ทะเลาะกับบุตรหลานบ่อยครั้ง น้อยใจง่าย มักมาพบแพทย์ด้วยอาการใจสั่น ปวดหัว ปวดหลัง ปวดท้อง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนไม่หลับ หรือท้องอืด ท้องเฟ้อ เมื่อแพทย์ตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติใดๆ ที่รุนแรง (เรณูการ์ ทองคำรอด, 2545)

แนวทางการหลีกเลี่ยงหรือป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม การนั่งสมาธิ การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย หรือการฝึกกล้ามเนื้อต่าง ๆ จากการศึกษาของคณะผู้วิจัย พบว่าผลของการใช้ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (neuro-linguistic programming: NLP) สามารถช่วยแก้ปัญหาในการเผชิญภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้เนื่องจากโปรแกรมนี้สามารถตอบสนองปัญหาได้หลายชนิด อย่างเฉียบพลัน สามารถปรับปรุงทัศนคติและความรู้สึกโดยการให้บุคคลขยายกรอบประสบการณ์ใหม่และมองเห็นกรอบประสบการณ์เดิมในแง่มุมใหม่ ช่วยพัฒนาการสร้างสรรค์สัมพันธ์ภาพ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยค้นหาตัวเอง มีกระบวนการที่เข้าใจง่ายต่อผู้รับคำปรึกษาและจุดเด่นของวิธีการนี้คือ สามารถให้ประสิทธิผลได้ภายในการบำบัดเพียงครั้งเดียว และบางครั้งใช้เวลาเพียง 3 นาทีก็สามารถแก้ปัญหาได้ และส่งเสริมให้บุคคลมีหลายทางเลือกในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้เขาเป็นผู้ที่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้เนื่องจากการมีหลายทางเลือกยิ่งทำให้บุคคลมีโอกาสประสบความสำเร็จมากขึ้น (O'Connor & Seymour , 1993 , pp. 8-9) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกทำการศึกษาวิจัยผลการให้คำปรึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยใช้ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสโดยใช้เทคนิค รัศมีพลังแห่งตน (Personal Power Radiator: PPR) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุค้นพบความสามารถพิเศษ ความเข้มแข็ง พลังบวกที่ซ่อนอยู่ในจิตใจได้สำนึกของตนเอง โดยดึงพลังเหล่านี้มาใช้ ซึ่งอาจเป็นด้านที่เขาไม่ตระหนักรู้ถึงความสามารถของตนเอง เมื่อค้นพบความสามารถใหม่นี้ ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า มีศักยภาพ มีความท้าทายในการมองโลกด้วยสายตาแบบใหม่ มองว่าชีวิตนี้มีคุณค่า เทคนิคนี้ช่วยให้บุคคลพิจารณาถึงความเข้มแข็งหรือพลังที่

มนุษย์ขาดความตระหนักถึงความสามารถของตนเองในส่วนที่ได้ใช้ประโยชน์ ไม่ได้ใช้ประโยชน์ คาดว่าได้ประโยชน์ ทั้งหมดมาใช้ เพื่อเอื้อให้อัตมโนทัศน์และสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้บุคคลรู้สึกมีพลังที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตเพิ่มขึ้น (Villar, 1997b, pp.76-79)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัย จะได้ดำเนินการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2537) ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อคัดกรองและค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังได้พิจารณาถึงความเข้มแข็งแห่งตน สามารถนำพลังที่ผู้สูงอายุมีทั้งหมดมาใช้ทำให้มีการรับรู้อัตโนมิติ(Self-concept) เพิ่มขึ้น และสร้างความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน (Self-esteem) ขึ้น (Villar, 1997 a. pp.72-75) เมื่อคุณค่าแห่งตนได้รับการกระตุ้น อัตโนมิติแบบใหม่ก็จะปรากฏขึ้น กลายเป็นผู้ที่มีมองชีวิตตัวเองแบบใหม่ มีความกระตือรือร้นและมีพลังที่จะต่อสู้กับอุปสรรคของชีวิต มีการมองโลกอย่างสมเหตุสมผลขึ้น และพบว่า ตนเองมีคุณค่าและดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่ามากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

สมมติฐานของการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม
3. ผู้สูงอายุที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม
4. ผู้สูงอายุที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง
5. ผู้สูงอายุที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ด้านเนื้อหาผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตในการวิจัยไว้ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ดิกค์เมเยอร์ และ สเปนอร์รี่ (Dinkmeyer & Sperry, 2000) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลในภาวะปกติ ซึ่งเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ อาการจะ

ประกอบด้วย อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมดความ สนใจในสิ่งต่าง ๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลง หรือพุ่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนิตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสียมีความคิดอยากตาย ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวตลอดเวลา และอาการเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพ การทำงาน หรือการเรียน ถือว่าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์

2. การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข(2537) ซึ่ง เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ไปสู่ภาวะของจิตใจที่เศร้าซึม หม่นหมอง ไม่มีความสุข รู้สึกท้อถอย เบื่อหน่าย หดหู่ คับแค้นใจ รู้สึกหมดหวัง ทุกข์ใจ ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ต่ำหนิตนเอง ไม่มีชีวิตชีวา และอาการอ่อนกำลัง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรือมีความอยากรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง และแยกตัวจากสังคม ซึ่งเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยเน้นด้านจิตใจซึ่งแปลผลเป็นภาวะสุขภาพจิตปกติ เศร้าเล็กน้อย เศร้าปานกลาง และเศร้ายุนแรง

สถานที่ในการศึกษาวิจัย

พื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

ระยะเวลา 1 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi Experimental research) เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงทดลองประเภทสองตัวประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวประกอบ (Two-factors Experiment with Repeated Measure on One factor)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรังและอยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ช่วงเดือนตุลาคม 2557- มีนาคม 2558 จำนวน 2,425 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าแล้วมีคะแนนซึมเศร้าในระดับปานกลาง-รุนแรง ขึ้นไป จำนวน 39 คน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยได้กลุ่มตัวอย่าง 32 คน แล้วนำมาสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ วิธีการให้คำปรึกษาและระยะเวลาในการทดลอง
 - 1.1 วิธีการให้คำปรึกษา จำแนกเป็น 2 วิธี คือ
 - 1.1.1 วิธีการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส โดยใช้เทคนิคครีสมิฟลิ่งแห่งตน
 - 1.1.2 วิธีปกติ การให้คำปรึกษาตามที่หน่วยงานจัด
 - 1.2 ระยะเวลาในการทดลอง จำแนกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการเลือกใช้แนวคิด ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสในการประยุกต์กับการปฏิบัติงานเพื่อให้การปรึกษาผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะซึมเศร้า
2. ผู้สูงอายุสามารถใช้เป็นแนวทางในลดภาวะซึมเศร้าช่วยให้สามารถปรับตัว รับการเปลี่ยนแปลงและเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรังและอยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนาน เป็นแรมเดือนแรมปีหรือตลอดชีวิต มักได้แก่โรคไม่ติดต่อเป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต โรคหัวใจ โรคหืด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง ตับแข็ง มะเร็ง เป็นต้น

ระดับภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการใช้เครื่องมือเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 ข้อ และสามารถแปลผลระดับภาวะซึมเศร้า เป็น 4 ระดับ คือ ภาวะสุขภาพจิตปกติ เศร้าเล็กน้อย เศร้าปานกลาง และเศร้ามืดมน

โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส หมายถึง กระบวนการ หรือวิธีการให้คำปรึกษา โดยใช้โครงสร้างประสบการณ์เฉพาะที่เกิดขึ้นผ่านระบบประสาททั้ง 5 เข้าสู่กระบวนการใส่รหัส และให้ความหมาย เพื่อแสดงออกมาเป็นวัจนภาษา และ อวัจนภาษา โดยจิตสำนึกและจิตใต้สำนึกของแต่ละบุคคล

วิธีปกติ หมายถึง การให้คำปรึกษาตามวิธีการของสถานพยาบาลที่ใช้ในการให้คำปรึกษากรณีคัดกรองแล้วพบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพกายและสุขภาพจิต
2. โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
4. ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเรื่องภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพ

สุขภาพ เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ คือ การมีร่างกาย สมบูรณ์ไม่เจ็บป่วยและไม่พิการโดยไม่สมควร มีปัจจัยในการดำรงชีวิตที่เพียงพอ มีจิตใจเบิกบาน มีปัญหาที่ไม่เครียด ไม่ถูกบีบบังคับ ครอบครัวยุติธรรม สิ่งแวดล้อมดี ชุมชนเข้มแข็ง สังคมเป็นปกติสุข มีความเสมอภาคและสมานฉันท์ ได้ทำความดี มีศาสนาธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546, หน้า16)

ความหมายและความสำคัญของสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ความหมาย

องค์การอนามัยโลก(WHO) ซึ่งเป็นองค์การสากลที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม ดูแล และส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชากรทั่วโลก ให้คำจำกัดความของคำว่า สุขภาพกาย และสุขภาพจิต ไว้ดังนี้

สุขภาพกาย หมายถึง สภาพของร่างกายที่เจริญเติบโต แข็งแรง สมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ไม่ทุพพลภาพ อวัยวะต่างๆ อยู่ในสภาพที่ดีมีความสมบูรณ์ แข็งแรง สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กันทุกส่วนได้เป็นอย่างดีและก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานด้วย

สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่น และดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยมีความสุขอย่างสุขสบาย รวมทั้งสนองความสามารถของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และไม่ขัดกับสภาพความเป็นจริงในสังคมที่บุคคลนั้นดำรงชีพอยู่

ความสำคัญ

ความมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีส่งผลให้

1. สภาพร่างกายและจิตใจมีการพัฒนาการและเจริญเติบโตได้เหมาะสมกับวัย
2. การทำงานของอวัยวะต่างๆ มีความสมบูรณ์แข็งแรง และทำงานได้อย่างปกติ
3. บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้เป็นอย่างดี

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยของการเปลี่ยนแปลง มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ เมื่ออายุมากขึ้น ผิวหน้า กล้ามเนื้อ สายตาแยลง และนอกจากทางกาย เรื่องของจิตใจก็มีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน ในแง่ดี ได้แก่ ผู้สูงอายุมีประสบการณ์มีความสามารถในการปรับตัวมาก่อน จากด้านสุขภาพจิต “อาบน้ำร้อนมาก่อน” จึงเป็นการที่มีคุณค่ามากในผู้สูงอายุ แต่ในอีกแง่หนึ่ง ผู้สูงอายุจะประสบกับการสูญเสียในชีวิตมาก อาทิ เกษียณอายุการทำงาน สูญเสียเพื่อนจากการเสียชีวิต คู่ครอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวมากเมื่อเข้าสู่วัยดังกล่าว จะเป็นการดี ถ้าเราได้เตรียมตัวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในล่วงหน้า

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ความวิตกกังวล
2. โรคซึมเศร้า
3. ปัญหาอนไม้หลับ
4. ภาวะสมองเสื่อม
5. ปัญหาเรื่องเพศ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ดำเนินการสำรวจสุขภาพจิตของประชากร พ.ศ. 2554 ระหว่างเดือน พฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2554 โดยใช้ข้อมูลสุขภาพจิตฉบับสั้น 15 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต และได้สำรวจพร้อมกับการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554 ซึ่งผลการสำรวจสรุปได้ดังนี้

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มช่วงวัย ผู้สูงอายุไทยมีคะแนนสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 31.98 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสำหรับสุขภาพจิตของคนไทยทั่วไป (ค่ามาตรฐาน คือ 27.01-34 คะแนน) ผู้สูงอายุชายมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (คะแนน 32.48 และ 31.58 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยตามกลุ่มช่วงวัย พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุวัยปลายและผู้สูงอายุวัยกลาง (คะแนน 32.18 31.72 และ 31.68 ตามลำดับ)

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับความเพียงพอของรายได้ จากการให้ผู้สูงอายุประเมินความเพียงพอของรายได้ทั้งหมดที่ได้รับจากทุกแหล่งว่า เกินเพียงพอ เพียงพอ เพียงพอเป็นบางครั้ง หรือไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ พบว่าผลการประเมินความเพียงพอของรายได้ทั้งหมดที่ผู้สูงอายุได้รับมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน กับคะแนนสุขภาพจิต กล่าวคือผู้สูงอายุที่ประเมินว่ามีรายได้เกินเพียงพอมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอ เพียงพอเป็นบางครั้งและไม่เพียงพอ (คะแนน 34.46 32.68 31.00 และ 30.12 ตามลำดับ)

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง ผู้สูงอายุที่ตอบว่าพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเองมาก มีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่ตอบว่าพอใจ และไม่พอใจ (คะแนน 34.87 32.25 และ 30.30 ตามลำดับ)

สุขภาพจิตกับการทำงานและการมีเงินออมของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน (คะแนน 32.37 และ 31.73 ตามลำดับ) ส่วนผู้สูงอายุที่มีเงินออม/ทรัพย์สินมาก จะมีคะแนนสุขภาพจิตดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีเงินออม/ทรัพย์สินตั้งแต่ 1 ล้านบาทขึ้นไป พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีสุขภาพจิต สูงกว่าคนทั่วไป

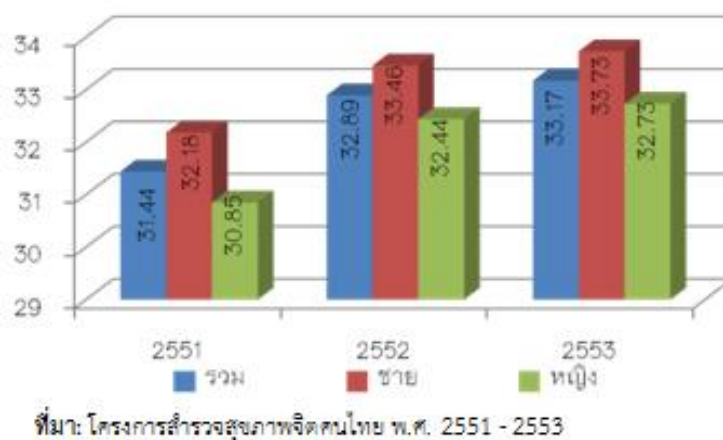
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน เมื่อพิจารณาการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือนของผู้สูงอายุกับคะแนนสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ลำพังคนเดียว และผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตร (คะแนน 30.47 32.17 และ 32.27 ตามลำดับ) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวจะมีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ลำพังคนเดียว และผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรประมาณร้อยละ 10 ทั้งนี้เพราะการได้อยู่ร่วมกับบ้านกับคุณสมรส ลูก/หลาน/ญาติ ก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มั่นคงในจิตใจ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับความคิดเรื่องการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่คิดว่าควรมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การเงิน สุขภาพ ที่อยู่อาศัย จิตใจ รวมทั้งผู้ที่จะมาดูแลในอนาคตเมื่อเป็นผู้สูงวัยนั้น จะมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ยังไม่แน่ใจ และผู้สูงอายุที่คิดว่าไม่ควรมีการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ (คะแนน 32.06 31.80 และ 31.69 ตามลำดับ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความคิดที่จะเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุในเรื่องดังกล่าวนี้ได้เตรียมตัวและเตรียมใจเพื่อที่จะเข้าวัยสูงอายุ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับการทำงาน

จากการสำรวจสุขภาพจิตของคนไทย พ.ศ. 2551 – 2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 31.44 คะแนนในปี 2551 เป็น 33.17 คะแนน ในปี 2553 โดยผู้สูงอายุชายมีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง

คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ
พ.ศ. 2551 - 2553



ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์การทำงานมาอย่างยาวนาน เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุสภาพร่างกายอาจไม่เอื้ออำนวยให้สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ข้อมูลจากแหล่งเดียวกันชี้ให้เห็นว่า ตั้งแต่ปี 2551 - 2553 ผู้สูงอายุที่มีงานทำจะมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเล็กน้อย อย่างไรก็ตามคะแนนสุขภาพจิตของทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2553 จากปี 2551 โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีคะแนนสุขภาพจิตเพิ่มจาก 31.12 คะแนน เป็น 32.99 คะแนน ส่วนผู้สูงอายุที่ทำงานเพิ่มจาก 31.74 คะแนน เป็น 33.41 คะแนน

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยสูงกว่าภาคบริการ และภาคการผลิตอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของประเทศไทยในสมัยก่อนที่เป็นสังคมการเกษตร ทำให้ผู้สูงอายุมีความคุ้นเคย หรือมีความชำนาญทางด้านเกษตรกรรมมากกว่าในภาคการผลิต และบริการ ประกอบกับในปัจจุบันมีการแข่งขันสูง ภาคอุตสาหกรรมมีการขยายตัวมากขึ้น ทำให้การทำงานที่ต้องใช้ทักษะความรู้สมัยใหม่เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัว และเรียนรู้ทักษะหรือความรู้สมัยใหม่ได้อย่างรวดเร็ว สิ่งเหล่านี้ล้วนอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคการผลิต และบริการ

อย่างไรก็ตามจากข้อมูลชี้ให้เห็นว่าแม้ว่าสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง อาจไม่เอื้อต่อการทำงานของผู้สูงอายุ แต่การทำงานก็เป็นผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากทำให้รู้สึกที่ตนเองยังเป็นประโยชน์และมีคุณค่า อย่างไรก็ตามลักษณะงานที่ทำก็ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุได้ทำงานที่สอดคล้องกับความถนัดหรือเหมาะสมกับวัยแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระของบุตรหลาน ดังนั้น หากภาครัฐและชุมชนสนับสนุนให้มีการฝึกอบรม เพิ่มเติมความรู้ รวมถึงการฝึกวิชาชีพให้เหมาะสมกับวัย จึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะทำให้ผู้สูงอายุได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัย ซึ่งจะส่งผลให้สามารถดำรงชีวิต หรือทำงานอย่างมีความสุขต่อไป

คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ
พ.ศ. 2551 - 2553



ที่มา: โครงการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2552 - 2553

การสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ : ความซึมเศร้า

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากการมีปัญหาการซึมเศร้า และภาวะอารมณ์ในด้านลบจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ , 2555 , หน้า 24) พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะความซึมเศร้าในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมากมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2546-2547 เหลือเพียงร้อยละ 2.2 ในปีพ.ศ. 2551-2552 อย่างไรก็ตามภาวะความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น ยิ่งมีภาวะความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่เป็นหญิงและผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทมีภาวะความซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นชายและอยู่ในเขตเมือง

โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ความหมายของโรคเรื้อรัง

อรุณรัตน์ กาญจนะ(2545 , หน้า 11-13) ได้ให้ความหมายของโรคเรื้อรังไว้ดังนี้ โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถทำให้กลับคืนสู่ภาวะปกติได้ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน องค์กรดูแลเป็นระยะเวลานาน การพยากรณ์ของโรคนั้นมีความแตกต่างกันตามสภาพของโรค อาการ อาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรค

โรส ภักดีโต (2540 , หน้า 12) ได้กล่าวถึงโรคเรื้อรังตามความหมายของคณะกรรมการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังแห่งชาติ (The national Commission on Chronic Illness cite by Diamond & Jones , 1983 , p.33) ว่า เป็นภาวะที่ร่างกายมีความบกพร่อง หรือผิดปกติ โดยต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

1. มีความผิดปกติของร่างกายอย่างถาวร
2. มีความบกพร่องของร่างกายที่เกิดจากโรคหลงเหลืออยู่
3. มีพยาธิสภาพของร่างกายโดยไม่สามารถกลับเป็นปกติได้ดั้งเดิม
4. ต้องการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกาย
5. ต้องการคำแนะนำและดูแลจากเจ้าหน้าที่เป็นระยะเวลานาน

ฟิปปส์ (Phipps , 1995) ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า จะพบลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างดังนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร
2. มีความพิการหลงเหลืออยู่
3. พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่กลับคืนสู่ปกติ
4. ต้องอาศัยการฟื้นฟูเป็นพิเศษในระยะยาว
5. ต้องมีการดูแล ให้ความช่วยเหลือ แนะนำ สังเกตและติดตาม

โทมัส (Thomas , 1987 , อ้างถึงใน วิจารณ์ แสงสุวรรณ , 2541 , หน้า 19) ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า เป็นโรคที่เกิดขึ้นแล้วมีผลให้ร่างกายมีรูปร่างหรือการทำงานของอวัยวะเสียหาย ขัดขวางต่อการมีชีวิตในสังคม สิ่งแวดล้อม และการเจ็บป่วยนั้นจะต้องมีอาการของโรค ซึ่งต้องการการดูแลรักษาเป็นระยะเวลายาวนาน การพยากรณ์โรคจะแตกต่างกันไป ตั้งแต่มีชีวิตอยู่เหมือนคนปกติ หรืออาจเสียชีวิตได้ในเวลารวดเร็ว และการเจ็บป่วยนั้นบางที่จะรักษาให้หายได้ ตัวผู้ป่วยและญาติจะต้องให้การดูแลเป็นอย่างดี

ริทชี (Ritchie , 1984 , p.265) ได้ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า เป็นภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นติดต่อกันมากกว่า 3 เดือน ใน 1 ปี หรือมีระยะอยู่ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือน การเจ็บป่วยนั้นอาจมีการยืดเยื้อรุนแรงขึ้นจนเสียชีวิตได้ในที่สุดหรืออาจทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างปกติได้

ฮอบบ์ (Hobbs , 1984 , p.206) ได้ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า เป็นภาวะที่เข้าไประบวงการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติมากกว่า 3 เดือน ใน 1 ปี หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 เดือน ใน 1 ปี

กลอสคอกค์ (Glasscock , 1982 , p.502) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่า เป็นสภาวะที่ทำให้ร่างกายมีการเบี่ยงเบนการทำงานที่ในระยะเวลาที่ยาวนานกว่าการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ซึ่งอาจจะยาวนานเป็นเดือน ปี หรือตลอดชีวิต และผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติหรือเกิดความพิการได้

สรุปความหมายของ โรคเรื้อรังว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถทำให้กลับคืนสู่สภาวะปกติได้ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของร่างกายและจากการเปลี่ยนแปลงนี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลต้องใช้ระยะเวลานาน ดังนั้น ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังจึงต้องการความช่วยเหลือ การให้คำแนะนำเป็นพิเศษ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้เลือกศึกษาโรคเรื้อรัง 2 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่ง เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

และจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา เพื่อควบคุมโรค และหากมีการดูแลตนเองไม่ดีจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

จากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า อัตราการเป็นโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ จากการสอบถามผู้สูงอายุถึงการเป็นโรคต่าง ๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย รวมทั้ง 6 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ มะเร็ง หลอดเลือดในสมองตีบและอัมพฤกษ์/อัมพาต เมื่อพิจารณาเป็นรายโรค พบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31.7 เบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 7.0 อัมพฤกษ์/อัมพาต ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 มะเร็ง ร้อยละ 0.5 โดยผู้สูงอายุเพศหญิง มีอัตราการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดในสมองตีบ และมะเร็ง สูงกว่าในเพศชาย อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจำนวนมากที่ไม่ได้เป็นเพียงโรคใดโรคหนึ่งที่กำลังกล่าวมา

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ความดันของหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติในขณะที่พักและสูงคงอยู่ตลอดเวลา(พิกุล บุญช่วง , 2539)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดค่าความดันโลหิตในผู้ใหญ่ไว้ดังนี้ ความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) ตั้งแต่ 160 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) ตั้งแต่ 95 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือต่ำกว่าเป็นค่าความดันปกติ ส่วนพวกที่มีระดับความดันโลหิตระหว่าง 140/90 ถึง 160/95 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นระดับก้ำกึ่ง มีแนวโน้มสูงได้ (borderline hypertension) ในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงที่แน่นอน จะต้องวัดความดันโลหิตได้ค่าสูงกว่าปกติอย่างน้อย 3 ครั้ง ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน แต่แต่ละครั้งควรเว้นช่วงประมาณ 1 สัปดาห์ (สาธิตา เมธนาวัน และสุภาวดี ด้านธำรงกุล , 2543)

โรคเบาหวาน (Diabetic Mellitus)

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

สมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association , 1998 , pp. 1-66 ; Lehman, 1995, pp.1282-1294) ให้ความหมายของโรคเบาหวานว่า หมายถึง ความผิดปกติของตับอ่อนในการผลิตอินซูลิน ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า 8-12 ชั่วโมง มากกว่า 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในการตรวจอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมีอาการปัสสาวะมาก รับประทานอาหารจุ และน้ำหนักร่างกายลดลง

วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์(2545 , หน้า 1)ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวาน(diabetes mellitus) ว่าเป็นกลุ่มอาการของโรคทางเมตาบอลิซึม ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง อันเป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน(insulin) หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่าง ทำให้เกิดสภาวะที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ(hyperglycemia) เป็นเวลานาน ก่อให้เกิดการเสื่อมทำลายของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีความสำคัญมากทางคลินิกหลายประการ

วิทยา ศรีตามา และ พันธุ์ศักดิ์ กังสวิวัฒน์ (2541 , หน้า 2) กล่าวว่า โรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้าสูง มากกว่า หรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม / เดซิลิตร จำนวน 2 ครั้ง หรือ ตรวจครั้งเดียวเวลาใดก็ตามมากกว่า 200 มิลลิกรัม / เดซิลิตร ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน คือ ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย น้ำหนักลด

สรุปโรคเบาหวาน เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อน ที่มีความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ (hyperglycemia) ซึ่งมีผลกระทบต่อการเผาผลาญโปรตีนและไขมันเป็นผลให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดเล็กและใหญ่

โรคหัวใจกับผู้สูงอายุ

ร่างกายคนเราจะเริ่มมีการเสื่อมของอวัยวะตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ดังนั้นการดูแลสุขภาพสุขภาพที่ดี และถูกสุขลักษณะตั้งแต่ต้นจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค หรือปัญหาสุขภาพที่มักเกิดขึ้นเมื่ออายุเข้าสู่วัยสูงอายุ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด ทั้งร่างกายและจิตใจ สภาพร่างกายจะเห็นได้ว่าเสื่อมลงตามอายุขัย สภาพจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงง่าย ชี้หงุดหงิด มีความวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บปวด หรือจากการเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย และโรคที่พบในผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งอาจเกิดมาตั้งแต่ในวัยหนุ่มสาว ที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดอาการรุนแรงมากขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บางโรคเกิดจากความเปลี่ยนแปลงของการบริโภคอาหาร ดังนั้น การดูแลสุขภาพสุขภาพที่ดี และถูกสุขลักษณะตั้งแต่ต้น จะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค หรือปัญหาทางสุขภาพต่าง ๆ ที่มักเกิดขึ้นเมื่ออายุเข้าสู่วัยสูงอายุ วัยสูงอายุเป็นวัยที่เสี่ยงต่อโรคมก เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด สถิติการเกิดโรคนี้มากที่สุด ในช่วงอายุ 45 ปี ความรุนแรงจะมากขึ้น ถ้าไม่ได้รับการรักษา และดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในการรับประทานอาหารให้ถูกต้อง เพราะสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรค คือ การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงเกินความต้องการของร่างกาย และการเลือกรับประทานที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหารที่มีไขมันสูง โคเลสเตอรอลสูง รวมถึงการสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย การป้องกันโรคนี้ ควรเริ่มก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น หนังเป็ด หนังไก่ เครื่องในสัตว์ กะทิ เป็นต้น งดการสูบบุหรี่ และมีการออกกำลังกายเป็นประจำ

อัตราการเกิดโรคหัวใจ องค์การอนามัยโรค แจ้งว่า โรคหัวใจคร่าชีวิตคนทั่วโลกถึงปีละ 12 ล้านคนต่อปี และยังเป็น สาเหตุการตายของประชากรกว่าครึ่งของ ประชากรในประเทศ สหรัฐอเมริกา และ ประเทศกำลังพัฒนาอื่นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย สถิติยังแสดงว่า โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ของประชากรที่เป็นผู้ใหญ่ (ผู้สูงอายุ) ทุกๆปี สถิติผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มโรคหัวใจ

และหลอดเลือดจากทั่วโลก ได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยล่าสุดในปีที่ผ่านมา มีจำนวนผู้เสียชีวิตอันเนื่องมาจากโรคดังกล่าว สูงถึงกว่า 10 ล้านคน และคาดว่า ในอีก 5 ปี ข้างหน้า จำนวนการตายจะเพิ่มขึ้นเป็น 20 ล้านคน โดยในจำนวนนี้ 13 ล้านคนมาจากประเทศกำลังพัฒนาและกลุ่มประเทศยุโรปตะวันตก

สำหรับในประเทศไทย ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้นถึง 20 เท่าโดยเฉพาะ ในพื้นที่ ภาคกลาง และภาคเหนือ ทั้งนี้เนื่องจากการรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามา อันได้แก่การนิยมบริโภคอาหารแบบฟาสต์ฟู้ด จะเห็นได้ว่าโรคหัวใจส่วนใหญ่นั้นมีสาเหตุจากการบริโภคนิยม โดยเริ่มสะสมมาตั้งแต่สมัยวัยรุ่นที่ไม่รู้จักวิธีเลือกบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย และเนื่องด้วยการดำรงชีวิตประจำวันของคนไทยในปัจจุบันมีความเคร่งเครียด ในเรื่องเศรษฐกิจกันมากขึ้น ความเครียดที่ต้องเร่งรีบ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป โดยรับประทานอาหารผักกั้นน้อยลง และหันมาทานอาหารจานด่วนกันมากขึ้น จึงทำให้อัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมกยิ่งขึ้น แต่ไม่ได้หมายความว่า การเลือกบริโภคที่ดีจะไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ เพราะการเกิดโรคหัวใจมีอยู่หลายปัจจัย (คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557)

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะของความผิดปกติทางอารมณ์รูปแบบหนึ่ง โดยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่น เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของคนเรา อาจมีอาการแสดงตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรงมาก ซึ่งจะนำไปสู่ความเป็ยงเบนทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ ความคิด และสังคม ทำให้เกิดความเสื่อมหรือความบกพร่องในบทบาทหน้าที่ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไข จะรู้สึกหมดหวัง ไร้คุณค่า มีความคิดในด้านลบ มีพฤติกรรมถอยหนี หรือมีความพยายามฆ่าตัวตายได้ในที่สุด ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าว่าเป็นสาเหตุของภาวะสูญเสียความสามารถของประชากรโลก 1 ใน 10 อันดับแรกคิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรโลก(Murray & Lopez,2003) สำหรับในประเทศไทยมีรายงานเกี่ยวกับการสูญเสียความสามารถของภาวะซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2543 โดยจัดอยู่ใน 10 อันดับแรกเช่นกัน (กรมสุขภาพจิต, 2546) จากการสำรวจทั้งประชากรทั่วไปและประชากรเฉพาะอายุ พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้มากถึงร้อยละ 20-40 (กรมสุขภาพจิต, 2547) แม้ภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ที่พบอาจไม่รุนแรงจนเป็นโรค แต่อารมณ์ซึมเศร้าของคนเราก็มีผลต่อความคิด การตัดสินใจ และความสามารถในการทำงานที่ลดลง ในกรณีที่มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง เช่น โรค major depressive disorder ก็จะเป็นปัญหาต่อตัวผู้ป่วย ทั้งจากการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน รวมทั้งเป็นภาระต่อญาติและสังคม เฉพาะอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร้าทั่วประเทศ จากอัตราผู้ป่วย 55.9 คนต่อประชากร 1 แสนคนในปี พ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้นเป็น 168.2 คนต่อประชากร 1 แสนคนในปี พ.ศ. 2545 หรือเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าและมีแนวโน้มจะสูงขึ้นอีก(กรมสุขภาพจิต, 2547) สาเหตุของโรคซึมเศร้าเท่าที่ทราบปัจจุบันเป็นสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางจิตสังคม ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการเกิน 1 เดือน จะเสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตายร้อยละ 15 นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 60 ถึง 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีประวัติป่วยเป็นโรค

ซึมเศร้ามาก่อน สำหรับในประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายเมื่อปี พ.ศ. 2541 เท่ากับ 11.7 รายต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2547)

ความหมายของภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลในภาวะปกติ ซึ่งเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ อารมณ์จะประกอบด้วย อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมดความ สนใจในสิ่งต่าง ๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหว ช้าลง หรือพรั่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสีย มีความคิด อยากรตาย ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวตลอดเวลา และอาการเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพ การทำงาน หรือการเรียน ซึ่งเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ (ดวงใจ กสานติกุล, 2543; Dinkmeyer & Sperry, 2000)

การเปลี่ยนแปลงในผู้ที่เป็โรซึมเศร้า

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็โรซึมเศร้า อาจเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือเป็นเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์ก็ได้ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การมีเหตุการณ์มากระทบรุนแรงมากน้อยเพียงใด บุคลิกเดิมของบุคคลนั้น ระดับการช่วยเหลือจากครอบครัว เป็นต้น โดยผู้ที่เป็โรอาจไม่มีอาการของโรซึมเศร้าทั้งหมด แต่อย่างน้อยจะมีอาการหลักคล้าย กัน เช่น รู้สึกเบื่อเศร้า ท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือนอนไม่หลับ เป็นต้น

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ(มาโนช หล่อตระกูล , 2557)

1. อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ที่พบบ่อยคือจะกลายเป็นคนเศร้าสร้อย หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย เรื่องเล็กๆน้อยๆ ก็ดูเหมือนจะอ่อนไหวไปหมด บางคนอาจไม่มีอารมณ์เศร้าชัดเจนแต่จะบอกว่าจิตใจหม่นหมอง ไม่แจ่มใส ไม่สดชื่นเหมือนเดิมบางคนอาจมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไปหมดทุกสิ่งทุกอย่าง สิ่งที่เคยเคยทำแล้วเพลินใจหรือสบายใจ เช่น ฟังเพลง พบปะเพื่อนฝูง เข้าวัด ก็ไม่ยอมทำหรือทำแล้วก็ไม่ทำให้สบายใจขึ้น บ้างก็รู้สึกเบื่อไปหมดตั้งแต่ตื่นเข้ามา บางคนอาจมีอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย อะไรก็ดูขวางหูขวางตาไปหมด กลายเป็นคนอารมณ์ร้าย ไม่ใจเย็นเหมือนก่อน

2. ความคิดเปลี่ยนไป มองอะไรก็รู้สึกว่าแย่ไปหมด มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตก็เห็นแต่ความผิดพลาดความล้มเหลวของตนเอง ชีวิตตอนนี้ก็รู้สึกว่าอะไรๆ ก็ดูแย่ไปหมด ไม่มีใครช่วยอะไรได้ ไม่เห็นทางออก มองอนาคตไม่เห็น รู้สึกท้อแท้หมดหวังกับชีวิตบางคนกลายเป็นคนไม่มั่นใจตนเองไป จะตัดสินใจอะไรก็ลังเลไปหมด รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า เป็นภาระแก่คนอื่น ทั้งๆ ที่ญาติหรือเพื่อนๆ ก็ยืนยันว่ายินดีช่วยเหลือ เขาไม่เป็นภาระอะไรแต่ก็ยังคงคิดเช่นนั้นอยู่

ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ความคับข้องใจ ทรมานจิตใจ เหล่านี้อาจทำให้เจ้าตัวคิดถึงเรื่องการตายอยู่บ่อยๆ แรกๆ ก็อาจคิดเพียงแค่อยากไปให้พ้นๆ จากสภาพตอนนี้ ต่อมาเริ่มคิดอยากตายแต่ก็ไม่ได้คิดถึงแผนการอะไรที่แน่นอน เมื่ออารมณ์เศร้าหรือความรู้สึกหมดหวังมีมากขึ้น ก็จะเริ่มคิดเป็นเรื่องเป็นราวว่าจะทำอย่างไร ในช่วงนี้หากมีเหตุการณ์มากระทบกระเทือนจิตใจก็อาจเกิดการฆ่าตัวตายขึ้นได้จากอารมณ์ชั่ววูบ

3. สมาธิความจำแย่งลง จะหลงลืมง่าย โดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ๆ วางของไว้ที่ไหนก็นึกไม่

ออก ญาติเพิ่งพูดด้วยเมื่อเช้าก็นึกไม่ออกว่าเขาสั่งว่าอะไร จิตใจเหม่อลอยบ่อย ทำอะไรไม่ได้นานเนื่องจากสมาธิไม่มี ดูโทรทัศน์นานๆ จะไม่รู้เรื่อง อ่านหนังสือก็ไม่ได้ถึงหน้า ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำงานผิดๆ ถูกๆ

4. มีอาการทางร่างกายต่างๆ ร่วม ที่พบบ่อยคือจะรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ซึ่งเมื่อพบร่วมกับอารมณ์รู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร ก็จะทำให้คนอื่นดูว่าเป็นคนขี้เกียจ ปัญหาด้านการนอนก็พบบ่อยเช่นกัน มักจะหลับยาก นอนไม่เต็มอิ่ม หลับๆ ตื่นๆ บางคนตื่นแต่เช้ามีดแล้วนอนต่อไม่ได้ ส่วนใหญ่จะรู้สึกเบื่ออาหาร ไม่เจริญอาหารเหมือนเดิม น้ำหนักลดลงมาก บางคนลดลงหลายกิโลกรัมภายใน 1 เดือน นอกจากนี้ยังมีอาการท้องผูก อึดแน่นท้อง ปากคอแห้ง บางคนอาจมีอาการปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว

5. ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป ดังกล่าวข้างแล้วข้างต้น ผู้ที่เป็นโรคนี้นี้มักจะดูซึมลง ไม่ร่าเริง แจ่มใส เหมือนก่อน จะเก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจากับใคร บางคนอาจกลายเป็นคนใจน้อย อ่อนไหวง่าย ซึ่งคนรอบข้างก็มักจะไม่เข้าใจว่าทำไมเขาถึงเปลี่ยนไป บางคนอาจหงุดหงิดบ่อยกว่าเดิม แม่บ้านอาจทนที่ลูกๆ ขนไม่ได้ หรือมีปากเสียงระหว่างคู่ครองบ่อยๆ

6. การงานแย่งลง ความรับผิดชอบต่อการทำงานก็ลดลง ถ้าเป็นแม่บ้านงานบ้านก็ไม่ได้ทำ หรือทำลวกๆ เพียงให้ผ่านๆ ไป คนที่ทำงานสำนักงานก็จะทำงานที่ละเอียดไม่ได้เพราะสมาธิไม่มี ในช่วงแรกๆ ผู้ที่เป็นอาจจะมีกำลังใจตัวเองให้ทำได้ แต่พอเป็นมากๆ ขึ้นก็จะหมดพลังที่จะต่อสู้ เริ่มลางานขาดงานบ่อยๆ ซึ่งหากไม่มีผู้เข้าใจหรือให้การช่วยเหลือก็มักจะถูกให้ออกจากงาน

7. อาการโรคจิต จะพบในรายที่เป็นรุนแรงซึ่งนอกจากผู้ที่เป็นจะมีอาการซึมเศร้ามากแล้ว ยังพบว่ามีอาการของโรคจิตได้แก่ อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย ที่พบบ่อยคือ จะเชื่อว่ามีคนคอยกลั่นแกล้ง หรือประสงค์ร้ายต่อตนเอง อาจมีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุยด้วย อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้มักจะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อได้รับการรักษา อารมณ์เศร้าดีขึ้น อาการโรคจิตก็มักทุเลาตาม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (ชนิกา เจริญจิตต์กุล , 2557)

ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ควรเริ่มจากการป้องกันมิให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพิ่มสมรรถนะทางด้านร่างกายและจิตสังคม ลดอาการที่เกิดจากภาวะซึมเศร้ารวมทั้งเพิ่มทักษะในการปรับตัวต่อความเครียดเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และการดูแลตามแผนการรักษาของจิตแพทย์ โดย (Stanley & Beare ,1995:384-393 ,Miller 1999:597-605 ลิขรณ อุณนาภิรักษ์2547 : 25-41)

1. ลดปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

1.1 ป้องกันมิให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือลดปัญหาสุขภาพต่างๆ โดยการพาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพประจำปี และเร่งรักษาฟื้นฟูสุขภาพโดยเร็ว

1.2 ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น มิให้เกิดการแยกตัวจากสังคม

1.3 ต้องช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เกิดขึ้น

ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยพยายามให้ความรู้และหากิจกรรมให้ทำ ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น

1.4 ต้องเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยต่างๆในผู้สูงอายุ รวมทั้งผลข้างเคียงจากการใช้ยา

2. ให้การดูแลในระยะภาวะซึมเศร้ามลดลง มีระดับการรู้ตัวดี

2.1 ให้คำปรึกษาโดยผ่านการสื่อสาร ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกเศร้ามาก ความรู้สึกนี้ ผู้รับคำปรึกษาควรเข้าใจและสนใจรับฟังเรื่องราวของผู้สูงอายุอย่างสงบ เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดจากการสูญเสีย และช่วยให้ผู้สูงอายุได้รำลึกถึงความหลังในสิ่งที่ดี เช่น การดูแลครอบครัว งานอดิเรก สิ่งที่น่าสนใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นว่ามีสิ่งที่ไม่เลวร้าย และชี้ให้เห็นสิ่งที่ดีเกี่ยวกับตนเองเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตัวเอง

2.2 ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ชี้แจงให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าอาการซึมเศร้า เป็นอาการที่รักษาหายได้ การรับประทานยาและได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ณะทำจิตบำบัดจะช่วยลดอาการซึมเศร้าลงได้

2.3 ช่วยปรับสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคม

1. ประเมินและแก้ไขความบกพร่องทางด้านร่างกาย เช่น ใส่แว่นตา หรือเพิ่มแสงสว่างในกรณีที่ตามองไม่เห็น ใช้เครื่องช่วยฟังในรายที่หูตึง เป็นต้น

2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทั้งบุคคลในครอบครัวและสังคมนอกบ้าน เช่น ร่วมปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ฟังธรรมะ ออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อช่วยในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างให้ดีขึ้น

3. ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองมากที่สุดแม้ต้องใช้เวลาช้านาน เพื่อหลีกเลี่ยงการพึ่งพา และส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

2.4 ส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะขาดสารอาหาร และสารอาหารจะช่วยส่งเสริมสภาพจิตใจและสติปัญญา รวมทั้งช่วยลดอาการท้องผูก ซึ่งเป็นปัญหาจากการไม่เคลื่อนไหว และจากยา โดยจัดอาหารให้น่ารับประทานหรือพิจารณาให้อาหารทางสายยางในรายที่มีอาการรุนแรง

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ต้องรีบให้การช่วยเหลือหรือจะถูกละเลยว่าเป็นเรื่องปกติที่พบในผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจของบุคคลรอบข้าง ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ ภาวะซึมเศร้ามักสามารถรักษาหายได้และทำให้ผู้สูงอายุกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติได้อีกครั้งหนึ่ง แต่ถ้าถูกละเลย ภาวะซึมเศร้าในระยะรุนแรงอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองในผู้สูงอายุได้มากเป็นอันดับหนึ่ง ดังนั้นการตรวจพบในระยะแรกจึงเป็นเรื่องสำคัญ และการดูแลรักษา ติดตามอย่างต่อเนื่องจึงเป็นความรับผิดชอบของทีมสุขภาพ

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า หรือการวัดความซึมเศร้าสามารถทำได้หลายแบบ ซึ่งมีผู้ศึกษาและค้นคว้ารูปแบบต่าง ๆ ไว้มากมาย สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือวัดและประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) เครื่องมือนี้ พัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง(Train The Brain Forum Thailand) (2537) ลักษณะเครื่องมือ เป็นมาตราประเมินแบบถูก-ผิด (0 และ 1 คะแนน) จำนวน 30 ข้อ ใช้ทดสอบผู้สูงอายุทั่วไป

การแปลความหมาย

0 - 12 คะแนน	หมายความว่า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
13 - 18 คะแนน	หมายความว่า	มีความซึมเศร้าเล็กน้อย
19 - 24 คะแนน	หมายความว่า	มีความซึมเศร้าปานกลาง
25 - 30 คะแนน	หมายความว่า	มีความซึมเศร้ารุนแรง

ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา และผ่านการศึกษาหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 275 ราย จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย จำแนกเป็น เพศหญิง 154 ราย และเพศชาย 121 ราย ผลการวิเคราะห์พบว่า เวลาเฉลี่ยที่ผู้สูงอายุไทยใช้ในการทดสอบ เท่ากับ 10.09 นาที การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า ในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเชื่อมั่น รวมเท่ากับ 0.93 (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2534)

ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

ความเป็นมาของทฤษฎี

ผู้ค้นพบทฤษฎีชื่อ จอห์น กรินเดอร์ (John Grinder) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ด้านภาษาศาสตร์ และ ริชาร์ด แบนด์เลอร์ (Richard Bandler) นักศึกษาด้านจิตวิทยา มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ซานตาครุส สหรัฐอเมริกา ซึ่งสนใจด้านจิตบำบัด ตั้งแต่ต้นปี 1970 ซึ่งได้ศึกษาแนวคิดของนักจิตวิทยาชื่อดัง 3 คน คือ

1. ฟริทซ์ เพิร์ลส์ (Fritz Perls) นักจิตวิทยารุ่นใหม่ และผู้เป็นต้นฉบับของโรงเรียนที่สอนด้านจิตบำบัดในแนวเกสทอลต์ (Gestalt)
2. เวอร์จิเนีย ซะเทียร์ (Virginia Satir) นักครอบครัวบำบัด ผู้ซึ่งมีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว
3. มิลล์ตัน อีริกสัน (Milton Erickson) นักสะกดจิตที่มีชื่อเสียงระดับโลก

ความหมายของทฤษฎีโปรแกรมประสาทสัมผัส

ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro-Linguistic Programming: NLP) อ้างถึงกระบวนการพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนใช้เพื่อการสื่อสาร โดยการใส่รหัส (Encoding) การถ่ายโยง (Transfer) การชี้แนะ (Guide) และการปรับพฤติกรรม (Modify behavior)

วิลลาร์ (Villar, 1997 a,p 24 cited in Dits, Grinader, Bandler & Delongler, 1980) ให้คำจำกัดความของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ดังนี้

Neuro อ้างถึง พฤติกรรมทั้งหมดเป็นผลของกระบวนการทางระบบประสาท ซึ่งรวมถึงระบบของกระบวนการภายในทั้งระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้ยิน การเห็น การชิมรส การดมกลิ่น และการสัมผัส

Linguistic อ้างถึง การรับรู้พื้นฐาน ที่กระบวนการทางระบบประสาทสื่อออกมา เพื่อแสดงถึงวิถีทางแห่งความรู้สึกนึกคิด ไม่ว่าจะเป็นการสั่งการ และการจัดเรียงลำดับในรูปแบบของแบบจำลองและยุทธวิธีโดยผ่านภาษาและระบบการสื่อสาร โดยเฉพาะ ระบบวิถีทาง ที่ใช้สื่อ ไม่ว่าจะเป็นช่วงจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก หรือกระบวนการทั้งภายในและภายนอกผ่านกระบวนการทางจิตที่ได้รับคำสั่งจากระบบประสาท ในเรื่องการไต่รหัสและการให้ความหมาย

Programming อ้างถึง กระบวนการของการจัดสรรส่วนประกอบของระบบเพื่อบรรลุผลตามที่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Programming อ้างถึง ระบบของการให้รหัสและการลำดับเหตุผล ประสาทสัมผัสภายใน โดยการที่มนุษย์ เรียนรู้ มีแรงจูงใจในตนเอง และการเปลี่ยนแปลง

โอคอนเนอร์ และ เซย์มัวร์ (O' Conner & Seymour, 1993, p 3) ได้ให้ความหมายของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสว่าประกอบด้วย 3 แนวคิด คือ

ระบบประสาท (Neuro) โดยความคิดพื้นฐานแล้วยอมรับว่าทุกพฤติกรรมเกิดจากกระบวนการทางระบบประสาทอันได้แก่ การเห็น การได้ยิน การดมกลิ่น การลิ้มรส การสัมผัส และความรู้สึก บุคคลรับรู้โลกโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า เมื่อรับรู้แล้วจึงแสดงพฤติกรรมออกไป ระบบประสาทของมนุษย์นั้นครอบคลุมไม่ใช่แค่เพียงกระบวนการคิดที่มองไม่เห็นเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการแสดงออกปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความคิดและเหตุการณ์ด้วย ในความเป็นมนุษย์นั้น กายและจิตเป็นสิ่งเดียวกันไม่อาจแบ่งแยกได้

ภาษา (Linguistic) เป็นสิ่งที่มนุษย์ใช้เพื่อที่จะสื่อสารความคิดและพฤติกรรมของตนเองกับบุคคลอื่น

โปรแกรม (Programming) เป็นวิถีทางที่มนุษย์เลือกในการสร้างความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ

โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส จึงเกี่ยวกับโครงสร้างของประสบการณ์ของมนุษย์ ว่า พวกเขาสร้างในสิ่งที่เห็น ได้ยิน และรู้สึกได้ อย่างไร และเขาแก้ไขและกลั่นกรองการรับรู้ต่อโลกภายนอกให้ผ่านเข้ามาสู่ระบบสัมผัสภายในได้อย่างไร

เมอส์เวด (Merlevede, 1999) ให้คำจำกัดความว่า โปรแกรมประสาทสัมผัส เป็นการศึกษาโครงสร้างการทำงานของสมองอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมมนุษย์และนำคำตอบที่ไปได้ประยุกต์ใช้ให้เป็นรูปแบบที่ทำให้มนุษย์ประสบความสำเร็จ แต่คำจำกัดความที่ใช้กันทั่วไปก็คือ เป็นการศึกษาโครงสร้างประสบการณ์ของมนุษย์ซึ่งบางคนการที่จะศึกษาได้สมบูรณ์นั้นจะต้องมีการเพิ่มประสบการณ์เข้าไป “และทุก ๆ สิ่ง ทุก ๆ อย่าง ก็จะได้รับจากประสบการณ์นั่นเอง” หรืออาจกล่าวให้เข้าใจง่าย ๆ ว่า โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เป็นวิธีการฝึกการใช้สมองของบุคคล

สรุป โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส หมายถึง โครงสร้างประสบการณ์เฉพาะที่เกิดขึ้นผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 เข้าสู่กระบวนการใส่รหัส และให้ความหมาย เพื่อแสดงออกมาเป็นวจนภาษาและอวัจนภาษาโดยจิตสำนึกและจิตใต้สำนึกของแต่ละบุคคล

จุดมุ่งหมายของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

ผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (NLP Disciples) มีความเห็นว่า ความทุกข์หรือปัญหาของบุคคลนั้นเกิดจากการที่บุคคลจำกัดการรับรู้ของตนเองต่อสถานการณ์ในขณะนั้น ทำให้บุคคลมีทางเลือกที่จำกัดไปด้วย จุดมุ่งหมายของการบำบัดตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ไม่ใช่การขัดขวางทางเลือก แต่เพื่อเพิ่มทางเลือกให้มากยิ่งขึ้น เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ที่อยู่ในความทุกข์หรือปัญหา ได้ขยายการรับรู้ในการดำเนินชีวิตของตนเอง โดยการทำให้บุคคลขยายกรอบประสบการณ์ขึ้นมาใหม่และมองเห็นกรอบประสบการณ์เหล่านั้นในแง่มุมใหม่ ทำให้บุคคลที่คิดว่าตนเองมีโอกาสจำกัดนั้นได้ค้นพบยุทธวิธีใหม่ ๆ จากพลังบวกที่ซ่อนอยู่มาใช้ในการแก้ปัญหาของตนเองได้ (Mattakotti, 1983) ซึ่งวิธีการเช่นนี้ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกมากขึ้น เนื่องจากทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสมีความเห็นว่า การมีทางเลือกเพียงทางเลือกเดียวคือ การไม่มีทางเลือก เพราะบางครั้งได้ผลแต่บางครั้งก็ไม่ได้ผลซึ่งนำไปสู่สถานการณ์ที่ไม่สามารถจะแก้ไขปัญหาได้ การมีสองทางเลือกนั้นทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้ง อยู่ในสภาพกลืนไม่เข้าคายไม่ออกต่อทางเลือกซึ่งในที่สุดบุคคลจะอยู่ในสภาพเสมือนไม่มีทางเลือก ดังนั้น การมีทางเลือกมากเท่าไร เขาก็ยังมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง และเป็นผู้สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้มากขึ้นเท่านั้น นั่นคือ การมีทางเลือกหลายทางยิ่งทำให้บุคคลมีโอกาสประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาได้มากขึ้น (O'Connor & Seymour, 1993 p.9)

การให้คำปรึกษาระยะสั้น

การให้คำปรึกษาระยะสั้นภายใน 3 นาที ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสนั้น ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (O'Connor & Seymour, 1993 pp. 8-14)

1. เป้าหมาย (Outcome) ผู้รับคำปรึกษาต้องมีความชัดเจนว่าผลลัพธ์หรือเป้าหมายตนเองต้องการนั้นคืออะไร เพราะเป้าหมายเฉพาะนั้นจะนำไปสู่ ยุทธวิธีเฉพาะในการแก้ปัญหาด้วยเช่นกัน ยิ่งบุคคลสามารถบอกรายละเอียดของเป้าหมายที่ต้องการได้มากเท่าไร เขาก็จะยังมีความชัดเจนในการรับรู้แนวทางการเป็นไปได้ในการแก้ปัญหามากขึ้นเท่านั้น โปรแกรมประสาทสัมผัส มีวิธีการที่ช่วยทำให้รู้ถึงเป้าหมายที่ต้องการ ดังนี้

ประการแรก คือ การคิดทางบวก เริ่มจากการคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ต้องการมากกว่าการคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ การฝึกคิดในทางบวกเป็นการโปรแกรมลงในสมอง โดยการมองเห็นสิ่งที่เป้าหมายเพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ที่เป็นลบ นั่นคือ การปรับวิกฤติให้เป็นโอกาสนั่นเอง

ประการที่สอง คือ ต้องลงมือทำทันทีโดยมีเป้าหมายเป็นหลัก ต้องพึงระลึกว่าเป้าหมาย

เป็นสิ่งที่พิเศษที่สุดและมีความเป็นไปได้ อะไรที่บุคคลจะได้เห็น อะไรที่เขาจะได้ยิน ต้องจินตนาการให้แจ่มชัด และละเอียด หรือเขียนออกมาให้ได้ว่าสิ่งนั้นเป็นใคร อะไร ที่ไหน เมื่อใด และอย่างไร ยิ่งบอกรายละเอียด ได้มากเท่าไร สมอของบุคคลก็จะฝึกซ้อมและมองหาโอกาสที่จะประสบความสำเร็จมากขึ้นเท่านั้น เป้าหมายที่จะไปถึงนั้นมีพลังบวกสนับสนุนให้ประสบความสำเร็จหรือไม่ พลังบวกอาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายใน (ความสามารถพิเศษความคิดทางบวก) หรือสิ่งที่อยู่ภายนอก ถ้าพบว่าเป็นพลังบวกภายนอกต้องมีเป้าหมายย่อยเพื่อให้ได้สิ่งนั้นมา เป้าหมายต้องบอกขนาดได้ ขนาดของความสำเร็จต้องใหญ่พอที่จะเบียดอุปสรรคให้เล็กลงได้ บางเป้าหมายไม่มีที่สิ้นสุด ดังนั้นจึงควรจำกัดระยะเวลาที่จะประสบความสำเร็จ บุคคลจะต้องจำกัดเวลาที่จะประสบความสำเร็จและคิดถึงเป้าหมายให้ใหญ่พอ ซึ่งเป็นก้าวแรกของการประสบความสำเร็จในทางที่ถูกต้อง เป้าหมายถ้าเล็กมากก็จะสามารถที่จะจูงใจได้แต่ก็สามารถเชื่อมโยงเป้าหมายที่เล็ก ๆ ให้ไปสู่เป้าหมายที่ใหญ่ขึ้นได้

