

ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวัง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน*

The Effects of Group Cognitive Behavioral Modification Program on Hope and Depression among Community-Dwelling Older Adults

บุศรา สุขสวัสดิ์, พย.ม.** Budsara Suksawat, M.N.S.

ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, Ph.D.*** Pornpat Hengudomsab, Ph.D.

ชนิดดา แนบเกษร, Ph.D.*** Chanudda Nabkasorn, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 24 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินโดยใช้แบบวัดความหวังของ Herth (1992) และแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1979) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 และ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติที่วิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มนี้ ช่วย

เพิ่มความหวังและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ความหวัง ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุในชุมชน

Abstract

The purposes of this quasi-experimental study were to examine the effects of group cognitive behavioral modification program on hope and depression among community-dwelling older adults who had mild to moderate depressive levels. The sample consisted of 24 older adults. They were randomly assigned into experimental and control groups (n = 12 in each group). Older adults in the experimental group participated in the group cognitive behavioral modification program, whereas those in the control group received only routine care from the same setting. Instruments included Thai version of Herth Hope Index (Herth, 1992) and Beck's depression scale (Beck, 1979). These scales yielded Cronbach's

* วิทยาลัยพยาบาลสุทธพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีการศึกษา 2558

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย อำเภอมือเมือง จังหวัดชลบุรี

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

alpha of .76 and .90. Descriptive statistics using frequency, percentage, means, standard deviation, independent t-test, two-way repeated measure ANOVA.

The results revealed that the mean scores of hope and depression at post- test and 1 month follow-up in the experimental group were significantly different from the control group ($p < .01$). In the experimental group, the mean scores of hope at post-test and 1 month follow-up were higher than the scores at a pretest ($p < .001$). In the experimental group, the mean scores of depression at posttest and 1 month follow-up were lower than at pretest ($p < .001$). The group cognitive behavioral modification program applied in this study effectively enhanced hope and reduced depression among these older adults. Thus, health professionals could apply this program in order to enhance mental health of this aged group.

Keywords: Cognitive behavioral modification program, hope, depression, community-dwelling older adults

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ทั้งประชากรผู้สูงอายุโลกและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย จากรายงานองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2556 พบว่าประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีการคาดการณ์ว่า จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,963 ล้านคน หรือร้อยละ 22 ในปี พ.ศ. 2593 สอดคล้องกับรายงานจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในปัจจุบันที่พบว่า มีสูงถึง 9,517,000 คน คิดเป็น 1 ใน 6 ของประชากรทั้งประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2593 มีการคาดการณ์ว่า ผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากถึง ร้อยละ 27 ของประชากรทั้งประเทศ (World Health Organization [WHO], 2013) โดยลักษณะโครงสร้างประชากรในประเทศไทยกำลังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (aging

society)

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุอาจมีความเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพที่เป็นความสัมพันธ์ตามวัยที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง กลุ่มอาการสมองเสื่อม ข้อเสื่อม และการเกิดความผิดปกติของสมดุลชีวเคมีในสมอง กลุ่ม biogenic amines ได้แก่ indoleamines หรือ serotonin ซึ่งเป็นตัวหลักที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และกลุ่มของ catecholamines คือ norepinephrine และ dopamine โดยพบว่าสารสื่อประสาทกลุ่มดังกล่าวในสมองมีปริมาณที่ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า มีสารสื่อประสาท acetylcholine ถูกทำลายโดยเอนไซม์ acetylcholinesterase ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับความคิด ความจำในผู้สูงอายุ ดังนั้นความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและความเสื่อมถอยตามวัยในหลาย ๆ ด้าน ทำให้มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและความหวังของผู้สูงอายุในชุมชน

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ส่งผลโดยตรงกับผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกไร้ค่า เป็นภาระต่อลูกหลานและสังคม ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทำให้ไม่มีความสุข เกิดความทุกข์ รู้สึกสูญเสียความสามารถ ในด้านต่าง ๆ ครุ่นคิดแต่เรื่องของตนเองและมักเป็นในทางลบ ลักษณะความคิดและพฤติกรรมมักเกิดขึ้นวนเวียน ซ้ำไปซ้ำมา มีความคิดด้านลบ รู้สึกท้อแท้ ขาดกำลังใจและนำไปสู่ความซึมเศร้า สิ้นหวัง สอดคล้องกับแนวคิดของ Beck (2005) ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรม เนื่องจาก บุคคลมีความคิดเชิงลบที่บิดเบือน 3 ประการ (cognitive triad) คือ 1) ต่อตนเอง 2) ต่อโลก 3) ต่ออนาคต ทำให้เกิดความรู้สึก เศร้าหมอง หงุดหงิด เพ้อหน่าย ท้อแท้ และสิ้นหวัง

จากรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2517 ถึง พ.ศ. 2550 พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่น สถานภาพ สุขภาพทางกาย การสูญเสีย การขาดการสนับสนุนทางสังคม รายได้ที่ลดลง

ความหวัง ความว่าเหว่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2554) กาญจนา พิบูลย์ และคณะ (2551) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกสิ้นหวังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลสูงสุดต่อภาวะซึมเศร้า

ความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและซึมเศร้านับเป็นภาวะที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และพบว่ามีสถิติสูงในผู้สูงอายุในประเทศไทยมีรายงานสถิติการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุไทยอายุ 60-65 ปี ในปี พ.ศ. 2540 มีอัตราสูงถึง 12.4 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2544 มีอัตรา 21.1 ต่อประชากร 100,000 คน (กรมสุขภาพจิต, 2550) ความหวังนับเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ความหวังเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลใช้ในการเผชิญกับภาวะวิกฤติของชีวิต มีลักษณะเป็นพลัง แรงจูงใจในการช่วยเสริมให้สามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในปัจจุบันไปได้ โดยบุคคลจะมีความคาดหวังถึงสิ่งที่เป็นผลด้านบวกที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Herth, 1992) ในผู้สูงอายุซึมเศร้า การมีความหวังจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปรับสภาพจิตใจ ได้มองเห็นหนทางในการแก้ไขปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นและมองสิ่งที่มาคุกคามตนเองเช่น ความเจ็บป่วย ความสูญเสียด้านต่าง ๆ ว่าไม่ได้เป็นสิ่งที่รุนแรงเกินกว่าที่ตนจะแก้ไขได้ (Releigh, 1992) การมีความคาดหวังถึงอนาคตในแง่บวก จะก่อให้เกิดบุคคล อุดมทุน รู้สึกมีพลัง มีความพยายามมากขึ้นที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าความหวังทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินอาการต่าง ๆ ของตนไปในทางบวกมากขึ้น ก่อให้เกิดพลังในการปรับตัวต่อความเครียดต่าง ๆ และส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าลดลง (Kesselring, 1986)

จากการวิจัยในต่างประเทศพบว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior modification) ได้มีการนำมาประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับในการนำมาใช้ในกับผู้สูงอายุ เช่น เพื่อการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหา แก้ไขความคิดที่บิดเบือน แก้ไขในความคิดแง่ลบต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต รวมถึงการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมทางลบ การแยกตัวจากสังคม การขาดความกระฉับกระเฉงและรู้สึกสิ้นหวัง ก่อให้เกิดพลัง ในการทำสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น (Beck, 1995) จากการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศโดย Laidlaw et al. (2008) ได้นำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดความรู้สึกสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และพบว่าโปรแกรมนี้ใช้ได้ผลดี โดยผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากงานวิจัยของ Teri et al. (1994) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย พบว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จะเห็นได้ว่าในต่างประเทศมีการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้สูงอายุและได้ผลดี ส่วนในประเทศไทยเริ่มมีการนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม มาประยุกต์ใช้เพื่อการบำบัด เช่น จากงานวิจัยของ กัญญาณัฐ สุภาพร (2555) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตติมา ศิริโหราชัย (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมบ้านบางแค พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าลดลงภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นสนับสนุนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในการนำมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างความหวังและลดภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ได้มีผู้ทำการศึกษามูลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่จะเน้นเฉพาะการบำบัดที่เน้นการปรับความคิดและพฤติกรรม ไม่ได้ทำการเสริมสร้างความหวังร่วมด้วย และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาในเรื่องผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทในการปฏิบัติงานในด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เล็งเห็นความเป็นไปได้ที่จะนำรูปแบบการบำบัดนี้

