


ผลของโปรแกรมศิลปบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าและควมมีคุณค่าในตนเอง
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า


ยุพาทธ เสือเต่า

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2561
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

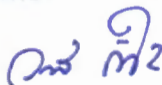
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ยูพาทร์ เตื่อเฒ่า ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิมห์จุกา ชัยเสนา คาลลาส)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ร.อ.หญิงชนิดดา แนบเกษร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


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


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิมห์จุกา ชัยเสนา คาลลาส)


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


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เลิศศิริ บวรกิตติ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย
บูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ ๒๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

56920185: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
 คำสำคัญ: โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม/ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า/ ความมีคุณค่าในตนเอง
 ยูพาธร เลื่อนเต่า: ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าและความมีคุณค่า
 ในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (THE EFFECTS OF GROUP ART THERAPY
 PROGRAM ON DEPRESSION AND SELF-ESTEEM IN OLDER ADULTS WITH
 DEPRESSION) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: จินห์จู่หา ชัยเสนา คาลลาส, Ph.D.,
 ษนัฒดา แนบเกษร, Ph.D. หน้า 115. ปี พ.ศ. 2561.

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่นำไปสู่โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย การดูแล
 ที่สำคัญ คือ การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง และลดภาวะซึมเศร้า การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย
 กึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า
 และความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนที่มี
 คุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 24 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน
 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ
 90-120 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มพัฒนาโดยใช้
 กรอบแนวคิด BOVORNKITI Art Therapy Model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) และแนวคิดความรู้สึก
 มีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น
 และติดตามผล 1 เดือนด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้า และแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง วิเคราะห์
 ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและการทดสอบค่าที (Independent t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวน
 แบบวัดซ้ำ และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และความมีคุณค่าในตนเองในระยะ
 หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติที่ระดับ .001 กลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และความมีคุณค่าในตนเอง
 ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มสามารถลดภาวะซึมเศร้า
 และเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุที่ภาวะซึมเศร้า พยาบาล และบุคลากรในทีม
 สุขภาพอื่น ๆ ที่ปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สามารถนำรูปแบบศิลปะ
 บำบัด การวาดภาพไปใช้กับผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง
 ของผู้สูงอายุ

56920185: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING; M.N.S.
(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

KEYWORDS: GROUP ART THERAPY PROGRAM/ OLDER ADULTS WITH
DEPRESSION/ SELF-ESTEEM.

YUPATHON SAUTAO: THE EFFECTS OF GROUP ART THERAPY PROGRAM
ON DEPRESSION AND SELF-ESTEEM IN OLDER ADULTS WITH DEPRESSION:
ASVISORY COMMITTEE: JINJUTHA CHAISEANA DALLAS, Ph.D., CHANUDDA
NABKASORN, Ph.D. 115 P. 2018.

Older adults with depression tend to be high risk group that might progress to depressive disorder and suicide. The crucial care is enhancing self-esteem and reduce depression. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the program group art therapy on depression and self-esteem in older adults with depression. The sample included twenty-four community-dwelling older adults who met the inclusion criteria and were randomly assigned 12 into the experimental group and 12 into the control group. The experimental group received program group art therapy for 8 sessions, two sessions per week and each session held about 90 to 120 minutes, whereas in the control group received only routine nursing care. This program develops from BOVORNKITI Art Therapy Model and Rosenberg self-esteem concept. The Thai Geriatric depression scale and Rosenberg self-esteem scale was employed to evaluate pre-posttest and one month follow-up. Descriptive statistics, independent *t*-test, two-way repeated measure ANOVA and multiple comparison test by Bonferroni method were employed to analyze the data.

The results showed significant difference of mean scores of depression and self-esteem between the experimental and control group at post-test and 1-month follow-up ($p < .001$). In the experimental group, the mean scores of depression and self-esteem at pre-test, post-test and 1-month follow-up were significantly different ($p < .05$).