ประการสุดท้าย ในการเลือกเป้าหมายนั้น คือ นิเวศวิทยา (Ecology) เพราะไม่มีใครที่อยู่คนเดียวในโลกได้ คนเป็นส่วนหนึ่งของระบบที่ใหญ่กว่า เช่น ครอบครัว หน้าที่การงาน เพื่อน เครือข่าย และสังคม ดังนั้นจึงต้องมีการพิจารณาลำดับแห่งความสำเร็จในเป้าหมายของตนเองว่ามีความหมายต่อผู้อื่นหรือไม่ ถ้าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ไม่มีใครปรารถนา ความสำเร็จควรจะยกเลิกหรือยังควรทำต่อไป

2. ตื่นตัวและไวต่อการรับรู้ (Acuity) ส่วนที่สำคัญของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส คือ การฝึกให้บุคคลมีระบบความรู้สึกที่ฉับไวไม่ว่าจะอยู่ ณ ที่ใด ความสนใจจะต้องอยู่ที่การทำอย่างไรจึงจะเปลี่ยนแปลงและขยายแวนกรองให้สนใจในสิ่งที่ไม่เคยสนใจมาก่อน บุคคลจะตระหนักในทุกขณะที่รับรู้ความรู้สึกจากการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นและกับตนเอง โดยสังเกตสัญญาณเล็ก ๆ น้อย ๆ ของคู่สนทนาที่จะทำให้รู้ว่าเรามีการตอบสนองต่อการสื่อสารของเราอย่างไร เช่นเดียวกันเมื่อกระทำสิ่งนี้กับตัวเองก็จะเป็นการเพิ่มการตระหนักรู้เกี่ยวกับจินตนาการภายใน เสี่ยงและความรู้สึกของตนเองบุคคลต้องมีความฉับไวหรือความไวในการสังเกตว่าจะต้องทำอย่างไรจึงจะได้รับในสิ่งที่ต้องการ

3. ความยืดหยุ่น (Flexibility) ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ต้องมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิด ทางเลือก และยุทธวิธี เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามที่ต้องการ

สรุป จุดมุ่งหมายของทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส คือ การช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างน้อยที่สุดสามทางเลือก วิธีการช่วยเหลือโดยการขยายการรับรู้ของบุคคลที่เคยมีต่อประสบการณ์เดิม สร้างประสบการณ์เดิมขึ้นมาใหม่ เพื่อที่จะได้มองเห็นประสบการณ์นั้นในแง่มุมใหม่เล็งเห็นโอกาสที่เคยมีจำกัด ค้นพบการเรียนรู้ใหม่ ๆ และมีวิธีการ ให้คำปรึกษาระยะสั้นภายใน 3 นาที คือต้องมีความชัดเจนว่าเป้าหมายที่ต้องการแก้ไขและเปลี่ยนแปลงคืออะไร ควรเป็นเป้าหมายที่ใหญ่พอที่จะจูงใจให้ไปสู่เป้าหมายได้ พร้อมกันนี้ต้องมีความกระตือรือร้น และสนใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง และบุคคลรอบข้าง และท้ายที่สุด คือต้องมีความพร้อมในการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

เทคนิครัศมีพลังแห่งตน(Personal Power Radiator: PPR)

เทคนิครัศมีพลังแห่งตน เป็นเทคนิคที่ให้คุณคลั่งค้นพบความสามารถพิเศษ ความเข้มแข็ง พลังบวกที่ซ่อนอยู่ในจิตใต้สำนึกของตนเอง โดยดึงพลังเหล่านี้มาใช้ ซึ่งอาจเป็นด้านที่เขาไม่ตระหนักรู้ถึงความสามารถของตนเอง เมื่อค้นพบความสามารถใหม่นี้ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า มีศักยภาพ มีความท้าทายในการมองโลกด้วยสายตาแบบใหม่ มองว่าชีวิตนี้มีคุณค่า

การประยุกต์ใช้ เทคนิคนี้ช่วยให้คุณพิจารณาถึงความเข้มแข็งหรือพลังที่มนุษย์ขาดความตระหนักถึงความสามารถของตนเองในสิ่งที่ได้ใช้ประโยชน์ ไม่ได้ใช้ประโยชน์ คาดว่าได้ประโยชน์ ทั้งหมดมาใช้ เพื่อเอื้อให้อัตมโนทัศน์และสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้บุคคลรู้สึกมีพลังที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนของเทคนิครัศมีพลังแห่งตน ของ วิลลาร์ (Villar, 1997b,pp.76-79) ให้ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการดังนี้

1. ผ่อนคลาย ให้ผู้รับคำปรึกษา รู้สึกผ่อนคลาย ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลาย คล้ายอยู่ในภวังค์
2. ให้ผู้รับคำปรึกษา กำหนดสัญญาณ “ใช่” ให้พยักหน้า “ไม่ใช่” ให้สั่นศีรษะ “คำสั่งไม่ชัดเจน”

ให้เหยียดมือทั้งสองข้าง หรือนิ้วมือหลายนิ้วมือ กล่าวคำว่า “ขอให้คุณใช้เวลาตามสบาย ผ่อนคลาย เมื่อจิตสำนึกเลือกสัญญาณ “ใช่” แล้วให้ทำตามสัญญาณ “ใช่” ให้ผู้ให้คำปรึกษาดู...(เมื่อได้สัญญาณ “ใช่” แล้วดำเนินการต่อ) ตอนนี้ทำสัญญาณ “ไม่ใช่” (เมื่อได้สัญญาณ “ไม่ใช่” แล้วดำเนินการต่อ) ตอนนี้ขอให้จิตใต้สำนึกทำสัญญาณ “คำสั่งไม่ชัดเจน” (เมื่อได้สัญญาณทั้งหมดแล้ว...ขอบคุณจิตใต้สำนึก) กล่าวคำว่า.....ขอบคุณจิตใต้สำนึกที่เลือกสัญญาณให้...

3. ให้ผู้รับคำปรึกษา ระบุดึงพลังด้านบวกของตน

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณระบุดึงความเข้มแข็งทั้งหมดของคุณ

ความสามารถพิเศษ ความถนัด และความสามารถทุกอย่างที่คุณมีสิ่งเหล่านี้ อาจเป็นสิ่งที่มิได้มีประโยชน์ หรือคุณเห็นว่ามีประโยชน์ เมื่อพลังด้านบวกได้สื่อสารออกมากับจิตสำนึกของคุณแล้ว ให้แสดงสัญญาณว่า “ใช่”

4. ให้ผู้รับคำปรึกษา ตัดสินใจถึงข้อมูลที่แท้จริงถึงการดึงพลังด้านบวกของตน

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณแสดงถึงจิตสำนึกที่แท้จริงว่าคุณจะ

สามารถใช้พลังด้านบวกของคุณอย่างไร ที่ไหน และเมื่อไหร่ ที่จะทำให้คุณมีความสุข สุขภาพดี ก่อให้เกิดประโยชน์มีประสิทธิภาพ มีความสงบสุขและมีการรวมกับของสิ่งเหล่านั้น เมื่อคุณสามารถทำได้แล้ว ให้สัญญาณ “ใช่”

5. ให้ผู้รับคำปรึกษา ใช้ประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์นั้นอย่างเหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณสร้างความรู้สึกอะไรก็ได้ที่คุณต้องการรู้สึก ซึ่งสามารถนำพลังด้านบวกของคุณมาใช้ได้ในแนวทางที่เหมาะสมทั้งหมดและเหมาะสมกับเวลา สถานที่ และสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างแท้จริง เมื่อคุณรู้สึกถึงประสบการณ์นี้อย่างแท้จริงและเพียงพอแล้ว ขอให้คุณทำสัญญาณ “ใช่”

6. ให้ผู้รับคำปรึกษาก้าวนำสู่อนาคต ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “จิตใต้สำนึกของคุณกำลัง

ให้คุณได้สร้างประสบการณ์ที่จะใช้ประโยชน์ของพลังด้านบวกที่คุณระบุถึงนั้นได้อย่างเหมาะสมกับเวลา สถานที่ และสถานการณ์ต่าง ๆ หรือไม่” (คำตอบจะเป็นอย่างไรก็ตาม ให้ดำเนินการต่อไปในขั้นตอนที่ 7)

7. ให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบสภาพที่เกิดขึ้น ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “มีด้านที่ไม่เห็นด้วยกับพลังบวกที่คุณนำมาใช้หรือไม่” (ถ้าเห็นด้วย ให้ทำต่อไปในขั้นที่ 8 แต่ถ้ามีด้านที่ไม่เห็นด้วยให้ทำในขั้นที่ 11, 12)

8. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุถึงแนวทางที่ได้รับจากประสาทรับความรู้สึก ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “ขอให้จิตสำนึกของคุณติดต่อกับจิตสำนึกด้วยสัญญาณทั้งหมดที่คุณได้เห็น ได้ยิน หรือรู้สึก ที่จะช่วยให้คุณได้รับทราบว่า คุณจะสร้างประสบการณ์เพื่อใช้พลังบวกของคุณได้ที่ไหนและเมื่อไร เมื่อคุณได้เห็น ได้ยิน หรือรู้สึกถึงแนวทางดังกล่าวแล้วขอให้ทำสัญญาณ “ใช่”

9. ขอบคุณจิตใต้สำนึกของผู้รับคำปรึกษาและถามถึงข่าวสารที่จิตสำนึกได้รับ ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “ขอบคุณจิตใต้สำนึกที่ให้ความร่วมมือกับเราเป็นอย่างดี ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณให้ข่าวสารสุดท้ายแก่จิตสำนึก ด้วยการยอมรับต่อพลังบวกที่คุณได้เพิ่ม ระบุถึง แสดงสัญญาณว่า “ใช่” เมื่อจิตสำนึกได้ให้ข่าวสารแก่จิตสำนึกแล้ว”

10. ให้ผู้รับคำปรึกษาได้ติดตั้งพลังบวกและข่าวสารที่ได้รับจากจิตใต้สำนึก ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “และขอให้จิตใต้สำนึกของคุณรับประกันว่า ข่าวสารนั้นทำให้คุณสร้างประสบการณ์ขึ้น โดยใช้พลังบวกและคุณจะตอบสนองกับข่าวสารสำคัญที่ได้รับสารนั้น ในแนวทางที่เหมาะสมกับเวลา สถานที่ และสถานการณ์ต่าง ๆ ขอให้คุณสัมผัสที่เข้าทั้งสองข้างของตนเองก่อนที่จะค่อย ๆ ลืมตา”

ข้อที่ 11, 12 จะใช้ต่อเมื่อมีด้านที่ไม่เห็นด้วย ในขั้นที่ 7

11. ให้ด้านที่ไม่เห็นด้วยของผู้รับคำปรึกษา สื่อสารกับด้านที่ดีและข้อโต้แย้ง ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “ขอให้ด้านที่ไม่เห็นด้วยกับพลังบวกที่คุณเลือกมาได้สื่อสารกับด้านที่สร้างสรรค์ บอกถึงความตั้งใจดี และข้อโต้แย้ง เมื่อสื่อสารได้แล้วขอให้ทำสัญญาณ “ใช่”

12. ขอให้ด้านที่สร้างสรรค์ของผู้รับคำปรึกษาปรับปรุงการใช้พลังบวกขึ้นใหม่ ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “ขอให้ด้านที่สร้างสรรค์ของคุณปรับปรุงการใช้พลังบวกขึ้นใหม่ โดยพิจารณาจากด้านที่ดีและข้อโต้แย้ง เมื่อปรับปรุงการใช้พลังบวกของคุณได้แล้ว ขอให้ทำสัญญาณ “ใช่” (ย้อนกลับไปยังขั้นที่ 5 ทำซ้ำตามขั้นตอนที่เหมาะสม จนกระทั่งไม่มีด้านที่ไม่เห็นด้วย)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กาญจนา พิบูลย์ ภารภัทร เสงอุดมทรัพย์ เวรกา กลิ่นวิจิต พวงทอง อินใจ และคณินิจ อุสิมาศ (2552) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 524 คน สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี ไม่มีปัญหาเรื่องภาวะสมองเสื่อมหรือความจำเสื่อมโดยผู้สูงอายุประเมินความจำเสื่อมหรือการเสื่อมของสมองตามแบบประเมิน Chula Mental Test (CMT) และยินดีให้ความร่วมมือ

ในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Chula ADL) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม (PRQ-85) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน (PSS) แบบสัมภาษณ์ความว้าเหว (The Loneliness Scale) และแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) และสเปียร์แมน (Spearman rho Correlation) และสมการพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 51.7 รองลงมา มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 22.1 และรุนแรงร้อยละ 8.6 ตามลำดับ และมีเพียงร้อยละ 17.6 ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม รายได้และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = -.252, -.405, -.163, -.307$ ตามลำดับ $p < .01$) ในขณะที่ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว ความว้าเหวและการรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .260, .537, .471$ ตามลำดับ $p < .01$) นอกจากนี้ยังพบว่า ความว้าเหว การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 49.6 ($R^2 = .496, P < .01$) โดยความว้าเหวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาได้แก่ การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) = .341, .217, -.205, .177, -.142 และ -.142 ตามลำดับ

วรรณกร จันทวีเมือง และเจตินภา แสงสว่าง (2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา ต.ชะแล้ อ.สิงหนคร จ.สงขลา เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Rapid survey research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในตำบลชะแล้ อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา จำนวน 72 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ Krejcie and Morgan เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ซึ่งพัฒนาโดย นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2534) วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 83.33 รองลงมา คือ เศร้าระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 15.18 และน้อยที่สุด คือ เศร้าระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 1.39 ไม่พบผู้สูงอายุที่มีระดับความซึมเศร้ายรุนแรง

ชนะ ณะสาร อัมพร ศรีประเสริฐสุข พิรุณรัตน์ เต็มสุขสวัสดิ์ ปทุมพร โพธิ์ภาค ศุภมิตร บัวเสนาะ ญาณินี ภูพัฒน์ และณัฐธิดา สุพรรณภพ (2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในค่ายบูรณัตร์ ราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิงที่อยู่ในค่ายบูรณัตร์ ราชบุรีจำนวน 50 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้หลักทฤษฎีความน่าจะเป็น

กลุ่มตัวอย่างการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เครื่องมือใช้แบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) และแบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัย เก็บข้อมูลเป็นระยะ 1 เดือน คือ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553 ผลการศึกษาการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในค่ายบูรฉัตร ราชบุรีมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตอื่นของราชบุรี และต่างจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ต่อเดือนมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 15,001 บาท ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีที่มาของรายได้ที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการเยี่ยมเยียนของบุตรหลานที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อของศาสนาแตกต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการเข้ากลุ่มพบปะสมาคมกับเพื่อนบ้านที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของสายตาที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน

สุทธนันท์ ชุนแจ่ม โสภิน แสงอ่อน และทัศนาว ทวีคุณ (2554, หน้า 412-429) ทำการศึกษารายละเอียดของการสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย โดยสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2517-2550 เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยและวิเคราะห์รายละเอียดผลวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ สืบค้นด้วยตนเองและความร่วมมือจากเครือข่าย พบงานวิจัยทั้งหมดจำนวน 183 เรื่อง แบ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณจำนวน 177 เรื่อง การวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 5 เรื่อง และการวิจัยผสมผสานจำนวน 1 เรื่อง ผลการวิจัยมี 2 ประเด็นหลักคือ 1) คุณลักษณะของงานวิจัยพบว่า ชนิดงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับมหาบัณฑิต ปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์งานวิจัยมากที่สุดคือ ปี พ.ศ. 2547-2550 แหล่งผลิตส่วนใหญ่มาจากทบวงมหาวิทยาลัย ประเภทการวิจัยเป็นการวิจัยพื้นฐาน งานวิจัยทั้งหมดมีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยกรอบแนวคิดส่วนใหญ่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีทางจิตสังคมแบบการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบไม่ทดลอง ประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยทางกายโรคเรื้อรัง มีการใช้ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Beck Depression Inventory (BDI), Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นแบบสอบถามในการประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นส่วนมาก 2) รายละเอียดผลการวิจัยวิเคราะห์ตามการวิจัยเชิงปริมาณแบบไม่ทดลองจำนวน 120 เรื่อง และแบบทดลอง/แบบกึ่งทดลองจำนวน 57 เรื่อง พบว่า การวิจัยแบบไม่ทดลองเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าจำนวน 40 เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายภาวะซึมเศร้าจำนวน 58 เรื่อง และการพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าจำนวน 15 เรื่อง ส่วนการวิจัยแบบ

ทดลอง/แบบกึ่งทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลของการบำบัดทางด้านจิตสังคมที่มีหลากหลายรูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆ เช่น Gestalt และ Roger เป็นต้น การบำบัดทางความคิด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การทำสมาธิ และการผ่อนคลาย เป็นต้น จากการสำรวจงานวิจัยในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยทางกาย เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น จึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษาในผู้ป่วยทางจิตหรือในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น กลุ่มผู้ดูแล กลุ่มคนทำงาน เป็นต้น ให้เพิ่มมากขึ้นและสนับสนุนให้มีการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในด้านการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูให้มากขึ้น

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล(2554,หน้า 103-116) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้า และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 426 ราย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบแบ่งกลุ่มสองขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ simple logistic regression และ multiple logistic regression analysis ผลการศึกษา ความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุที่ได้จากการศึกษานี้เป็นร้อยละ 5.9 โดยในเพศชาย มีค่าความชุกร้อยละ 7.0 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 ผลการวิเคราะห์โดยวิธี multiple logistic regression analysis พบว่า สถานะสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ ($p < 0.01$) การดื่มสุราเป็นประจำ ($p < 0.01$) การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด ($p < 0.001$) ความพอใจในสุขภาพในระดับต่ำ ($p < 0.05$) การนอนไม่หลับ ($p < 0.01$) และความไม่เพียงพอของรายได้ ($p < 0.05$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุป ความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่เป็นร้อยละ 5.9 โดยพบปัจจัยหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ซึ่งแพทย์และบุคคลทางการแพทย์ควรจะได้รู้และตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เพื่อช่วยในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าต่อไป

วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวดี และสุพาพร อรุณรักษ์สมบัติ (2554) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามลักษณะ ทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ ที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหา สุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลโครงการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมาใช้ในการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิต ส่วนใหญ่ อยู่ในภาคกลาง และอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นจะทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และ ที่สำคัญส่วนใหญ่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษา สูงขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตลดลงอย่างเห็นได้ชัด เมื่อพิจารณาปัจจัย ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีความพิการแต่กำเนิด และหลังกำเนิดเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพ จิตมากกว่าผู้ที่ไม่พิการ สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้

ทำงานจะมี ภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญห สุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานเล็กน้อย และเมื่อค่าใช้จ่าย ทั้งสิ้นของ ครัวเรือนเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญห สุขภาพจิตลดลง ผู้สูงอายุ ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะ ยากจนมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญห สุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่อยู่ใน ครัวเรือนที่ไม่จนเกือบ 2 เท่า จากการวิเคราะห์ อิทธิพลของปัจจัยทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญห สุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาค เศรษฐ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ความเป็นผู้นำในครัวเรือน ความพิการ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเดินทางไปนอกพื้นที่ ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ของครัวเรือน และ ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนมีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญห สุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

อรสา ไยยองและ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2554) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์ เศร้าโศกจาก การสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของ ภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยทำการศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 โดยการตอบแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอารมณ์ เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และ 4) แบบประเมินความสัมพันธ์ และหน้าที่ของครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) มีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี พบว่า มีภาวะซึมเศร้า 53 ราย (ร้อยละ 13.2) แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 31 ราย (ร้อยละ 7.8) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง 21 ราย (ร้อยละ 5.2) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง 1 ราย (ร้อยละ 0.2) พบอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 65 ราย (ร้อยละ 16.2) และพบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์และ หน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.0) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ($p < 0.01$) สถานภาพ โสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ ($p < 0.01$) ไม่ได้รับ การศึกษา ($p < 0.05$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($p < 0.01$) ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ($p < 0.01$) ไม่ได้รับรายได้จากการประกอบอาชีพ ($p < 0.01$) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ($p < 0.01$) ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง ($p < 0.01$) การไม่ได้ พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ($p < 0.05$) การพักอยู่คนเดียว ($p < 0.05$) มีโรคประจำตัวทางกาย ($p < 0.05$) ประวัติ โรคทางจิตเวช ($p < 0.01$) การใช้สารเสพติด ($p < 0.01$) การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ($p < 0.05$) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ($p < 0.05$) ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.01$) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$) ฐานะการเงิน ครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ($p < 0.01$) การใช้สารเสพติด ($p < 0.05$) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ($p < 0.05$) และความสัมพันธ์และหน้าที่ของ ครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.01$) และสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญห สุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ พบได้ สูงในช่วงอายุที่มากกว่า 75 ปี ผู้ที่ประสบ ปัญหาการเงิน เหตุการณ์การสูญเสีย รวมถึงผู้ที่ขาดการสนับสนุนที่ดี จากครอบครัว การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคมที่ดี และผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจาก การสูญเสีย น่าจะช่วยลดความเสี่ยง ของการเกิดภาวะซึมเศร้าลงได้

ข้อผูก สุธิพงษ์ และ ศิริอร สิทธิ (2555 , หน้า 29) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศิริราช หรือเคยรับการรักษาที่โรงพยาบาล ศิริราช และไปอยู่บ้านในเขตชุมชน จำนวน 3 เขต คือ เขตบางกอกน้อย เขตธนบุรี และเขตภาษีเจริญเลือกตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบไม่แทนที่ ได้ตัวอย่างจำนวน 168 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินสภาพผิวหนัง แบบวัดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า แผลกดทับ ($r = .427, p < .05$) และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .293, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ($r = -.385, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณพบว่า แผลกดทับ ($\beta = .324, p < .001$) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .212, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.276, p < .001$) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เพศและอายุไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ตัวแปรทุกตัวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 30.8 และมีข้อเสนอแนะให้ บุคลากรในทีมสุขภาพควรมีการจัดกระทำปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมืองด้วยการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ การลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการให้การสนับสนุนที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

บุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุใช้แนวคิดภาวะซึมเศร้าของ เบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) และแนวคิด ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1991) มาประยุกต์ในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนคลองโยง จังหวัดนครปฐม จำนวน 210 ราย ใช้วิธีการสุ่ม อย่างมีระบบ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2555 ใช้แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะซึมเศร้า ตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาช มีค่าระหว่าง 0.78-0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าสัมประสิทธิ์ Eta สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 31.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($R^2 = .319, p < 0.001$)

อิทธิพล พลเยี่ยม สุคนธา ศิริ พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ และ ดุสิต สุจิรารัตน์ (2557, หน้า 1848-1854) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดร้อยเอ็ด มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 580 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิด เป็นร้อยละ 28.6 พบว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอาการเหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรงมากที่สุด ร้อยละ 73.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และความเพียงพอของ

รายได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมและคัดกรองผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีปัญหาจากภาวะซึมเศร้าให้ได้รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างเหมาะสม

นภา พวงรอด (2558, หน้า 63-74) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาในกลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงในจังหวัดนนทบุรีจำนวน 412 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2) แบบสำรวจภาวะซึมเศร้า มีค่าความไวร้อยละ 82.14 และ ค่าความจำเพาะร้อยละ 97.56 สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ ค่าโคสแควร์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.3 เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางจิตสังคม และ ปัจจัยทางชีวภาพ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงในเพศหญิง มากกว่าเพศชาย ซึ่งปัจจัยที่ทำให้มีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สามารถนำมาใช้วางแผนและเป็นแนวทางแก้ปัญหาสุขภาพจิตและส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่

แดเนียล รัสเซล และ แคโรลีน คัทโทรนา (Daniel Russell ; Carolyn Cutrona, 1991) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ: การทดสอบรูปแบบกระบวนการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์ในชีวิต และ ความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ต่อภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 301 คน เป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ เป็นประจำทุกเดือน จำนวน 12 เดือน ซึ่งจะทำการศึกษาประเมินผลการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุว่าสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงของผู้สูงอายุได้หรือไม่ ในช่วง 12 เดือน ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และระดับภาวะซึมเศร้า สามารถบ่งบอกความยุ่งยากประจำวันของผู้สูงอายุได้ แต่ไม่สามารถบ่งบอกเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้สูงอายุได้ ผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคม ภาวะ

ซึมเศร้า และเหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ยังคงอยู่อย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่รวมถึงผลสะท้อนของอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความยุ่งยากในชีวิต หรือปัญหาของความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นหรือคนที่ติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในเหตุการณ์ที่สำคัญของชีวิต ความยุ่งยากในชีวิตของผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบจากเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ซึ่งมีผลต่อเนื่องมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง ส่งผลต่อรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

เอต้า มุย (Ada Muiy, 1996) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวจีนโพ้นทะเล โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุชาวจีนจำนวน 50 คน ที่อยู่ในศูนย์ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยโคลัมเบีย สหรัฐอเมริกา โดยใช้เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Scale) ร่วมกับการประเมินภาวะสุขภาพความเป็นอยู่ ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมในชุมชนที่ผู้สูงอายุชาวจีนอาศัยอยู่ ผลการวิจัย พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวจีนส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในการอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่น หรือมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่ระดับความพึงพอใจในการอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่นหรือความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี และผลกระทบของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชาวจีนโพ้นทะเลควรได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเป็นพิเศษด้วยมีวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ที่ไม่เหมือนกันผู้สูงอายุในชุมชนถิ่น

กิลล์ ลิฟวิงตัน โมนิกา มาเนลลา และ คอร์นีเลียส คาโตนา (Gill Livingston, Monica Manela and Cornelius Katona, 1996) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้า และโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า หรือมีความพิการทางด้านร่างกายเพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตกับผู้ใหญ่กลุ่มอื่นที่อาศัยอยู่ที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบประเมินภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิต รวมทั้งแบบสัมภาษณ์ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่ ลอนดอน โบโรจด์ ออฟ อีชิงตัน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุ มากกว่า 65 ปีขึ้นไป จำนวน 700 คน ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนไม่ได้สูงอย่างมีนัยสำคัญ พบร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งพบว่ามีความเจ็บป่วยทางจิตมากกว่าเพศชาย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ถือได้ว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชนมากกว่าการเจ็บป่วยทางจิตเวชด้านอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (24% : 11%) และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว (ร้อยละ 19) ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเพศหญิงร่วมกับภาวะสมองเสื่อม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi Experimental research) เพื่อศึกษาผล การให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นการ วิจัยเชิงทดลองประเภทสองตัวประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวประกอบ (Two-factors Experiment with Repeated Measure on One factor) ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย
3. การดำเนินการทดลอง
4. วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

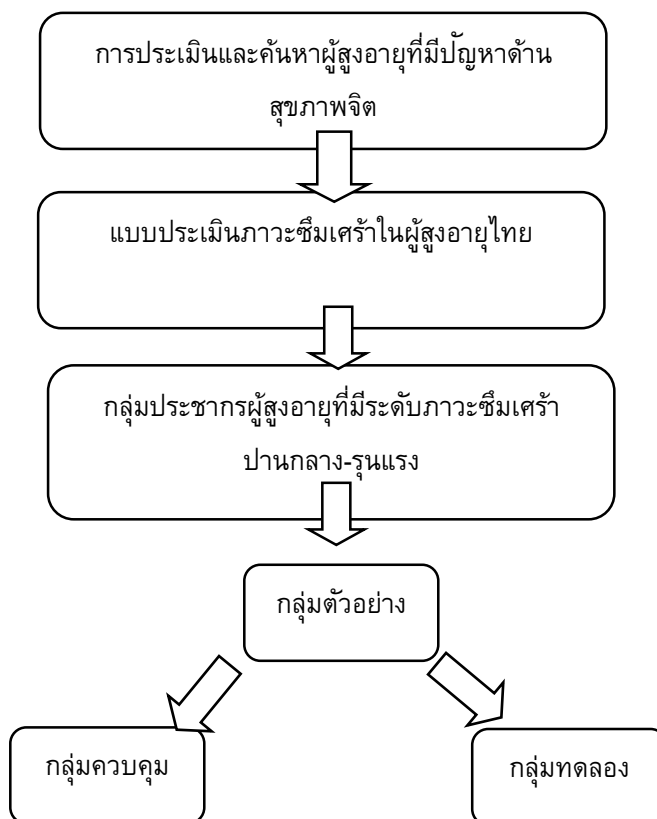
ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็น โรคเรื้อรังและอยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา ช่วงเดือน ตุลาคม 2557- มีนาคม 2558 จำนวน 2,425 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการ ประเมินภาวะซึมเศร้าแล้วมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับเศร้าปานกลาง-รุนแรงขึ้นไป จำนวน 39 คน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง 32 คน แล้วนำมาสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ วิธีการให้คำปรึกษาและระยะเวลาในการทดลอง
 - 1.1 วิธีการให้คำปรึกษา จำแนกเป็น 2 วิธี คือ
 - 1.1.1 วิธีการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส โดยใช้เทคนิคครึ่งพิงหลังแห่งตน
 - 1.1.2 วิธีปกติ การให้คำปรึกษาตามที่หน่วยงานจัด
 - 1.2 ระยะเวลาในการทดลอง จำแนกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะ หลังการทดลอง และระยะติดตามผล
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ตารางที่ 1 แบบแผนการทดลอง

	b_1	...	b_j	...	b_q
a_1	G_1	...	G_1	...	G_1
a_2	G_2	...	G_2	...	G_2
a_1	แทน	กลุ่มทดลอง			
a_2	แทน	กลุ่มควบคุม			
b_1	แทน	ระยะก่อนการทดลอง			
b_j	แทน	ระยะหลังการทดลอง			
b_q	แทน	ระยะติดตามผล			
G_1	แทน	จำนวนคนที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส			
G_2	แทน	จำนวนคนที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสแต่ได้รับคำปรึกษาวิธีปกติที่หน่วยงานจัดให้			

ขั้นตอนในการวิจัย

วิธีดำเนินการทดลอง มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ทำหนังสือขออนุญาต และขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อเข้าพื้นที่ศึกษาวิจัย

1.2 คณะผู้วิจัยพบผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย

2. ขั้นตอนการ แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

2.1 ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และความสมัครใจโดยให้ผู้สูงอายุ ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แล้วคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้จำนวน 32 คน ทำการสุ่ม อีกครั้ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่า ๆ กันกลุ่มละ 16 คน บันทึกค่าคะแนนที่ได้ไว้เป็นคะแนนระยะก่อนการทดลอง

2.2 ระยะการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2558 ถึง 30 กันยายน 2558 เป็นระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิควิธีพลังแห่งตน (ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรง) ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยสนทนาเป็นรายบุคคลกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสัมภาษณ์ ทำความเข้าใจในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงขั้นตอน แก่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้ให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคนี้แต่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติตามที่ทางหน่วยงานจัดให้ การทดลองครั้งนี้ เป็นการทดลองเป็นรายบุคคล วันละ 1 คน แบ่งเป็นช่วงเวลา 2 ครั้งต่อวัน ครั้งละ 45 นาที โดยเริ่มจากการผู้เข้าร่วมการทดลองคนที่ 1 , 2 , 3 , 4 ,และ..... ลำดับ ตามโปรแกรมที่กำหนดไว้โดยนัดหมาย วันละ 2-4 คน

2.3 ระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้รับการให้คำปรึกษาถึงความรู้สึก ที่เกิดขึ้นขณะและหลังได้รับการทดลองตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นหลังการทดลอง เป็นรายบุคคล จากนั้นทำการประเมินภาวะซึมเศร้า (post-test) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมินซึ่งเป็นฉบับเดียวกับที่ใช้ในระยะก่อนการทดลอง

2.4 ระยะติดตามผล โดยห่างจากระยะหลังการทดลองเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย แบบวัดฉบับเดิม เช่นเดียวกับระยะก่อนการทดลอง หลังจากเสร็จสิ้นระยะติดตามผล กลุ่มควบคุมได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิควิธีพลังแห่งตนเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

3. นำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องให้ครบถ้วน เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

สัปดาห์ 1	2	3	4	5
		-ปฐมนิเทศ สร้างความคุ้นเคย -ให้คำปรึกษา		
การดำเนินการทดลอง	การทดสอบ ระยะก่อนการทดลอง	ด้วยเทคนิค รัศมีพลังแห่งตน และทดสอบ หลังการทดลอง	→	ทดสอบระยะ ติดตามผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) เครื่องมือนี้ พัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง(Train The Brain Forum Thailand) (2537) ลักษณะเครื่องมือ เป็นมาตรประเมินแบบถูก-ผิด (0 และ 1 คะแนน) จำนวน 30 ข้อ ใช้ทดสอบผู้สูงอายุทั่วไป

การแปลความหมาย

0 - 12 คะแนน	หมายความว่า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
13 - 18 คะแนน	หมายความว่า	มีความซึมเศร้าเล็กน้อย
19 - 24 คะแนน	หมายความว่า	มีความซึมเศร้าปานกลาง
25 - 30 คะแนน	หมายความว่า	มีความซึมเศร้ารุนแรง

ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา และผ่านการศึกษาหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 275 ราย จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย จำแนกเป็น เพศหญิง 154 ราย และเพศชาย 121 ราย ผลการวิเคราะห์พบว่า เวลาเฉลี่ยที่ผู้สูงอายุไทยใช้ในการทดสอบ เท่ากับ 10.09 นาที การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า ในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเชื่อมั่น รวมเท่ากับ 0.93 (นิพนธ์ พวงรินทร์ และคณะ, 2534)

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวมตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

มีขั้นตอนดำเนินการสร้างดังนี้

2.1 ศึกษาทฤษฎีการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตน ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เพื่อให้ผู้สูงอายุค้นพบความสามารถพิเศษ ความเข้มแข็ง พลังบวกที่ซ่อนอยู่ในจิตใต้สำนึกของตนเอง โดยดึงพลังเหล่านี้มาใช้เพื่อเอื้อให้อัตมโนทัศน์และสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีพลังที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตเพิ่มขึ้น จากเอกสารของ Professor Dr. Imelda V.G.Villar ซึ่งเป็นประธานสมาคมนักจิตวิทยาการให้คำปรึกษาประจำภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก (President for Association of Psychological and Educational Counsellors of Asia-Pacific) และเป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญประจำ De La Salle University และ St. Scholastica's College กรุงมนิลา ประเทศฟิลิปปินส์

2.2 การฝึกประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา จากการเข้ารับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการความรู้พื้นฐานในการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส โดยวิทยากร Professor Dr. Imelda V.G.Villar ณ มหาวิทยาลัยบูรพา ระหว่างวันที่ 23-25 สิงหาคม 2549 และการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการความรู้ขั้นสูงในการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส โดยวิทยากร Professor Dr. Imelda V.G.Villar ณ มหาวิทยาลัยบูรพา ระหว่างวันที่ 22-23 กุมภาพันธ์ 2550 และการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ “NLP กลยุทธ์พัฒนาสมองเพื่อการเรียนรู้และความสำเร็จ” โดยวิทยากร Professor Dr. Imelda V.G.Villar ณ มหาวิทยาลัยบูรพา ระหว่างวันที่ 27-29 พฤศจิกายน 2558

2.3 สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตน ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ให้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยประยุกต์จากโปรแกรมของ Professor Dr. Imelda V.G.Villar และส่งให้อาจารย์ Professor Dr. Imelda V.G.Villar ตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์เนื้อหา วิธีการดำเนินการ และการประเมินผล ทาง จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

2.4 นำโปรแกรมภายหลังได้รับการตรวจสอบจาก Professor Dr. Imelda V.G.Villar มาให้ที่ปรึกษางานวิจัยตรวจสอบก่อนนำไปใช้ฝึกปฏิบัติและทดลองใช้ในการให้คำปรึกษา อย่างน้อย 15 ครั้ง เพื่อให้ผู้วิจัยเกิดความเชี่ยวชาญ

2.5 นำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้กับกลุ่ม try out ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจังหวัดชลบุรี แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข

2.6 นำโปรแกรมที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการศึกษาวิจัย

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า หลังการให้คำปรึกษา

ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นแบบวัดเดียวกันกับแบบวัดที่ใช้ประเมินก่อนการให้คำปรึกษา เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตน ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปร ระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated –measures analysis of variance : one between-subjects variable and one within-subject variable) (Howell , 1997 , p. 458, 1999 , p.357) และเมื่อพบความ