มาปรับใช้เพื่อเสริมสร้างความหวังและลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยที่ได้ยังสามารถนำมาเพื่อใช้เป็นแนวทางเพื่อการพัฒนาทางด้านสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ และพัฒนาความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการใช้แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความหวังและลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ขาดความหวังและมีภาวะซึมเศร้าจะพบว่ามี ความสัมพันธ์กับความคิดเชิงลบที่บิดเบือน 3 ประการ (cognitive triad) ได้แก่ การมองทั้งต่อตนเอง โลก และอนาคตไปในทางลบ ซึ่งแบบแผนความคิดที่เป็นไปในทางลบ (negative thought) นี้จะนำไปสู่ความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดพลังและแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต จากการศึกษา งานวิจัย พบว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่สามารถนำมาใช้ในการลดความรู้สึกสิ้นหวัง และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและได้ผลดี ทำให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา แก้ไขความคิดที่บิดเบือน แก้ไขในความคิดแง่ลบต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการแยกตัวจากครอบครัวและสังคม เฉื่อยขามาเป็นกระฉับกระเฉง มีความหวังมากขึ้น และมีพลังในการทำสิ่งต่าง ๆ จากงานวิจัยที่ผ่านมาสนับสนุนว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมด้วย ซึ่งช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่มและเกิดปัจจัยการบำบัดขึ้น โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นนี้ เน้นการเสริมสร้างความหวังในผู้สูงอายุควบคู่กับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความเป็นจริง ปรับพฤติกรรมในการเผชิญและแก้ไขปัญหามีความเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุมองโลกในแง่ดี คาดหมายถึงอนาคตและ

สถานการณ์ต่าง ๆ ไปในทางบวก โดยเชื่อว่าจะทำให้ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีกำลังใจ มีพลังและความพยายามในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่ม ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง มีความหวังในการดำเนินชีวิตมากขึ้น และช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่มแบบวัดซ้ำ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่เป็นเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-70 ปี ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ในระหว่างเดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม 2558 ผู้วิจัยเลือกศึกษาในหมู่ที่ 6 ตำบลบางทราย ซึ่งจากข้อมูลสถิติการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีสถิติสูงที่สุดจากทุกหมู่บ้านของตำบลบางทราย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถเข้าร่วมในทุกกิจกรรม 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพจิต จุฬา (Chula Mental Test [CMT]) โดยต้องมีคะแนนสูงกว่า 15 คะแนน 3) ภาวะซึมเศร้ายกระดับเล็กน้อย ถึงระดับปานกลาง (จากการใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck อยู่ในช่วงคะแนน 10 ถึง 19) 4) ไม่เคยได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาก่อน 5) มีความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน 6) ไม่ได้อยู่ระหว่างการรับยาทางจิตเวช จากนั้นผู้วิจัยจัดทำบัญชีรายชื่อของผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วทำการสุ่มผู้สูงอายุเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่เข้ากลุ่มทดลองจำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส การพักอาศัย

2. แบบวัดความหวัง (Herth Hope Index [HHI]) ของ Herth (1992) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย จีราวรรณ สีสภาพพัฒนาพิชัย (2541) ประกอบด้วย 12 ข้อคำถาม มีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนโดยเมื่อรวมคะแนนที่ได้ครบทั้ง 12 ข้อ โดยคะแนน 12-30 คะแนน หมายถึง มีความหวังระดับต่ำ และคะแนน 31-48 คะแนน หมายถึง มีความหวังระดับสูง ผู้วิจัย ได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .76

3. แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1979) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย มุกดา ศรีรงค์ (2522) อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ การคิดคะแนน จะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 21 โดยคะแนนสูงสุดคือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน ระดับของภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Beck, 1979) ดังนี้ 0-9 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ 10-15 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 16-19 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 20-29 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก 30-63 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จากงานวิจัยนี้ได้คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1979) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม ในโปรแกรมนี้เน้นที่กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) 2) การปรับเปลี่ยนความคิด

(cognitive modification) 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior modification) การบำบัดนี้จะเน้นที่การปรับความคิดและพฤติกรรมควบคู่กับการเสริมสร้างความหวัง เพื่อให้ผู้สูงอายุมุ่งอยู่กับการคิดที่เป็นปัจจุบัน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ เข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่มีผลต่อความหวังและภาวะซึมเศร้า ปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน ให้มีความสมเหตุสมผลมากขึ้น ตลอดจนปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสม โดยให้ผู้สูงอายุมองโลกในแง่ดี มีความหวัง ในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรม จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยจัดโปรแกรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ รายละเอียดโปรแกรมมีดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมครั้งที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความหวัง

กิจกรรมครั้งที่ 3 การทำความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 4 การวิเคราะห์วิธีคิดและความคิดที่บิดเบือน