The finding showed that this group art therapy had significant effects on depression and self-esteem in older adults with depression. Thus, this program may recommend for nurses and related health professional to apply art therapy with drawing to promote self-esteem in depressive elderly.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตในการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับความมีคุณค่าในตนเอง.....	18
ศิลปะบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและความมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุ.....	23
โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า.....	31
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	40
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	50
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	51
ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าและควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มี ภาวะซึมเศร้า และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและควมมีคุณค่า ในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	53
ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยวิธีบอนเฟอโรนี (Bonferroni).....	55
5 สรุปและอภิปรายผล	61
สรุปผลการวิจัย	61
อภิปรายผลการวิจัย	62
ข้อเสนอแนะ	67
บรรณานุกรม	68
ภาคผนวก.....	79
ภาคผนวก ก.....	80
ภาคผนวก ข.....	82
ภาคผนวก ค.....	91
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	115

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การเปรียบเทียบลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำ	19
2	จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูล ส่วนบุคคล	51
3	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าและควมมีคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	53
4	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง	54
5	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่าง วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	55
6	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	57
7	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	58
8	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยควมมีคุณค่าในตนเอง ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะ ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	60

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
2 ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	48
3 กราฟแสดงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของคะแนน เฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	56
4 กราฟแสดงการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของคะแนน เฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	59

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่ามีความสำคัญ เป็นผู้มีความรู้ความสามารถถึงพร้อม ทั้งคุณวุฒิและวัยวุฒิ เป็นนักปราชญ์มากด้วยประสบการณ์ที่ถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคคลรุ่นหลัง นำไปใช้ประโยชน์กับครอบครัวและสังคมจนเกิดการพัฒนา (สุชาดา ทวีสิทธิ์, 2553) ด้วยผู้สูงอายุ เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จนส่งผลต่อการปรับตัวที่นำไปสู่ความเครียด วิตกกังวล จนเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้มีความรู้สึกมีดমন เหนื่อยหน่าย หดหู่ จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด (อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย, 2554) จากการศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ พบปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่น การศึกษาของ Dhara and Yogesh (2013) ในประเทศอินเดีย พบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มวัยอื่น และผลการวิจัยปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในยุโรปและอเมริกาเหนือพบ ความชุกของภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 19.47 (Volkert, Schulz, Harter, Wlodarczyk, & Andreas, 2013) สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มน่าจะมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 72.3 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.6 (วัลย์พร นันท์สุภวัฒน์, 2552) และงานวิจัยของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ (2554) พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 5.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ Cahoon (2012) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะซึมเศร้า นำไปสู่การฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 16 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะทางจิตใจที่แสดงออก โดยมีอารมณ์ เศร้า ว่าเหว รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เสียใจ ต่ำต้อย กระบวนการคิดอัตโนมัติทางลบเกี่ยวกับตนเอง รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มีความแปรปรวนทางด้านความคิด และอารมณ์ (Sadock & Sadock, 2000; Seligman, 1981; Vacarolis, 2002) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านร่างกาย ด้านทางชีววิทยา และจิตสังคม ด้านร่างกายผู้สูงอายุอยู่ในวัยที่เกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะหลาย ๆ ระบบ เช่น ระบบผิวหนัง กล้ามเนื้อ และกระดูก หลงลืมได้ง่าย คิดช้า มีความเจ็บป่วยทางกาย (ประเสริฐ อัสตันดชัย, 2552; โยชิน ชินวลัญช์, 2559) ส่งผลต่อ