แตกต่างทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดจากการวัดทั้ง 3 ครั้งด้วยวิธีทดสอบรายคู่แบบ Least Significant Difference (LSD)

สถานที่ทำการวิจัย/เก็บข้อมูล

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันดังต่อไปนี้

\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนความเบี่ยงเบนแต่ละตัวยกกำลังสอง
MS	แทน	ค่าความแปรปรวน
df	แทน	ระดับขั้นของความเป็นอิสระ
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการแจกแจงค่าเอฟ
*	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
Gr	แทน	วิธีทดลอง
Interval	แทน	ระยะเวลาการทดลอง
Int x Gr	แทน	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทำลอง และระยะติดตามผล ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสและผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาวิธีปกติ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า ระหว่าง วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสและผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาวิธีปกติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์คมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสและผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาวิธีปกติ

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าและความเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์คมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสและผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาวิธีปกติ

ได้รับการรักษาด้วยเทคนิค คีร์คมีพลังแห่งตน				ได้รับการรักษาวิธีปกติ			
คนที่	ระยะ			คนที่	ระยะ		
	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ติดตาม ผล		ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ติดตามผล
1	26	17	14	1	28	22	24
2	27	18	12	2	25	24	26
3	28	15	13	3	25	24	24
4	25	14	10	4	26	25	24
5	26	16	12	5	28	25	25
6	20	10	8	6	24	23	25
7	22	12	6	7	22	20	20
8	22	10	6	8	20	18	18
9	20	8	6	9	18	18	16
10	20	9	8	10	22	20	20
11	22	10	6	11	20	18	18
12	22	8	6	12	20	18	16

ตารางที่ 3 (ต่อ) ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าและความเป็ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์ศมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษา ประสาทสัมผัสและผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาวิธีปกติ

ได้รับการรักษาด้วยเทคนิค คีร์ศมีพลังแห่งตน				ได้รับการรักษาวิธีปกติ			
คนที่	ระยะ			คนที่	ระยะ		
	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ติดตาม ผล		ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ติดตามผล
13	21	8	4	13	22	20	22
14	24	10	6	14	22	22	20
15	23	8	4	15	20	18	18
16	20	6	4	16	24	22	18
รวม	368	179	125	รวม	366	337	334
\bar{X}	23.00	11.19	7.81	\bar{X}	22.88	21.06	20.87
SD	2.68	3.69	3.35	SD	2.98	2.64	3.40

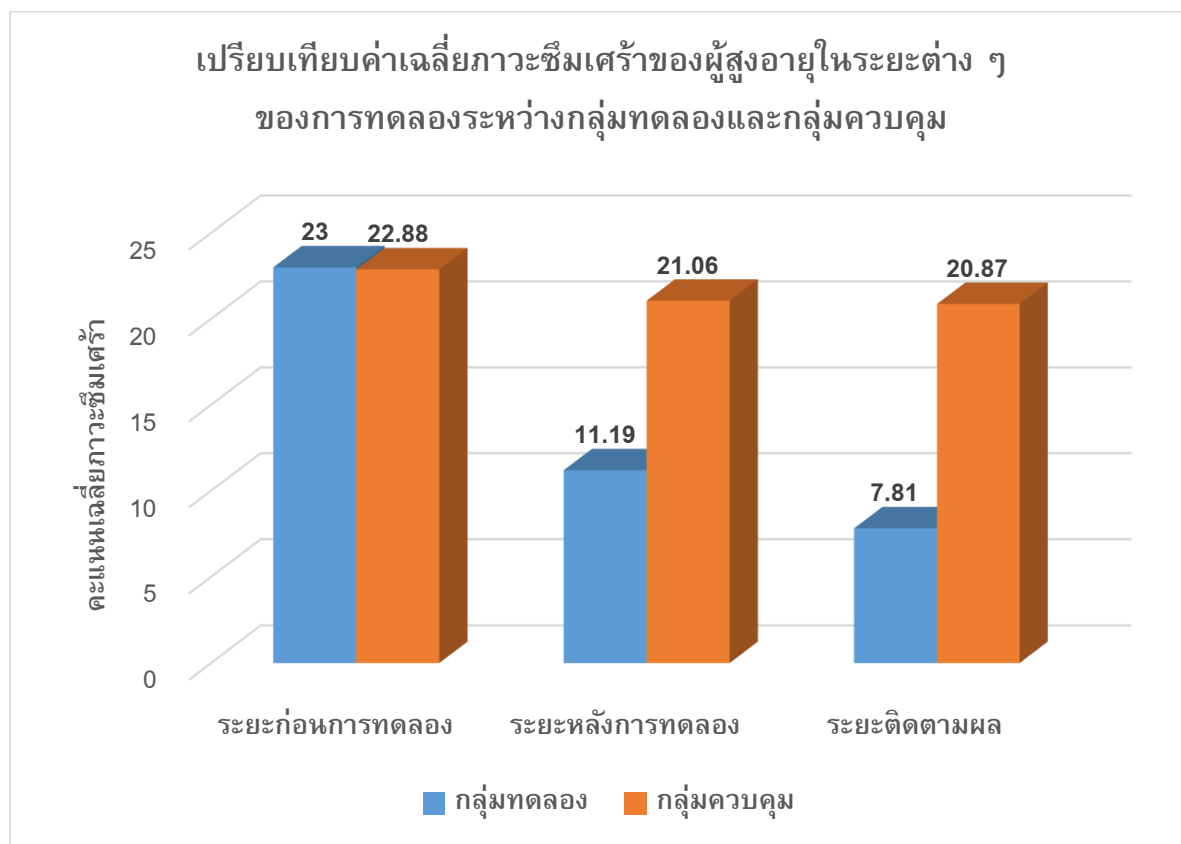
จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์ศมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษา ประสาทสัมผัส เป็น 23.00 , 11.19 และ 7.81 ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาตามวิธีปกติ เป็น 22.88 ,21.06 และ 20.87 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตน และผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติ

กลุ่ม	ระยะการทดลอง	\bar{X}	SD	N
ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตน	ก่อนการทดลอง	23.00	2.68	16
	หลังการทดลอง	11.19	3.69	16
	ติดตามผล	7.81	3.35	16
ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติ	ก่อนการทดลอง	22.88	2.98	16
	หลังการทดลอง	21.06	2.64	16
	ติดตามผล	20.87	3.40	16

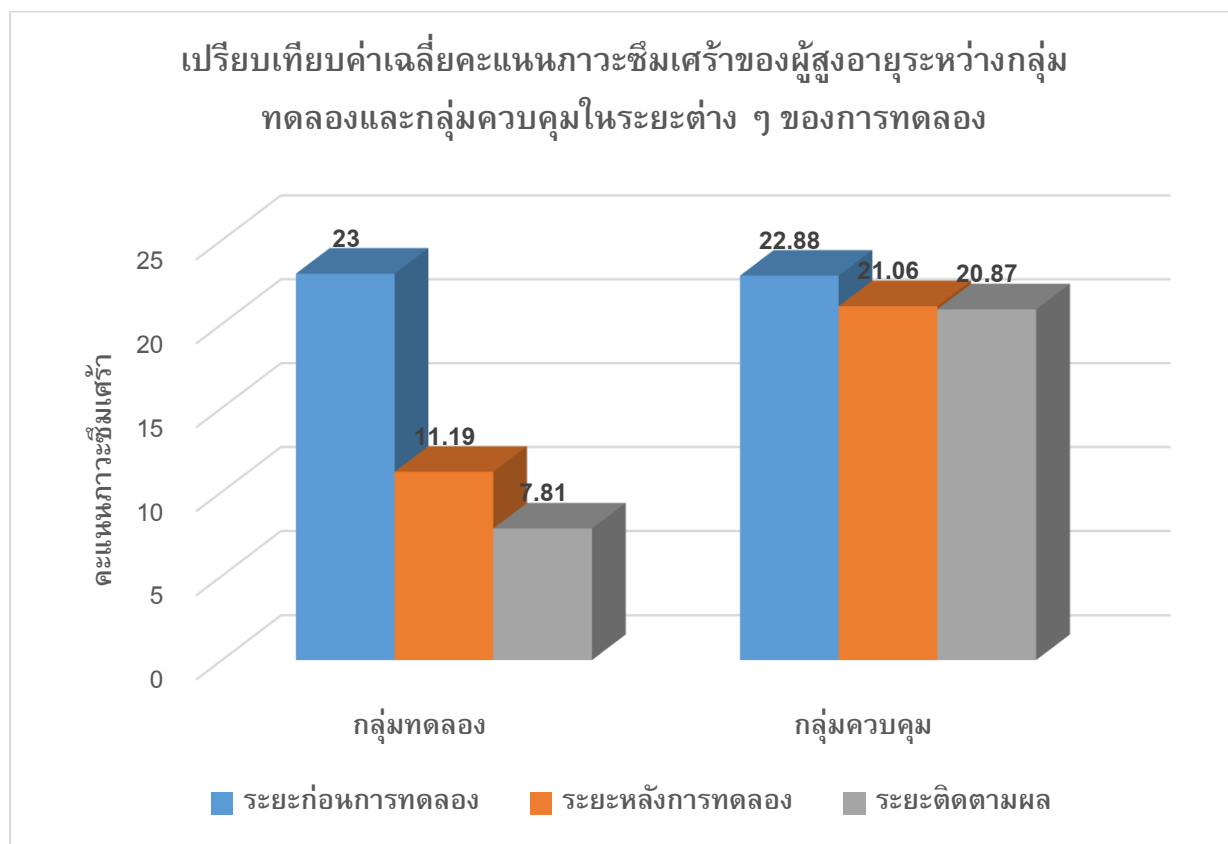
จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตนและผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติ ในระยะก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียด เป็น 23.00 และ 22.88 และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็น 2.68 และ 2.98 ตามลำดับ ระยะหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เป็น 11.19 และ 21.06 และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็น 3.69 และ 2.64 ตามลำดับ ระยะติดตาม มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เป็น 7.81 และ 20.87 และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็น 3.35 และ 3.40 ตามลำดับ

ภาพที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตน และผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยวิถีปกติ



จากภาพที่ 1 พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 23.00 โดยมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุม เท่ากับ 0.12 ระยะหลังการทดลองผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุม เท่ากับ 9.87 และในระยะติดตามผล ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 13.06

ภาพที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาด้วยเทคนิคคีมีพลังแห่งตน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปรึกษาด้วยวิธีปกติในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



จากภาพที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการปรึกษาด้วยเทคนิคคีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง เป็น 23.00 ระยะหลังการทดลอง เป็น 11.19 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำลง เท่ากับ 11.81 ส่วนระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 7.81 โดยต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 15.15 และต่ำกว่าระยะหลังการทดลองเท่ากับ 3.38

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการปรึกษาด้วยวิธีปกติ ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง เป็น 22.88 ระยะหลังการทดลอง เป็น 21.06 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำลง เท่ากับ 1.82 ส่วนระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 20.87 โดยต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 2.01 และต่ำกว่าระยะหลังการทดลอง เท่ากับ 0.19

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า ระหว่าง วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

Source of Variations	SS	df	MS	F	p
Between Subjects	2191.24	31			
Group	1387.76	1	1387.76	51.82 *	.000
Ss within Groups	803.48	30	26.78		
Within Subjects	13184.00	64			
Interval	1316.65	2	658.32	3.56*	.000
Interval x Group	757.52	2	378.76	2.05*	.000
I x Ss within Groups	11109.83	60	185.16		
Total	15375.24	95			

จากตารางที่ 5 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามาระหว่างระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสและ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง

Source of Variation	SS	df	MS	F
Between Groups	0.125	1	0.125	0.0009
Within Cell	11913.32	90	132.37	

ค่า $F_{.05}(1,90) = 3.95$

จากตารางที่ 6 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีรมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส และผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติ มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

นั่นคือ ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 7 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง

Source of Variation	SS	df	MS	F
Between Groups	780.13	1	780.13	5.89*
Within Cell	11913.32	90	132.37	

ค่า $F_{.05}(1,90) = 3.95$, $*p < .05$

จากตารางที่ 7 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีรมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส และผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติ มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระยะหลังการทดลองผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีรมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติ

ตารางที่ 8 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างวิธีการทดลองในระยะติดตามผล

Source of Variation	SS	df	MS	F
Between Groups	1365.03	1	1365.03	10.31*
Within Cell	11913.32	90	132.37	

ค่า $F_{.05}(1,90) = 3.95$, $*p < .05$

จากตารางที่ 8 พบว่า ในระยะติดตามผล ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีรมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส และผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติ มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระยะติดตามผล ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีรมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นั่นคือ วิธีการทดลองการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคคีรมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงคงทนนานกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์คมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสและผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติ

ตารางที่ 9 การทดสอบผลของระยะเวลาการทดลองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์คมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

Source of Variation	SS	df	MS	F	p
Between Subjects	431.33	15			
Interval	2035.13	2	1017.56	-75.85*	0.000
Error	-402.46	30	-13.12		
Total	2064.00	47			

* $p < .05$

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีร์คมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อทดสอบรายคู่ โดยวิธี Least Significant Difference (LSD) ผลดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเป็นรายคู่ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีรมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธี Least Significant Difference(LSD)

ระยะเวลา		ระยะก่อนการทดลอง	ระยะหลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
	\bar{X}	23.00	11.19	7.81
ระยะก่อนการทดลอง	23.00	-	11.81*	15.19*
ระยะหลังการทดลอง	11.19		-	3.38*
ระยะติดตามผล	7.81			-

ค่า $LSD_{(.05)} = 2.64$

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคคีรมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 11 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาการทดลองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติ

Source of Variation	SS	df	MS	F	p
Between Subjects	372.15	15			
Interval	39.04	2	19.52	14.54*	0.000
Error	40.29	30	1.34		
Total	451.48	47			

* $p < .05$

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อทดสอบรายคู่ โดยวิธี Least Significant Difference (LSD) ผลดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเป็นรายคู่ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธี Least Significant Difference(LSD)

ระยะเวลา		ระยะก่อนการทดลอง	ระยะหลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
	\bar{X}	22.88	21.06	20.87
ระยะก่อนการทดลอง	22.88	-	1.82*	2.01*
ระยะหลังการทดลอง	21.06		-	0.19
ระยะติดตามผล	20.87			-

ค่า $LSD_{(.05)} = 0.84$

จากตารางที่ 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติ ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นั่นคือ นั่นคือ การให้คำปรึกษาด้วยวิธีการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าวลดลงเช่นเดียวกัน แต่ในระยะติดตามผล อาจไม่ส่งผลคงทนนานในการลดภาวะซึมเศร้า เท่ากลุ่มทดลอง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ปีที่ 3: ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นโครงการวิจัยย่อยที่ 5 ในแผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยในปีที่ 3 ของแผนงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi Experimental research) เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงทดลองประเภทสองตัวประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวประกอบ (Two-factors Experiment with Repeated Measure on One factor) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรังและอยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ช่วงเดือน ตุลาคม 2557- มีนาคม 2558 จำนวน 2,425 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าแล้วมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับเศร้าปานกลางขึ้นไป-รุนแรง จำนวน 39 คน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง 32 คน แล้วนำมาสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน และได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล จำนวน 1 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที โดย ได้รับการให้คำปรึกษา 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ซึ่งห่างจากระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) มีค่าความเชื่อมั่น รวมเท่ากับ 0.93 (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2534) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2537) และโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสเทคนิคครีมีพลังแห่งตน (Personal Power Radiator: PPR) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-measures Analysis of Variance: One between-subjects Variable and One within-subject Variable) (Howell, 1999, p.357 ; Howell,2007, p.458) โดยมีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม
3. ผู้สูงอายุที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม
4. ผู้สูงอายุที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง
5. ผู้สูงอายุที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง

สถานที่ในการศึกษาวิจัย

พื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

ระยะเวลา 1 ปี (ปีงบประมาณพ.ศ. 2558)

สรุปผลการศึกษาวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้สูงอายุที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้สูงอายุที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. ผู้สูงอายุที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปรึกษาด้วยวิธีปกติ มีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การให้คำปรึกษาด้วยวิธีการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงเช่นเดียวกัน แต่ในระยะติดตามผล อาจไม่ส่งผลคงทนนานในการลดภาวะซึมเศร้า เท่ากลุ่มทดลอง

อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง พบว่า มีปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยพบว่า วิธีการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส และระยะเวลาของการทดลองส่งผลร่วมกันต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ ในระยะก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มี

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนตามช่วงระยะเวลาของการทดลอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่แล้ว พบว่า ในกลุ่มควบคุมในช่วงระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะเวลาติดตามผล ไม่แตกต่าง นั่นหมายความว่า การให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ อาจไม่มีความคงทนที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งแตกต่างจากการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ที่มีความแตกต่างอย่างชัดเจน ในช่วงระยะเวลาแต่ละช่วง และมีความเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลงได้คงทนนานกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนนี้ เป็นเทคนิคที่ให้ผู้สูงอายุค้นพบความสามารถพิเศษ ความเข้มแข็ง พลังบวกที่ซ่อนอยู่ในจิตใจสำนึกของตนเอง โดยดึงพลังเหล่านี้มาใช้ ซึ่งอาจเป็นด้านที่ผู้สูงอายุเองอาจไม่ตระหนักถึงความสามารถของตนเอง เมื่อค้นพบความสามารถใหม่นี้แล้วจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่า มีศักยภาพ มีความท้าทายในการมองโลกด้วยสายตาแบบใหม่ มองว่าชีวิตนี้มีคุณค่า ช่วยให้ผู้สูงอายุได้พิจารณาถึงความเข้มแข็งหรือพลังที่ตนเองขาดความตระหนักถึงความสามารถของตนเองในสิ่งที่ได้ใช้ประโยชน์ ไม่ได้ใช้ประโยชน์ คาดว่าได้ประโยชน์ ทั้งหมดมาใช้ เพื่อเอื้อให้อัตมโนทัศน์และสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีพลังที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตเพิ่มขึ้น (Villar, 1997b, pp.76-79)

2. ในระยะหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้ เนื่องจาก การให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีหลักการที่สำคัญ คือ การช่วยให้ผู้รับการให้คำปรึกษาได้สำรวจ ตรวจสอบ หรือสร้างพลังและความเข้มแข็งขึ้นภายในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุได้มองเห็นปัญหา เข้าใจตนเอง และกระตุ้นให้เกิดความเข้มแข็ง เกิดศักยภาพ เกิดกำลังใจ มีสติที่จะก้าวข้ามผ่านวิกฤติหรือปัญหาของชีวิตในจุดนี้ไปได้ด้วยตนเอง สามารถเปลี่ยนมุมมองอนาคตจากเดิมที่เคยสิ้นหวัง มีเดมน ให้กลับกลายเป็นมองศักยภาพและความสามารถของตนเอง พลังบวกที่ตนเองมี ทั้งในส่วนที่ได้ใช้ประโยชน์ ไม่ได้ใช้ประโยชน์ คาดว่าได้ประโยชน์ ทั้งหมดมาใช้ เพื่อเอื้อให้อัตมโนทัศน์และสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีพลังที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ บุชราคม จิตอารีย์ (2555) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม และพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ในระยะติดตามผลค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มทดลอง มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากในขั้นตอนของการทดลองนั้น ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองจะเกิดการรับรู้ และตระหนักรู้ว่าตนเองมีความสามารถ สักยภาพและพลัง ที่เกิดจากการพิจารณาด้วยตนเอง ดึงพลังบวกและพลังในส่วนต่าง ๆ มาใช้เพื่อสร้างอัตโนทัศน์ใหม่ ช่วยให้ตนเองรู้สึกและเห็นในคุณค่าของบตนเอง ผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 เป็นการเรียนรู้ในระดับจิตใต้สำนึก ซึ่งสอดคล้องกับ โอ คอนเนอร์ และเซเยอร์ (O'Conner & Seymour, 1993, pp.53-54) ที่กล่าวว่า บุคคลล้นมือดีดีซึ่งมีสภาวะอารมณ์ที่ต่างกกัน การย้อนกลับไปสู่ประสบการณ์เหล่านั้น จะต้องม สิ่งกระตุ้น เชื่อมโยงความสัมพันธ์ให้สามารถรับรู้ รู้สึกได้ถึงศักยภาพ ความสามารถ พลังเพื่อนำมาเอื้อประโยชน์ให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และสร้างอัตโนทัศน์ใหม่ ซึ่งหากเกิดการเรียนรู้แล้วในระดับจิตใต้สำนึกนั้น จะคงอยู่และสามารถคงอยู่ในระยะยาวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเจนจิรา ทองเล็ก (2554) ที่ทำการศึกษา การเปรียบเทียบผลของการปรับมโนภาพและการเสริมสร้างพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งบ้านเมตตา จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 ทั้งนี้เนื่องจากการใช้เทคนิคคีรมพลังแห่งตนเป็นเทคนิคที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการได้พิจารณาศักยภาพ ความสามารถ และพลังของตนเอง สามารถขยายการรับรู้ และความตระหนักในสภาวะอารมณ์ตลอดจนสามารถรับรู้ประสบการณ์ และสามารถสร้างพลังในการต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ สามารถรับรู้คุณค่าในตนเอง และเรียนรู้ในการเพิ่มคุณค่าตนเองได้ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นผ่านช่องทางการรับรู้ทั้งภายในและภายนอก ผ่านระบบประสาทสัมผัส ทั้ง 5 กับการตอบสนอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดึงพลังมาใช้ได้เมื่อจำเป็น สามารถนำมาใช้ในการเผชิญกับภาวะของโรคเรื้อรัง ความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ สามารถใช้แก้ไขอาการและปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งตรวจจัดการตอบสนองทางกายและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมในสถานการณ์ปัจจุบัน สามารถเปลี่ยนมุมมองและขยายข้อจำกัด บิดเบือนโลกทัศน์ของตนเองได้ (อนงค์ วิเศษสุวรรณ , 2550, หน้า 43) ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถลดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 สอดคล้องกับประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาของ วิลเลียร์ (Villar, 1997) ที่ให้คำปรึกษาแก่นักจิตวิทยาที่มีความรู้สึก ผิดเกี่ยวกับการตายของบิดา ผลการศึกษา พบว่า หลังให้คำปรึกษา 9 เดือน ผู้รับคำปรึกษายังคงมีความรู้สึกสงบและยังคงมีความรู้สึกดี ๆ อยู่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงทอง อินใจ (2544) ที่ทำการศึกษาโดย

ใช้ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อคุณค่าแห่งตนเองของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นิสิตพยาบาลกลุ่มทดลอง มีคะแนนคุณค่าแห่งตนเองในระยะติดตามผลสูงกว่า ระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติ มีระดับภาวะ

ซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การให้คำปรึกษาด้วยวิธีการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงเช่นเดียวกัน แต่ในระยะติดตามผล อาจไม่ส่งผลคงทนนานในการลดภาวะซึมเศร้า เท่ากลุ่มทดลอง ทั้งนี้เนื่องจาก การให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ เน้นการให้คำปรึกษาในระดับจิตสำนึก และไม่สามารถปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์เพื่อสร้างการรับรู้ใหม่ได้ ทำให้ภาวะซึมเศร้าที่ลดลงไม่คงทนและอยู่ไม่นาน เมื่อผ่านไปสักระยะหนึ่งจึงมีโอกาสมากกลับมาเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้อีก

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส นั้นสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง ซึ่งกระบวนการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนมีจุดเด่นเรื่องการใช้ระยะเวลาสั้น กระชับ และมีประสิทธิผลที่ดีมาก มีความรวดเร็วในการเห็นผลทำให้ผู้สูงอายุสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพในทันทีและมีความคงทนนานหลังจากที่ได้เกิดการเรียนรู้ในระดับจิตใต้สำนึกแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

1. การให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความคงทนในระยะเวลาที่ผ่านไป ดังนั้นนักให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาควรจะได้ทำการศึกษาและฝึกฝนตนเอง เพื่อให้สามารถนำกระบวนการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสไปใช้เพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง สร้างศักยภาพให้แก่ผู้สูงอายุให้สามารถเผชิญและผ่านช่วงเวลาที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้ มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น สามารถปรับตัว มีความสุขและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสเป็นเทคนิคที่มีความเฉพาะเจาะจง มีประสิทธิภาพ ซึ่งให้ผลในระยะยาว แต่ใช้ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาที่สั้น กระชับ และสามารถจัดการป้องกันการป้องกันตนเองของผู้รับการปรึกษาได้เป็นอย่างดี จึงเป็นทางเลือกที่ดี ในการนำมาใช้ส่งเสริมศักยภาพ สร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี พัฒนาการรับรู้คุณค่าของตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ให้สามารถเผชิญต่อสภาพความเสื่อมถอยของสรีรณะทางกายและจิต ให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีต่อตนเอง มีพลังในการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยผลของการใช้โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เทคนิคนี้ในกลุ่มประชากรกลุ่มอื่นที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง-รุนแรง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในระดับจิตใต้สำนึก และสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้
2. ควรศึกษาผลของการใช้โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ที่มีผลต่อตัวแปรตามอื่น ๆ เช่น การเสริมสร้างกำลังใจ เสริมสร้างศักยภาพ ความมั่นใจ และลดภาวะทางอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ความท้อแท้ ว้าวุ่น ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น
3. ควรศึกษาระยะของความคงทนในการลดภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองเป็นระยะ เพื่อให้สามารถให้ความช่วยเหลือและสามารถใช้เป็นแนวทางในการนัดหมายเพื่อติดตามผลหลังการให้คำปรึกษาอย่างเป็นแบบแผน และเกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลสูงสุดต่อผู้รับการให้คำปรึกษาต่อไป

ผลผลิต (Output)

ผลงานเผยแพร่ที่ประชุมวิชาการระดับนานาชาติ

การประชุมวิชาการสังคมความรู้ด้านผู้สูงอายุและสังคม สหสาขาวิชาชีพ ครั้งที่ 6 (Aging & Society Knowledge Community : Sixth Interdisciplinary Conference) ณ Linkoping University ประเทศ Sweden วันที่ 6-7 ตุลาคม 2559

ผลงานเชิงสาธารณะ ที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ชุมชนและท้องถิ่น

1. มีฐานข้อมูลภาวะสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข
2. ได้รูปแบบและวิธีการพัฒนาสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง
3. สามารถนำรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังนี้ ไปใช้ประโยชน์ได้

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). รายงานปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ในสถานบริการสังกัด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง.(2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช. 46(1) ; มกราคม: 1-9.
- กาญจนา พิบูลย์ ภรณ์ทร เสงอุดมทรัพย์ เวธกา กลิ่นวิจิต พวงทอง อินใจ และคณิงนิจ อุสิมาศ. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ชลบุรี. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เจนจิรา ทองเล็ก. (2554). การเปรียบเทียบผลของการปรับมโนภาพและการเสริมสร้างพลังแห่งตนตาม ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการในสถานสงเคราะห์ คนไร้ที่พึ่งบ้านเมตตา จังหวัดนครราชสีมา. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชนะ ณะสาร อัมพร ศรีประเสริฐสุข พิรุณรัตน์ เต็มสุขสวัสดิ์ ปทุมพร โพธิ์ภาค ศุภมิตร บัวเสนา ญาณินี ภูพัฒน์ และณัฐธิดา สุพรรณภพ. (2553). การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา ผู้สูงอายุในค่ายบูรฉัตร ราชบุรี. หลักสูตรจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะมนุษยศาสตร์และ สังคมศาสตร์. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- ชนิกา เจริญจิตต์กุล. (2557). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ช่อผกา สุทธิพงษ์ และศิริอร สินธุ์. (2555) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรค หลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.30 (1):28-39.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล.(2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าใน ประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 56(2): 103-116.
- นภา พวงรอด. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. วารสารมหาวิทยาลัย นราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์. 2(1) มกราคม-มิถุนายน : 63-74
- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม. พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย คริสเตียน
- พิกุล บุญช่วง. (2539). ความดันโลหิตสูงในภาวะวิกฤต : ปัญหาและการพยาบาล. เชียงใหม่. โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิช หล่อตระกูล. (2544). การฆ่าตัวตาย. ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ (บก.). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช.สงขลา: ภาควิชาจิตเวช ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- เรณูการ์ ทองคำรอด. (2545). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. จิตสังคมผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- โรส ภักดีโต. (2540). การตอบสนองของมรดกที่เจ็บป่วยเรื้อรังต่อความต้องการพื้นฐานของบุตรวัยก่อนเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรภณ วงศ์ถาวรวัฒน์.(2545). การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม.กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิทยา ศรีดามา และ พันธุ์ศักดิ์ กังสวิวัฒน์. (2541). โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสม.กรุงเทพมหานคร : เซ็นจูรี่ จำกัด.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2555). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ :มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2547). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ. กรุงเทพฯ. บุญศิริการพิมพ์จำกัด.
- วรวรรณ จันทร์เมือง และเจตินภา แสงสว่าง. (2553). การสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา ต.ชะแล้ อ.สิงหนคร จ.สงขลา.สงขลา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา.
- วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย.วารสารประชากร. 3(2): 87-109.
- วิภารัตน์ แสงสุวรรณ.(2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของเด็กป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็กบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาธิตา เมธนาวิณ และสุภาวดี ด่านธารงกุล. (2543). คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ เรื่อง การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ. ห้างหุ้นส่วนจำกัดตลาดวัลย์ ฟรินติ้ง.
- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม โสภิน แสงอ่อน และทัศนาว ทวีคุณ. (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. Rama Nurs J • October - December 2011.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550.กรุงเทพฯ. สำนักสถิติพยากรณ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). การสำรวจสุขภาพจิตของประชากร พ.ศ. 2551-2554. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). สุขภาพจิตของคนไทย พ.ศ. 2551 – 2553. กรุงเทพฯ.สำนักสถิติพยากรณ์.

- อนงค์ วิเศษสุวรรณ. (2550). NLP: Neuro Linguistic Programming ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส. ชลบุรี: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรสา ไຍยอง และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย.(2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจาก การสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(2): 117-128.
- อรุณรัตน์ กาญจนะ.(2545). ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ต่อ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อิทธิพล พลเยี่ยม สุคนธา ศิริ พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ และ ดุสิต สุจิรารัตน์. (2557). ความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดร้อยเอ็ด.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการและวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น. หน้า 1848-1854.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2546). การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม : มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes–2007. Diabetes Care 2007; 30 (Suppl. 1): S4-S41.
- Dinkmeyer, D. C., & Sperry, L. (2000). Counseling and psychotherapy: An integrated, individual psychology approach (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.
- Glasscock, J.A.D. (1982). Child and Family: Conceptual od Nursing practice. New York: Mc Grew Hill book company.
- Hobbs, N., Perrin, J.M., Ireys, H.T., Moynihan, L.C., Shayne, M.W. (1984). Chronically ill children in America. Rehabilitation Literature.;45:206–213.
- Howell, D. C. (1997). Fundamental statistics for behavioral sciences (4th ed.). Pacific Grove,CA: Brooks Cole.
- Murphy E. Smith,R, Lindsay,J et al. (1988). Increased mortality rates in late-life depression. British Journal of Psychiatry, et al, 152:347-53.
- Murray JL, Lopez AD. (1996). The global burden of diseases and injury series, Volume 1: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press.

- O'Connor, J., & Seymour, J. (1993). *Introducing neuro-linguistic programming* (2nd ed.). San Francisco: Aquarian Press.
- Phipps, W. J. (1995). Chronic illness. In B. C. Long, W. J. Phipps, & V. L. Cassmeyer (Eds.), *Adult nursing : A process approach* (pp. 155 – 175). St. Louis : Mosby
- Ritchie, J.A., Caty, S., Ellerton, M.L. (1984). Concerns of acutely ill, chronically ill, and healthy preschool children. *Research in Nursing and Health.*;7:265–274.
- Stanley, M and Beare, P.G. (1995). *Gerontological Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Villar, I. V.G. (1997). *Hope through the NLP magic Makati city*. Philippines: Aligned \ Transformations.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส
ด้วยเทคนิคคีร์คมีพลังแห่งตน
3. ขั้นตอนของเทคนิคคีร์คมีพลังแห่งตน

ภาคผนวก ข. การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย
2. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน และให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1.	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			
2.	ท่านไม่ยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
3.	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
4.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ			
5.	ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า			
6.	ท่านมีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้			
7.	ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี			
8.	ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน			
9.	ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข			
10.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง			
11.	ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับการส่ายบ่อยๆ			
12.	ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน			
13.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า			
14.	ท่านคิดว่าความจำท่านไม่ดีเท่ากับคนอื่น			
15.	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่			
16.	ท่านรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ			
17.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า			
18.	ท่านรู้สึกกังวลมากกว่าชีวิตที่ผ่านมา			
19.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนใจอีกมาก			
20.	ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่			
21.	ท่านรู้สึกกระตือรือร้น			
22.	ท่านรู้สึกสิ้นหวัง			
23.	ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน			
24.	ท่านอารมณ์เสื่อง่ายกับเรื่องเล็กๆน้อยๆ อยู่เสมอ			
25.	ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ			
26.	ท่านมีความตั้งใจทำอะไรสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน			
27.	ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า			
28.	ท่านไม่ยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น			
29.	ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว			
30.	ท่านมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน			
	รวม			

เทคนิคครีมีพลังแห่งตน(Personal Power Radiator: PPR)

เทคนิคครีมีพลังแห่งตน เป็นเทคนิคที่ให้คุณค้นพบความสามารถพิเศษ ความเข้มแข็ง พลังบวกที่ซ่อนอยู่ในจิตใจได้สำนึกของตนเอง โดยดึงพลังเหล่านี้มาใช้ ซึ่งอาจเป็นด้านที่เขาไม่ตระหนักรู้ถึงความสามารถของตนเอง เมื่อค้นพบความสามารถใหม่นี้ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า มีศักยภาพ มีความท้าทายในการมองโลกด้วยสายตาแบบใหม่ มองว่าชีวิตนี้มีคุณค่า

การประยุกต์ใช้ เทคนิคนี้ใช้ช่วยให้คุณพิจารณาถึงความเข้มแข็งหรือพลังที่มนุษย์ขาดความตระหนักถึงความสามารถของตนเองในส่วนที่ได้ใช้ประโยชน์ ไม่ได้ใช้ประโยชน์ คาดว่าได้ประโยชน์ ทั้งหมดมาใช้ เพื่อเอื้อให้อัตมโนทัศน์และสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้บุคคลรู้สึกมีพลังที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนของเทคนิคครีมีพลังแห่งตน ของ วิลลาร์ (Villar, 1997b,pp.76-79) ให้ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการดังนี้

1. ผ่อนคลาย ให้ผู้รับคำปรึกษา รู้สึกผ่อนคลาย ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลาย คล้ายอยู่ในภวังค์
2. ให้ผู้รับคำปรึกษากำหนดสัญญา “ใช่” ให้พยักหน้า “ไม่ใช่” ให้สั่นศีรษะ “คำสั่งไม่ชัดเจน” ให้ให้ขยับมือทั้งสองข้าง หรือนิ้วมือหลายนิ้วมือ กล่าวคำว่า “ขอให้คุณใช้เวลาตามสบาย ผ่อนคลาย เมื่อจิตสำนึกเลือกสัญญา “ใช่” แล้วให้ทำตามสัญญา “ใช่” ให้ผู้ให้คำปรึกษา... (เมื่อได้สัญญา “ใช่” แล้วดำเนินการต่อ) ตอนนี้นำสัญญา “ไม่ใช่” (เมื่อได้สัญญา “ไม่ใช่” แล้วดำเนินการต่อ) ตอนนี้นำให้จิตได้สำนึกทำสัญญา “คำสั่งไม่ชัดเจน” (เมื่อได้สัญญาทั้งหมดแล้ว....ขอขอบคุณจิตใต้สำนึก) กล่าวว่.....ขอบคุณจิตใต้สำนึกที่เลือกสัญญาให้...
3. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุถึงพลังด้านบวกของตน
ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณระบุถึงความเข้มแข็งทั้งหมดของคุณ ความสามารถพิเศษ ความถนัด และความสามารถทุกอย่างที่คุณมีสิ่งเหล่านี้ อาจเป็นสิ่งที่มิประโยชน์ ไม่มีประโยชน์ หรือคุณเห็นว่ามิประโยชน์ เมื่อพลังด้านบวกได้สื่อสารออกมาถึงจิตสำนึกของคุณแล้ว ให้แสดงสัญญาว่า “ใช่”
4. ให้ผู้รับคำปรึกษาตัดสินใจถึงข้อมูลที่แท้จริงถึงการใช้พลังด้านบวกของตน
ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณแสดงถึงจิตสำนึกที่แท้จริงว่าคุณจะสามารถใช้พลังด้านบวกของคุณอย่างไร ที่ไหน และเมื่อไหร่ ที่จะทำให้คุณมีความสุข สุขภาพดี ก่อให้เกิดประโยชน์มีประสิทธิภาพ มีความสงบสุขและมีการรวมกับของสิ่งเหล่านั้น เมื่อคุณสามารถทำได้แล้ว ให้สัญญา “ใช่”
5. ให้ผู้รับคำปรึกษา ใช้ประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์นั้นอย่างเหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “ขอให้จิตสำนึกของคุณสร้างความรู้สึกอะไรก็ได้ที่คุณต้องการรู้สึก ซึ่งสามารถนำพลังด้านบวกของคุณมาใช้ได้ในแนวทางที่เหมาะสมทั้งหมดและเหมาะสมกับเวลา สถานที่ และสถานการณ์ ต่าง ๆ อย่างแท้จริง เมื่อคุณรู้สึกถึงประสบการณ์นี้อย่างแท้จริงและเพียงพอแล้ว ขอให้คุณทำสัญญา “ใช่”
6. ให้ผู้รับคำปรึกษาก้าวนำสู่อนาคต ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “จิตใต้สำนึกของคุณกำลัง