กิจกรรมครั้งที่ 5 การทดแทนความคิดเดิมด้วยความคิดทางเลือก

กิจกรรมครั้งที่ 6-7 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 8 การทบทวนเพื่อการนำไปประยุกต์ใช้และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ก่อนนำโปรแกรมไปใช้จริง ผู้วิจัยได้นำไปโปรแกรมฯ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาล ผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงและความเหมาะสมของโปรแกรม จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย และนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มด้วยความสมัครใจ ไม่มีข้อบังคับใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ โดยใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการบริการพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ผู้วิจัยทำการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการอธิบายขั้นตอนเกี่ยวกับงานวิจัยและกิจกรรมที่ได้รับ กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มจำนวน 8 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองและมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมตัวในการดำเนินโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยการผ่านการฝึกปฏิบัติในรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง I และรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง II ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมจากการจัดประชุมงานวิชาการ

2. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้แบบสอบถาม และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสอบถามจริงกับผู้สูงอายุจำนวน 5 ราย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องเพื่อให้เกิดทักษะ และความชำนาญในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. นำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย เพื่อขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

4. หลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทรายแล้ว ผู้วิจัยเริ่มทำการประสานงาน ชี้แจง อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย และขอความร่วมมือในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

5. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่มารับบริการและมาเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของ รพ.สต. บางทราย ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2558 และทำการคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ เข้าร่วมการวิจัยตามขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ต้องการศึกษาจำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน

6. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขอความร่วมมือในการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความหวังและ

ภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่าคะแนนเฉลี่ยความหวังและภาวะซึมเศร้า ในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจะทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง จำนวน 12 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.66 อายุ 66-70 ปี ร้อยละ 66.67 สถานภาพ โสด ร้อยละ 41.70 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 83.40 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 75 รายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 91 และผู้สูงอายุ พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 58.30 ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 12 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุ 60-65 ปี ร้อยละ 50 และอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ สถานภาพสมรส ร้อยละ 41.70 ระดับการศึกษาจบชั้น ประถมศึกษา ร้อยละ 66.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 58.3 และ ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 58.30 ได้ทำการ

ทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

2. ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและ พฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุในชุมชนสรุปได้ดังนี้

จากผลการวิจัยนี้พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความหวังเท่ากับ 24.16 (SD = 3.66) และภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 18.08 (SD = 2.60) ส่วนผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความหวังเท่ากับ 22.58 (SD = 5.07) และภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 16.25 (SD = 2.59) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังและ ภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะ ก่อนการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความหวังและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง พบว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองที่ต่างกันมีผล ต่อคะแนนเฉลี่ยความหวังและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุ โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	2,473.39	2,473.39	73.76	< .001
ความคลาดเคลื่อน	22	737.72	33.53		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	726.36	363.18	29.47	< .001
กลุ่มกับระยะเวลา	2	926.86	463.43	37.61	< .001
ความคลาดเคลื่อน	44	542.11	12.32		

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	813.39	813.39	14.29	.001
ความคลาดเคลื่อน	22	1251.72	58.89		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	364.78	276.31	10.21	.002
กลุ่มกับระยะเวลา	2	664.11	503.04	18.59	< .001
ความคลาดเคลื่อน	44	785.78	27.05		

จากตารางที่ 1 และ 2 แสดงว่า เวลาที่มีผลต่อคะแนนความหวังและภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างของความแปรปรวนของคะแนนความหวังและภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า มีอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความหวังและภาวะซึมเศร้าเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความหวังและคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3 และตาราง 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาการทดลอง	Mean	ผลต่างของค่าเฉลี่ย		
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล
ก่อนทดลอง	24.16	-	-15.17*	-13.25*
หลังทดลอง	39.33	-	-	1.92
ติดตามผล	37.41	-	-	

* p < .001

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาการทดลอง	Mean	ผลต่างของค่าเฉลี่ย		
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล
ก่อนทดลอง	18.08	-	10.83*	11.33*
หลังทดลอง	7.25	-	-	.50
ติดตามผล	6.75	-	-	

* $p < .001$

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายผลของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยความหวังแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน และผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวัง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม เป็นวิธีการบำบัดหนึ่งที่สามารถเสริมสร้างความหวังของผู้สูงอายุได้ โดยหลักการที่สำคัญของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมนี้ มุ่งที่การปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบและทดแทนด้วยความคิดทางเลือกที่สมเหตุสมผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวัง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงความคงทนของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่แม้จะเสร็จสิ้นในระยะของการได้รับโปรแกรมไปแล้ว ความหวังของผู้สูงอายุ