สุขภาพก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความเครียด ผิดหวังต่อตนเอง รู้สึกไร้ค่า จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาพบว่า เหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลงในชีวิตและความรุนแรง ซึ่งหากไม่ได้รับการประคับประคองจากสังคม มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และสุกรีใจ เจริญสุข, 2556) จากการศึกษาาระบบประสาทวิทยาอธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท คือ ซีโรโทนิน (Serotonin) นอร์อีพิเนพรีน (Norepinephrine) และโดปามีน (Dopamine) ลดลงกว่าปกติ ซึ่งสารสื่อประสาทดังกล่าวทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ และความรู้สึกทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Low self-esteem) (มาโนช หล่อตระกูล, 2555; สายฝน เอกวารงกูร, 2553) เมื่ออธิบายปัจจัยทางจิตสังคมของวัยสูงอายุ ทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson (1997) กล่าวถึงพัฒนาการแต่ละช่วงวัยของบุคคล เมื่อบุคคลผ่านไปจนถึงระยะที่ 8 ซึ่งเป็นวัยสูงอายุ (Integrity and despair) ขึ้นความมั่นคงทางใจ และความสิ้นหวังในช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่ง Erikson (1997) อธิบายว่า เมื่อถึงขั้นนี้แล้วบุคคลจะต้องรู้สึกว่าได้กระทำสิ่งต่าง ๆ ที่ควรทำสำเร็จเสร็จสิ้นตามหน้าที่ของตน ตนเองยอมรับทั้งความสำเร็จสมหวังและความผิดหวัง ก็จะบรรลุขั้นพัฒนาการ มีความสุข มั่นคง มีความพอใจ และชื่นชมกับชีวิตตน รู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จ เกิดความสุขสงบทางใจ แต่ถ้าบุคคลไม่สามารถผ่านเข้าสู่พัฒนาการตามวัย ผู้สูงอายุจะรู้สึกท้อแท้ ห่อเหี่ยว สิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนนั้นไม่มีคุณค่า นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; Erikson, 1997) นอกจากนั้นยังพบว่า สาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากประสบการณ์ชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อมุมมองต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต กล่าวคือ หากผู้สูงอายุมีมุมมองต่าง ๆ ดังกล่าวทางลบ จะทำให้ประเมินว่าตนเองบกพร่อง ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า มีแนวโน้มกล่าวโทษตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลงก็ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, Rush, Shaw, & Emery 1979; Beck & Koenig, 1996)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมองหมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง ชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า (อรพรรณ ทองแดง, 2553) จากงานวิจัยของ เรณู อินทร์ตา (2548) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ โดยความมีคุณค่าในตนเองตามมุมมองของ Rosenberg (1965) ได้อธิบายว่า เป็นความคิดความรู้สึกของบุคคลในด้านการยอมรับนับถือตนเอง แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ การตระหนักรู้ในตนเอง (Cognitive self) และการประเมินตนเอง (Evaluative self) โดยอาจมีการประเมินในด้านลบหรือในด้านบวกก็ได้ ซึ่งเป็นการประเมินบุคคลในลักษณะ

เฉพาะด้าน และในภาพรวมทางบวกหลาย ๆ ด้านด้วยกัน เช่น การประเมินตนเองว่า เป็นคนมีความสามารถ มีประโยชน์ มีความน่าเคารพนับถือ ก็ส่งผลให้เกิดความมีคุณค่าในตนเอง ในภาพรวมสูง ซึ่งในทางตรงข้ามเมื่อบุคคลประเมินคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่มีความเชื่อมั่น ไร้ค่า หรือ ไม่มีค่าเพียงพอ ก็จะมีการรับรู้ไม่ดี มีพฤติกรรมและการปรับตัวเบี่ยงเบนไปจากความจริง (Rosenberg, 1981) ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดหู่ หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่ายสิ่งต่าง ๆ รอบตัว แยกตัวเอง มีความรู้สึกสิ้นหวัง ก็ส่งผลนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน (จิตรา โรจน์จรรยาภักดิ์, 2556)

การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีหลายวิธีประกอบไปด้วย การรักษาทางกาย และทางจิตสังคม วิธีการรักษาทางกาย คือ การใช้ยาด้านเศร้า (Antidepressant drugs) และการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy หรือ ECT) ซึ่งมักใช้กับผู้มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง หรือเป็นโรคซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2555) สำหรับการบำบัดทางจิตสังคมอื่น ๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing) (เท็คศักดิ์ เดชคง, 2555) การทำกลุ่มบำบัด (Group psychotherapy) กลุ่มจิตบำบัด แบบประคับประคอง (Supportive group psychotherapy) (Yalom, 1995) การบำบัดการรู้คิด (Cognitive therapy) การบำบัดพฤติกรรมการรู้คิด (Cognitive behavioral therapy) วิธีการบำบัด ตามแนวคิดพิจารณาเหตุผลอารมณ์กับพฤติกรรม (Rational emotive behavioral therapy) ละครอบครัวบำบัด (Family therapy) (สายฝน เอกวรางกูร, 2553) นอกจากนั้นยังมีวิธีการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยวิธีการให้คำปรึกษาตามแนวพุทธธรรม (จุฑามาศ วัฑฒะพันธ์, 2553) รวมถึงอีกวิธีหนึ่งที่น่าสนใจ คือ การใช้ศิลปะบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ศิลปะสามารถใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และบำบัดในผู้สูงอายุได้ เช่น การศึกษาของ ซูวิทย์ รัตนพลแสนย์ (2554) พบว่า ศิลปะบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ และผลการศึกษาของ นฤมล อินทหมื่น (2555) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ร่วมกิจกรรมศิลปะบำบัดมีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Doric-Henry (2004) และ McCaffrey, Liehr, Gregersen, and Nishioka (2011) พบว่า ศิลปะบำบัดเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ศิลปะบำบัด เป็นการบำบัดรักษาทางจิตใจรูปแบบหนึ่งที่ประยุกต์ใช้กิจกรรมทางศิลปะ เพื่อวินิจฉัย ค้นหา และประเมินข้อบกพร่อง ความผิดปกติบางประการทางจิตใจนำไปสู่การบรรเทา หรือปรับสภาพจิตใจให้เข้าสู่สภาพปกติ จากแนวคิดที่ว่า ศิลปะ คือ หนทางแห่งการปลดปล่อย อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ตามความต้องการของแต่ละคน ซึ่งการเลือกใช้ศิลปะบำบัดสามารถใช้ได้หลายวิธีทั้งการวาดภาพ ระบายสี ปั้น ถัก ประดิษฐ์ หรือกระบวนการอื่น ๆ แต่ละรูปแบบของ ชิ้นงานศิลปะ (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา และสมจิตร ไกรศรี, 2551; เลิศศิริร์ บวรภักดิ์, 2553) ช่วงเวลา