ให้คุณได้สร้างประสบการณ์ที่จะใช้ประโยชน์ของพลังด้านบวกที่คุณระบุถึงนั้นได้อย่างเหมาะสมกับเวลา สถานที่ และสถานการณ์ต่าง ๆ หรือไม่” (คำตอบจะเป็นอย่างไรก็ตาม ให้ดำเนินการต่อไปในขั้นตอนที่ 7)

7. ให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบสภาพที่เกิดขึ้น ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “มีด้านที่ไม่เห็นด้วยกับพลังบวกที่คุณนำมาใช้หรือไม่” (ถ้าเห็นด้วย ให้ทำต่อไปในขั้นที่ 8 แต่ถ้ามีด้านที่ไม่เห็นด้วยให้ทำในขั้นที่ 11, 12)

8. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุถึงแนวทางที่ได้รับจากประสบการณ์ความรู้สึก ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “ขอให้จิตสำนึกของคุณติดต่อกับจิตสำนึกด้วยสัญญาณทั้งหมดที่คุณได้เห็น ได้ยิน หรือรู้สึก ที่จะช่วยให้คุณได้รับทราบว่า คุณจะสร้างประสบการณ์เพื่อใช้พลังบวกของคุณได้ที่ไหนและเมื่อไร เมื่อคุณได้เห็น ได้ยิน หรือรู้สึกถึงแนวทางดังกล่าวแล้วขอให้ทำสัญญาณ “ใช่”

9. ขอบุคคลจิตใต้สำนึกของผู้รับคำปรึกษาและถามถึงข่าวสารที่จิตสำนึกได้รับ ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “ขอบุคคลจิตใต้สำนึกที่ให้ความร่วมมือกับเราเป็นอย่างดี ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณให้ข่าวสารสุดท้ายแก่จิตสำนึก ด้วยการยอมรับต่อพลังบวกที่คุณได้เพิ่ม ระบุถึง แสดงสัญญาณว่า “ใช่” เมื่อจิตสำนึกได้ให้ข่าวสารแก่จิตสำนึกแล้ว”

10. ให้ผู้รับคำปรึกษาได้ติดตั้งพลังบวกและข่าวสารที่ได้รับจากจิตใต้สำนึก ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “และขอให้จิตใต้สำนึกของคุณรับประกันว่า ข่าวสารนั้นทำให้คุณสร้างประสบการณ์ขึ้น โดยใช้พลังบวกและคุณจะทำสนทนากับข่าวสารสำคัญที่ได้รับสารนั้น ในแนวทางที่เหมาะสมกับเวลา สถานที่ และสถานการณ์ต่าง ๆ ขอให้คุณสัมผัสที่เข้าทั้งสองข้างของตนเองก่อนที่จะค่อย ๆ ลืมตา”

ข้อที่ 11, 12 จะใช้ต่อเมื่อมีด้านที่ไม่เห็นด้วย ในขั้นที่ 7

11. ให้ด้านที่ไม่เห็นด้วยของผู้รับคำปรึกษา สื่อสารกับด้านที่ดีและข้อโต้แย้ง ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “ขอให้ด้านที่ไม่เห็นด้วยกับพลังบวกที่คุณเลือกมาได้สื่อสารกับด้านที่สร้างสรรค์ บอกถึงความตั้งใจดี และข้อโต้แย้ง เมื่อสื่อสารได้แล้วขอให้ทำสัญญาณ “ใช่”

12. ขอให้ด้านที่สร้างสรรค์ของผู้รับคำปรึกษาปรับปรุงการใช้พลังบวกขึ้นใหม่ ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “ขอให้ด้านที่สร้างสรรค์ของคุณปรับปรุงการใช้พลังบวกขึ้นใหม่ โดยพิจารณาจากด้านที่ดีและข้อโต้แย้ง เมื่อปรับปรุงการใช้พลังบวกของคุณได้แล้ว ขอให้ทำสัญญาณ “ใช่” (ย้อนกลับไปยังขั้นที่ 5 ทำซ้ำตามขั้นตอนที่เหมาะสม จนกระทั่งไม่มีด้านที่ไม่เห็นด้วย)

โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตน

ครั้งที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
1	ปฐมนิเทศ ,สร้างสัมพันธภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุ 2. เพื่อสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจมีความเป็นมิตร และส่งเสริมให้มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น และเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย 3. เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบจุดมุ่งหมาย กติกา ข้อตกลงการวิจัย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ แนะนำตนเอง 2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการทำวิจัย แล้วนับวันเวลาสถานที่ในการรับคำปรึกษา
2	1.ดำเนินการให้คำปรึกษาตามทฤษฎี NLP โดยใช้เทคนิคครีมีพลังแห่งตน	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปหรือดีขึ้นจากภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป โดยการให้คำปรึกษาตามทฤษฎี NLP ด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตน <ol style="list-style-type: none"> 1.1 เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาอยู่ในภาวะผ่อนคลายและเข้าสู่สภาวะที่ระดับจิตใต้สำนึก 1.2 เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ดึงพลังบวกที่มีมาใช้ได้ตรงตามที่ตนเองต้องการ 1.3 เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ถึงพลังบวกที่ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า มีศักยภาพ 1.4 เพื่อย้ำให้ผู้รับการปรึกษาได้อยู่กับพลังบวกของตนเองและสามารถค้นพบความสามารถใหม่ ที่ทำให้มองโลกด้วยสายตาแบบใหม่ ที่มองว่าชีวิตของตนเองมีคุณค่า 1.5 เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ตรวจสอบด้านที่ไม่เห็นด้วยกับพลังบวกที่จะนำมาใช้ประโยชน์นี้ พร้อมทั้งปลดปล่อยอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่ดีเหล่านี้ออกมา 1.6 เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้เลือกนำพลังบวกที่มีไปทะเลาะความรู้สึกที่ไม่ดี/ความรู้สึกในทางลบ 1.7 เพื่อย้ำให้ผู้รับการปรึกษาได้เลือกใช้พลังบวกในการแก้พฤติกรรมตนเองในอนาคต 1.8 เพื่อตรวจสอบผลการให้คำปรึกษา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษาตามทฤษฎี NLP ด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตน ตามขั้นตอนต่อไปนี้ (ใช้ระยะเวลาประมาณ 45 นาที) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ให้ผู้รับการปรึกษาอยู่ในสภาวะที่ผ่อนคลายและใช้เทคนิคกระบวนการผ่อนคลาย 1.2 ให้ผู้รับการปรึกษาคิดถึงพลังด้านบวกของคนที่จะสามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์จัดการกับสภาพของปัญหา 1.3 ให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสดึงพลัง ความรู้สึกที่ดี เป็นพลังบวกที่จำเป็นในการจัดการกับสภาพปัญหา และรับรู้ถึงพลังบวกของตนเอง 1.4 ให้สัญญาณพลังบวกนั้นซ้ำ ในขณะที่ผู้รับการปรึกษา กำลังจินตนาการหรืออยู่กับพลังบวกของตนเอง 1.5 ให้ผู้รับการปรึกษาได้นึกถึงและสื่อสารกับตนเองโดยนำด้านที่ดีที่สร้างสรรค์ มาตอบโต้แย้งกับด้านที่ไม่เห็นด้วยกับพลังบวกที่จะนำมาใช้ประโยชน์ 1.6 ทะลายด้านที่ไม่เห็นด้วยกับพลังบวกหรือพลังที่สร้างสรรค์ โดยขอให้บอกตนเองถึงความตั้งใจดีและปรับปรุงการใช้พลังบวกขึ้นมาใหม่ 1.7 การก้าวนำสู่อนาคตโดยการให้ผู้รับการปรึกษาได้นำประสบการณ์ที่ดีหรือพลังบวกของตนเองไปใช้ได้อย่างเหมาะสมกับ เวลา สถานที่ และสถานการณ์ต่าง ๆ ในอนาคต

ครั้งที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
			1.8 ยุติกระบวนการพร้อมทั้งสัมภาษณ์ความรู้สึกและติดตามผล ถ้าผู้รับการปรึกษายังไม่พร้อมจะสัมภาษณ์และสีหน้าท่าทางไม่ผ่อนคลายให้กลับไปสู่ขั้นตอนที่ 7 ของเทคนิค (หรือ 1.5ของแนวทาง) และดำเนินการตามขั้นตอนจนสิ้นสุดกระบวนการให้คำปรึกษา
			เมื่อผู้รับการปรึกษาลืมตาขึ้นแล้ว ถามคำถามดังต่อไปนี้ 1) ขณะนี้รู้สึกอย่างไร ? 2) เมื่อนึกถึงเหตุการณ์หรือสิ่งดี ๆ นึกถึงอะไร ? 3) เมื่อให้นึกถึงเหตุการณ์หรือสิ่งที่ไม่ดี นึกถึงอะไร ? 4) คิดว่าจะนำสิ่งที่ดี ๆ ไปใช้ได้หรือไม่? ถ้าเจอเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา
3	ประเมินผลครั้งที่ 1	2. เพื่อติดตามประเมินผลหลังสิ้นสุดการให้คำปรึกษา	2. ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)
4	ประเมินผลครั้งที่ 2	3. เพื่อติดตามประเมินผลในระยะติดตามหลังการให้คำปรึกษา 2 สัปดาห์	3. ประเมินผลโดยใช้แบบวัดเดิม เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับระดับภาวะซึมเศร้า ในระยะติดต่อกับระยะก่อนการให้คำปรึกษาและระยะหลังสิ้นสุดการให้คำปรึกษาทันที

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย

การวิจัย เรื่อง : การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากคณะผู้วิจัยให้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยการวัดระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี แล้วให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ซึ่งได้ผ่านการทดสอบโปรแกรมจากผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ขอชี้แจงให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวินิจฉัยดังนี้

1. คำชี้แจงเกี่ยวกับเหตุผลที่ต้องทำการศึกษาวินิจฉัย

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกายที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลความเครียดความรู้สึกกดดัน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาททางสังคม ซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น(ชาติรี บานชื่น ,2552) จากรายงานปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ในสถานบริการสังกัด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ใน รอบ 5 ปี พ.ศ. 2547 – 2551 มีผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการ 141,566 ราย ต่อปี ผู้ป่วยใน 2,663 ราย ต่อปี สำหรับปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอก 5 อันดับ คือ 1. โรควิตกกังวลและความเครียด ร้อยละ 26.42 2. โรคจิต ร้อยละ 25.73 3. โรคที่มีสาเหตุจากสมองและร่างกาย ร้อยละ 18.47 4. โรคซึมเศร้า ร้อยละ 18.24 และ 5. โรคจากสารเสพติด ร้อยละ 3.43 (กรมสุขภาพจิต , 2552) การส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ มีชีวิตเป็นสุข ต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจ ในการปฏิบัติอย่างจริงจัง จากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เริ่มต้นตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว สังคม ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถาบันครอบครัวจะได้ตระหนักถึงบทบาท และความสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และมีความสำคัญต่อครอบครัว และสังคม

คณะผู้วิจัย มีความประสงค์ที่จะทำการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดย ดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2537) โดยแปลผลเป็นภาวะสุขภาพจิตปกติ เศร้าเล็กน้อย เศร้าปานกลาง และเศร้ามืดมน และใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST - 20)(สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล , 2540) ในการวัดความเครียดของผู้สูงอายุ เพื่อคัดกรองและค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และภาวะเครียด โดยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง สามารถเลือกนำพลังบวกไปใช้ในการจัดการความเครียด และเพิ่มคุณค่าแห่งตนและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

2. คำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์หรือสอบถามจากคณะผู้วิจัย โดยการสัมภาษณ์จะมีแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และการวัดความเครียดของผู้สูงอายุ เพื่อคัดกรองและค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และภาวะเครียด และได้รับคำปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ ที่ท่านได้ให้ ข้อมูลแก่คณะผู้ศึกษาวินิจฉัย จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการ

2.1 ท่านจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ประโยชน์ของการศึกษาวิจัย

2.2 การลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.3 ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว โรคเรื้อรังที่เป็น ระยะเวลาในการรับการรักษา เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

2.4 ได้รับการเชิญเข้ารับการให้คำปรึกษาเพื่อ เข้าร่วมโครงการการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ซึ่งสามารถช่วยแก้ปัญหาในการเผชิญภาวะเครียด ความวิตกกังวล รวมถึงความรู้สึกซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากโปรแกรมนี้สามารถตอบสนองปัญหาได้หลายชนิด อย่างเฉียบพลัน สามารถปรับปรุงทัศนคติและความรู้สึกโดยการให้บุคคลขยายกรอบประสบการณ์ใหม่และมองเห็นกรอบประสบการณ์เดิมในแง่มุมใหม่ ช่วยพัฒนาการสร้างสัมพันธภาพ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยค้นหาตัวเอง มีกระบวนการที่เข้าใจง่ายต่อผู้รับคำปรึกษาและจุดเด่นของวิธีการนี้คือ สามารถให้ประสิทธิผลได้ภายในการบำบัดเพียงครั้งเดียว หรือบางครั้งใช้เวลาเพียง ระยะเวลาสั้นก็สามารถแก้ปัญหาได้ โดยมีขั้นตอนแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

1. ระยะก่อนการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และความสมัครใจโดยให้ผู้สูงอายุ ทำแบบวัดความเครียดและแบบประเมินสุขภาพจิตเพื่อวัดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แล้วคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีระดับความเครียดสูง และภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรงและ ทำการสุ่มอีกครั้ง แบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่า ๆ กันกลุ่มละ 30 คน บันทึกค่าคะแนนที่ได้ไว้เป็นคะแนนระยะก่อนการให้คำปรึกษา

2. ระยะการให้คำปรึกษา เป็นระยะเวลา 15 วัน ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวม(ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเครียดสูง) และ เทคนิคครีมีพลังแห่งตน (ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง) ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสกับกลุ่มที่ได้รับการคัดเลือก ผู้วิจัยสนทนาเป็นรายบุคคลกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสัมภาษณ์ ทำความเข้าใจในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงขั้นตอน แก่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้ให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคนี้จะได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติตามที่โรงพยาบาลจัดให้ การให้คำปรึกษาครั้งนี้ เป็นการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล วันละ 1-2 คน แบ่งเป็นช่วงเวลาเช้า และช่วงเวลาบ่าย รวม 2 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที โดยเริ่มจากการผู้เข้ารับการให้คำปรึกษาคนที่ 1 , 2 , 3 , 4 ,และ..... ลำดับ ตามโปรแกรมที่กำหนดไว้

3. ระยะหลังการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยสัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้รับการให้คำปรึกษาถึงความรู้สึก ที่เกิดขึ้นขณะและหลังได้รับการให้คำปรึกษาตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นหลังการให้คำปรึกษา เป็นรายบุคคล จากนั้นทำการวัดความเครียด และภาวะซึมเศร้า (post test) ของทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้แบบวัดซึ่งเป็นฉบับเดียวกับที่ใช้ในระยะก่อนการให้คำปรึกษา

4. ระยะติดตามผล โดยห่างจากระยะหลังการให้คำปรึกษาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการวัดความเครียดของทั้ง 2 กลุ่ม โดย แบบวัดฉบับเดิม เช่นเดียวกับระยะก่อนการให้คำปรึกษา หลังจากเสร็จสิ้นระยะติดตามผล กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามวิธีปกติของทางโรงพยาบาล จะได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวมและเทคนิคครีมีพลังแห่งตนเช่นเดียวกับกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม

2.5 ได้รับการบริการติดตาม และเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ สหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยา เป็นต้น

3. คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี อาศัยในเขตพื้นที่จังหวัดชลบุรี
2. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีการลงนามยินยอมตามแบบฟอร์มที่คณะผู้วิจัยจัดทำขึ้น ซึ่งจะได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา
3. ได้รับการคัดกรองความเครียดและภาวะซึมเศร้า และอยู่ในเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดในการคัดเลือกเข้าสู่การวิจัยในระยะให้คำปรึกษา

4. ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับ

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการวัดและประเมินภาวะสุขภาพจิต ด้านความเครียดและภาวะซึมเศร้า และหากท่านยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จะได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยแก้ปัญหา ช่วยให้ท่านสามารถเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้าและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง จากทีมสุขภาพ สหสาขาวิชาชีพ หากพบความผิดปกติทางคณะผู้วิจัยจะได้ประสานงานแจ้งให้เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่เป็นผู้ดูแลในพื้นที่รับผิดชอบของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบ ซึ่งหากต้องได้รับการรักษาจากแพทย์นั้น ผู้ป่วยต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปโดยการสมัครใจ และหากท่านปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการนี้จะไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาตามปกติที่ท่านควรจะได้รับจากโรงพยาบาลที่นี่และที่อื่น และแม้ว่าท่านตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้แล้ว ท่านยังสามารถปฏิเสธและถอนตัว ยุติการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ เช่นกัน

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อได้ที่

นายสรร กลิ่นวิจิต

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โทรศัพท์ 038-386554 , 103177 ต่อ 204

ซึ่งยินดีให้ข้อมูลแก่ท่านทุกเมื่อ และขอขอบคุณในความร่วมมือ มา ณ โอกาสนี้

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
โครงการวิจัย เรื่อง การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษา
ประสาทสัมผัส

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

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการในการศึกษาวิจัย รวมทั้งผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์จะปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย ครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

คณะผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะข้อมูลในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

หากข้าพเจ้ามีปัญหา หรือข้อสงสัยถึงผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัย สามารถซักถามผู้วิจัยได้ที่ หรือ ซักถาม หัวหน้าโครงการวิจัย โดยติดต่อที่ **นายสรร กลิ่นวิชิต** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ 038-386554 , 103177 ต่อ 204

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้ทำวิจัย
 (.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้ทำวิจัย
 (.....)