เหล่านี้ก็มิได้ลดลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นและให้กำลังใจต่อกัน ส่งเสริมการมีคุณค่าและการยอมรับซึ่งกันและกัน สามารถปรับเปลี่ยนทั้งความคิดและพฤติกรรมให้มีความเหมาะสม ผู้สูงอายุมองโลกในด้านบวก และมีความหวังมากขึ้น อีกทั้งการบำบัดในรูปแบบรายกลุ่มนั้น มีการใช้กระบวนการกลุ่มเข้ามา ก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ สามารถปรับตัวเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และประยุกต์ใช้โปรแกรมมาวางแผนการดูแลตนเองได้ งานวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Laidlaw et al. (2008) ที่ได้นำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดความรู้สึกสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และพบว่าโปรแกรมฯ นี้ใช้ได้ผลดี โดยผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรนิภา หาญละคร (2552) ที่ศึกษาผลของรูปแบบพฤติกรรมปัญญา นิยมต่อความหวังและซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความหวังในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 2 ผลของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มมีคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล

1 เดือน และผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ทั้ง 8 ครั้งนี้ ช่วยทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และมีประสิทธิผลคงอยู่ถึงในระยะติดตามผล 1 เดือน ซึ่งโปรแกรมฯ นี้มีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุเรียนรู้วิธีการสร้างความคิดทางบวกและการควบคุมอารมณ์ เกิดทักษะในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ สามารถปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งการใช้กระบวนการของกลุ่มบำบัดยังสามารถก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด สมาชิกผู้สูงอายุได้รับการยอมรับ รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ไม่รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่ท้อแท้และสิ้นหวัง ส่งผลให้การรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น ภาวะซึมเศร้ามลดลง ผู้สูงอายุมีกำลังใจและความหวังในชีวิตมากขึ้น จากผลการวิจัยพบว่าสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Derubeis et al. (2005) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการบำบัด ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลงและโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Fishman and Losscalo (1987) และ Folkman et al. (1991) ที่ผลการวิจัยสนับสนุนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเสริมสร้างความหวัง ส่วนงานวิจัยในไทย พบว่างานวิจัยนี้พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ เขาวนีย์ ล่องชุมผล (2551) ที่ศึกษาผลของการปรับพฤติกรรมและปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยนี้พบว่าหลังจากใช้โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมและปัญหา ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมีระดับความซึมเศร้า ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิศ กุลชัย (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อ

ภาวะซึมเศร้า โปรแกรมนี้ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 9 ครั้ง โดยเป็นการให้การบำบัดในรูปแบบรายบุคคลจำนวน 4 ครั้ง ให้การบำบัดทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง และให้การบำบัดที่บ้าน 3 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วชิรี แสงสาย (2557) ที่ศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มนี้ โดยเน้นที่การปรับความคิดและพฤติกรรมควบคู่กับการเสริมสร้างความหวังให้กับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยพัฒนากิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชน และเลือกทำในรูปแบบกลุ่ม มีการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น มีการให้กำลังใจและส่งเสริมการยอมรับซึ่งกันและกัน ได้รับการปรับเปลี่ยนทั้งความคิดและพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมมากขึ้น และสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันและเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตน ตลอดจนมีการมองโลกในด้านบวก และมีความหวังมากขึ้น โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มนี้เป็นการบำบัดทางเลือกหนึ่ง ที่พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานในชุมชนสามารถเรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้ โดยการจัดโปรแกรมในรูปแบบกลุ่มนี้ ช่วยประหยัดทั้งเวลา ค่าใช้จ่าย และได้ผลเช่นเดียวกับการบำบัดในรูปแบบรายบุคคล ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานสุขภาพเชิงรุก ตลอดจนส่งเสริมบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic disease) ผู้สูงอายุติดบ้าน (home bound) และ ผู้สูงอายุติดเตียง (bed bound) เป็นต้น

2. ควรมีการติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมฯ นี้ต่อไปเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วม โปรแกรมฯ สามารถนำทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วม โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มนี้ไปใช้ กับตนเองในอนาคตได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องเพียงใด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านคณะกรรมการควบคุม วิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน รวมถึงครอบครัว ที่ให้การชี้แนะ ความร่วมมือ การช่วยเหลือ และกำลังใจ ด้วยดีเสมอมา ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

กัญญาณัฐ สุภาพร. (2555). *ผลของโปรแกรมการบำบัด ทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
กรมสุขภาพจิต. (2550). คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า แบบ Cognitive-behavioral therapy. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง.
กุลธิดา สุภาคุณ. (2549). *ผลของโปรแกรมการบำบัด ทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
กาญจนา พิบูลย์, ภัทรพร เสง้อดมทรัพย์, เวชกา กลั่นวิชิต, พวงทอง อินใจ และคณินิจ อูสิมาศ. (2551). *ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา
จิราวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชย์. (2541). *ความหวังของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เขาวนิ ล่องชุมพล. (2547). *ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับ ประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้าสามารถรักษา หายได้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา สุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก และชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย รามคำแหง.