ที่ได้ทำกิจกรรมศิลปะร่างกายจะรู้สึกผ่อนคลายจนเกิดความเข้าใจ และรับรู้อารมณ์ต่าง ๆ ของตนเองมากขึ้น รู้สึกสงบ เกิดความสุข (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550) ดังที่ Hass-Cohen and Carr (2008) กล่าวว่า ศิลปะบำบัดเป็นการเชื่อมระหว่างจิตใจและร่างกาย เมื่อได้ทำกิจกรรมศิลปะบำบัด สมองทั้งขวาและซ้ายจะทำงานร่วมกัน ซึ่งสมองซีกขวาจะเด่นด้านอารมณ์ ความสุข สุนทรียภาพ และความประทับใจ สร้างความภาคภูมิใจ และความรู้สึกดีต่อตนเอง เห็นคุณค่าของงานศิลปะ ที่ตนสร้างขึ้นหรือมีการแลกเปลี่ยนชื่นชมผลงานศิลปะ เกิดความเพลิดเพลิน และมีความสุข ในกิจกรรมซึ่ง เจษฎา โชคดำรงสุข (2556) ได้กล่าวว่า ในขณะที่บุคคลมีความสุข ในสมองก็จะหลั่งสารสื่อประสาท คือ ซีโรโทนิน (Serotonin) เป็นสารที่สร้างความสุข สร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ช่วยป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า และหลั่งสารเอ็นโดรฟิน (Endorphin) ซึ่งช่วยให้รู้สึกดี ลดความกังวล ความเจ็บปวด รวมถึงสารโดปามีน (Dopamine) ช่วยให้ผู้รู้สึกสดชื่น กระฉับกระเฉง การจัดกิจกรรมศิลปะในผู้สูงอายุ ได้รับการยอมรับว่าทำให้เสริมสร้างกระบวนการเยียวยาจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ (Price et al., 2007) ขณะที่ศิลปะผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึก นึกคิด รวมทั้งเล่าประสบการณ์ผ่านงานศิลปะ เกิดรับรู้และเข้าใจตนเอง เสริมทักษะ ในการแก้ปัญหา จนนำไปสู่การยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Basting & Killick, 2003; Basting, 2006) ในมุมมองทางการแพทย์ได้เห็นความสำคัญของการใช้ศิลปะ และสุนทรียศาสตร์ (Art & Aesthetic) ในการเยียวยาบุคคล เช่น ทฤษฎีการพยาบาลของวัตสัน ได้ใช้ ศิลปะในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่เข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกัน (Transpersonal caring relationship) บรรยายภาพที่อบอุ่นช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ เข้าใจตนเอง รับรู้ถึงคุณค่า จนเกิดการสอดคล้องของกาย จิต และจิตวิญญาณ จนเกิดกระบวนการเยียวยา (Healing) (Watson, 1999; 2008) ศิลปะจึงเป็นเครื่องมือหนึ่งในการค้นหาปัญหาทางด้านจิตใจ ฟันฟู เยียวยา บำบัดรักษา และเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2552) จากการศึกษาของ คานธีชา บุญยาว (2555) พบว่า กิจกรรมศิลปะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจจากการสร้างผลงานศิลปะ เกิดการยอมรับนับถือตนเอง มีความมั่นใจ และเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (คานธีชา บุญยาว, 2555) เช่นเดียวการศึกษาของ นปภัช กันแพงศรี (2557) พบว่า กิจกรรมศิลปะสามารถช่วยเพิ่มความมีคุณค่าในผู้สูงอายุได้ และการศึกษาการใช้ศิลปะบำบัดร่วมกับกิจกรรมการเดินสวน ช่วยทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ มั่นใจในตนเองเกิดอารมณ์ทางบวก เห็นคุณค่าในตนเอง และลดภาวะซึมเศร้า (McCaffrey et al. 2011) จากการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ศิลปะบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงด้านปัจจัยทางเศรษฐกิจ และสังคมไทยทำให้สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในชุมชนเปลี่ยนแปลงไปด้วย สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน มีเวลา

ให้ผู้สูงอายุน้อยลง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดลง ผู้สูงอายุจึงถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว ดำเนินชีวิตตามลำพัง (มะลิ สูดกลาง, 2547; อรสา ไชยอง และพิรพนธ์ ลีอบุญธวัชชัย, 2554; นภา พวงรอด, 2558) ซึ่งวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด จะมีลักษณะดังกล่าวคือ ผู้สูงอายุมักต้องอยู่บ้าน โดยลำพัง หรือคอยดูแล บ้านเลี้ยงลูกหลาน สมาชิกครอบครัวออกไปทำงาน (สถิติประชากรผู้สูงอายุในอำเภอบ่อไร่, 2559) จากปัจจัยดังกล่าวจึงพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน จากการคัดกรองเพื่อประเมินผลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและปานกลาง จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 2.31 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด (สถิติประชากรผู้สูงอายุในอำเภอบ่อไร่, 2559) ซึ่งในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีกิจกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุ โดยทั่วไป คือ กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ให้ความรู้เรื่องสุขภาพกายและสุขภาพจิต การออกกำลังกาย คัดกรองสุขภาพ ให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมบ้านในกลุ่มสูงวัย สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จะได้รับการคัดกรองการให้สุขภาพจิตศึกษา และการส่งต่อเพื่อพบแพทย์หากอาการไม่ดีขึ้น จากการศึกษาของ สุธานันท์ กัลป์กะ (2557) เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า การให้ การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบทางกายมากกว่าการบำบัดทางด้านจิตสังคม ดังนั้นบทบาทอิสระ (Independent role) ของพยาบาลด้วยการพัฒนากิจกรรมการใช้ศิลปะบำบัดแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการบำบัดหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับมุมมองความคิด จนสามารถมองเห็นคุณค่าในตนเอง จนสามารถปรับตัวอยู่กับการเปลี่ยนแปลงตามวัยอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และควมามีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยควมามีคุณค่าในตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. กลุ่มทดลองมีคะแนนระดับภาวะซึมเศร้า และควมามีคุณค่าในตนเอง ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน

ขอบเขตในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมศิลปบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า และควมามีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 24 คน ในเขตพื้นที่อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 13 แห่ง ผู้วิจัย สุ่มจับฉลากเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลออกมา จำนวน 6 แห่ง โดย 3 แห่งแรก กำหนดให้เป็นกลุ่มทดลอง อีก 3 แห่งเป็นกลุ่มควบคุม ทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Random assignment) โดยการจับฉลากชื่อผู้สูงอายุแบบไม่คืนเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน และเข้ากลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561-เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561

ประกอบด้วยตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมศิลปบำบัดแบบกลุ่ม
2. ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าและควมามีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด ช่วงปี พ.ศ. 2560 ซึ่งคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q)

2 คำถาม และ (9Q) 9 คำถาม เพื่อทำการคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 7-18 คะแนน

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการของความผิดปกติของผู้สูงอายุ ด้านอารมณ์ความรู้สึก ความนึกคิด ด้านพฤติกรรมที่แสดงออกทางลบเกี่ยวกับตนเอง เกิดอาการแสดงต่าง ๆ ได้แก่ จิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง ไม่สนใจกิจกรรม ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]) จำนวน 30 ข้อ โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพของไทย

ความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การรับรู้ต่อตนเองของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง มีความเชื่อและมั่นใจต่อตนเองว่า มีความสำคัญในทางบวกเป็นคนมีคุณค่า ประเมินโดยแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) (Rosenberg Self Esteem Scale [RSES]) ที่แปล และเรียบเรียงโดย วารี กังใจ (2541) ซึ่งแบ่งโครงสร้างด้านอัตมโนภาพ เป็น 2 มิติ คือ การตระหนักรู้ และการประเมินตนเอง

โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการกลุ่มเพื่อจัดกิจกรรมศิลปะบำบัดด้วยการวาดภาพระบายสี ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นการช่วยบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ให้แสดงออกผ่านงานศิลปะ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนากระบวนการ และรูปแบบศิลปะบำบัด ตามแนวคิดการมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) และรูปแบบกระบวนการศิลปะบำบัด BOVORNKITTI Art Therapy Model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) กำหนดกิจกรรมวาดภาพระบายสี 4 ขั้นตอน 8 กิจกรรม จำนวน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละประมาณ 90-120 นาที คือ วันอังคารและวันศุกร์ เวลา 10.00-12.00 น. ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing) ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “วาดภาพอิสระ” และ กิจกรรมที่ 2 “นี่คือตัวฉัน”

สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจและยอมรับ (Accepting and connecting) ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 “วาดภาพอิสระ: ชีวิตที่ผ่าน” และ กิจกรรมที่ 4 “วาดภาพแห่งรอยยิ้ม”

สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 3 แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling) ได้แก่ กิจกรรมที่ 5 “ต้นไม้วิเศษ” และ กิจกรรมที่ 6 “ความภาคภูมิใจ”

สัปดาห์ที่ 4 ขั้นตอนที่ 4 เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing) ได้แก่ กิจกรรมที่ 7 “สายธารชีวิต” และกิจกรรมที่ 8 “ความสุขที่ฉันอยากเป็น”

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้บริการกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไปของกลุ่มวัยสูงอายุ การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และติดตามเยี่ยมบ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการมีคุณค่าของตนเองของ Rosenberg (1965) และรูปแบบกระบวนการศิลปะบำบัด BOVORNKITTI Art Therapy Model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Beck et al. (1979) เกิดจากทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านบวกหรือด้านลบอย่างใดอย่างหนึ่ง กล่าวคือ หากผู้สูงอายุประเมินตนเอง โลกและอนาคต ในด้านบวก ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นผู้มีคุณค่า และเกิดความพอใจในตนเอง แต่หากผู้สูงอายุมีมุมมองตนเองด้านลบ ซึ่งเกิดจากความไม่สมดุลกันของร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุ มีความกังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าลดลงนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และศุภร์ใจ เจริญสุข, 2556; ชนิดดา แนบเกษร, 2549; ภรภัทร เสงอุคมทรัพย์, 2554; Beck et al., 1979)