นวพร นาวิสาคร. (2554). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทาง พฤติกรรมความคิดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

พรนิภา หาญละคร. (2552). *ผลของกลุ่มบำบัดแบบ พฤติกรรมปัญญานิยมต่อความหวังและซึมเศร้า ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส*. *รามาริบัติ พยาบาลสาร*, 15(2), 206-220

มานอช หล่อตระกุล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2542). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.

รัตติมา ศิริโหราชัย. (2551). *ผลของการทดลองใช้โปรแกรม การให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค (Beck) เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม: กรณีศึกษาผู้สูงอายุบ้านบางแค*. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการ ให้การศึกษา, คณะศิลปศาสตร์, มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์.

ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิด อัตโนมิติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิต วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วัชรี้ แสงสาย. (2557). *ผลของการบำบัดทางความคิดและ*

- พฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ใน
ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วิทยาลัยพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์
ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*.
กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม. (2554). *การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ
ภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย*. วิทยาลัยพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพิศ กุลชัย. (2556). ผลของโปรแกรมการปรับความคิด
และพฤติกรรมแบบหลายช่องทางต่อการลดภาวะ
ซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพ
จิต*, 27(3), 1-15.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย.
(2549). การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ที่
มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. *วารสาร
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 19(2), 1-13.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical experimental
and theoretical aspects*. New York: Hoeber
Medical Division.
- Beck, A. T. (2005). *Cognitive therapy for challenging
problems*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G.
(1979). *Cognitive therapy of depression*.
New York: Guilford.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basic and
beyond*. New York: The Guilford Press.
- Beeber, L. S. (1996). Pattern integration in young
depressed women: Part I. *Archives of
Psychiatric Nursing*, 10(13), 151-156.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck,
A. T. (2006). The empirical status of
cognitive-behavioral therapy: A review of
meta-analyses. *Clinical Psychology Review*,
26, 17-31.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transition: A
nursing concern. In P. L. Chinn (ed.), *Nursing
research methodology: Issue and
implementation* (pp. 237-257.). Rockville:
Aspen.
- Claudi, L. H., & Bockting et al., (2005). Preventing
relapse/Recurrence in recurrent depression
with cognitive therapy: A randomized
controlled trial. *Journal of Consulting and
Clinical Psychology*, 73(4), 647-657.
- DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D.,
Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett,
M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freeman,
B. B., & Gallop, R. (2005). Prevention of
relapse following cognitive therapy vs
medications in moderate to severe
depression. *Archives of General Psychiatry*,
62(4), 417-22.
- Fishman, B., & Losscalo, M. (1987). Cognitive-
behavioral interventions in management of
cancer pain: Principle and applications.
Medical Clinics of North America, 71,
271-287.
- Folkman, S., Chesney, M., Mckusick, L., Ironson,
G., Johnson, D. S., & Coates, T. J. (1991).
Translation coping theory into an
intervention. In J. Eckenrode (Ed.), *The
social context of stress* (pp. 409-416).
New York: Plenum.
- Herth, K. A. (1992). Abbreviated instrument to
measure hope: Development and
psychometric evaluation. *Journal of
Advanced Nursing*, 17(2), 1251-1259.
- Kesselring, K. (1986). Attitude of patients living in
Switzerland about cancer and its treatment.
Cancer Nursing, 9, 77-85.
- Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Jackson, G.,

- Clark, S., Law, J., Howley, M., Bowie, G., Connery, H., & Cross, S. (2008). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(8), 843-850.
- Teri, L., Curtis, J., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. W. (1994). Cognitive-behavior therapy with depressed older adults. In L. S. Schneider, C. F. Reynolds, B. Lebowitz, & A. Friedhoff (Eds.), *Diagnosis and treatment of depression in the elderly: Proceedings of the NIH Consensus Development Conference* (pp. 279-291). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *The world health report 2013: Research for universal health coverage*. Geneva: WHO.