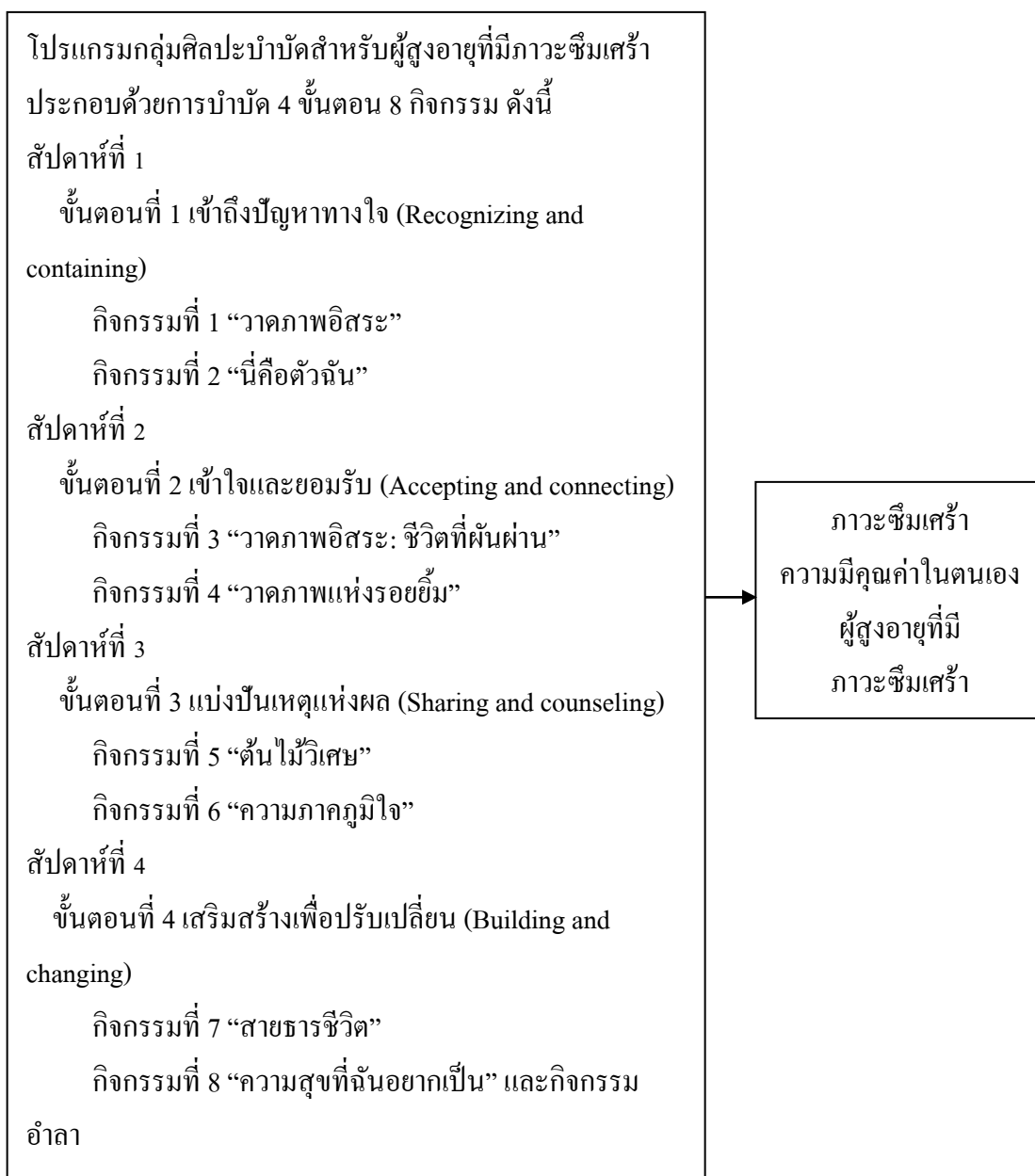
การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุตามมุมมองของ Rosenberg (1965) เชื่อว่าบุคคลจะรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเมื่อเกิดการยอมรับตนเอง และรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองมีความสำคัญ ประกอบด้วย 2 มิติ คือ ตระหนักรู้ในตนเอง (Cognitive self) และการประเมินตนเอง (Evaluative self) ในทิศทางด้านบวก เมื่อผู้สูงอายุเห็นคุณค่าต่อตัวเองตามความจริง (Real self-concept) มีทัศนคติ และความรู้สึกต่อตนว่าเป็นอย่างไร เช่น มีการรับรู้ต่อตนเองทางบวก (Positive self-concept) รู้สึกว่าเป็นผู้มีเกียรติ น่านับถือ ชื่นชม มีความสามารถทัดเทียมกับผู้อื่น เกิดความพอใจต่อตนเอง ก็จะทำให้มีความสุข เห็นคุณค่าในตนเอง แต่หากอึดมโนภาพของผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามอุดมคติ (Ideal self-concept) ที่คาดหวังตามที่ตนเองต้องการ ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ตนเองในทางด้านลบ (Negative self-concept) เช่น ไม่พอใจ มองตนเองไม่ประสบความสำเร็จ ก็จะทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ดังนั้นอึดมโนภาพที่ดีจึงมีความสำคัญ เมื่อผู้สูงอายุเชื่อว่า ตนเองมีความสามารถ นำเคารพนับถือ มีศักยภาพ มีชีวิตชีวา คลายความกังวล เกิดความสมดุลทางด้านจิตใจ จนเกิดอารมณ์ทางบวก และรู้สึกพึงพอใจ และเห็นคุณค่าในตนเองจนภาวะซึมเศร้าลดลง

โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า และความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Rosenberg (1965) และรูปแบบกระบวนการศิลปะบำบัด BOVORNKITTI Art Therapy Model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบำบัด ที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า และเสริมสร้างคุณค่าในตนเองเพราะศิลปะบำบัดจะช่วยให้ผู้สูงอายุ ได้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจที่มีอยู่ในจิตสำนึกออกมาทำงานศิลปะที่เป็นรูปภาพวาด ส่งเสริมให้กำลังใจกัน และเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่ม รับรู้ถึงความสามารถที่ผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ มาได้ รู้สึกชื่นชม นับถือ ภาคภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง และผู้อื่น ซึ่งเป็นการสร้าง

ความรู้สึกลึกทางบวกผ่านงานทำให้ผ่อนคลาย ลดความอึดอัด เกิดอารมณ์ทางบวก มีความสุข จนภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งโปรแกรมศิลปบำบัดแบบกลุ่มนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 8 กิจกรรม จำนวน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง คือ วันอังคารและวันศุกร์ เวลา 10.00-12.00 น. (90-120 นาที) ดังต่อไปนี้ สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing) ได้แก่ กิจกรรม “วาดภาพอิสระ” และ “นี่คือตัวฉัน” สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจยอมรับ (Accepting and connecting) ได้แก่ กิจกรรม “วาดภาพอิสระ: นี่คือ ตัวฉัน” และ “วาดภาพแห่งรอยยิ้ม” เน้นการเชื่อมโยงงานศิลปะกับความคิดในการค้นพบ เข้าใจตนเอง รับรู้ปัญหา ส่งเสริมความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการเผชิญปัญหา สนับสนุนให้มีมุมมองทางบวกต่อตนเอง และเสริมสร้างการเกิดความสุขทางใจ สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 3 แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling) ได้แก่ กิจกรรม “ต้นไม้วิเศษ” และ “ความภาคภูมิใจ” เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันสร้างการเรียนรู้โดยการแบ่งปันปัญหาอารมณ์ความคิดและเหตุผลที่มีอยู่ เพื่อเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหา การยอมรับ เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น และขั้นตอนที่ 4 เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing) ได้แก่ กิจกรรม “สายธารชีวิต” และ “ความสุขฉันอยากเป็น” เน้นการมองเห็นศักยภาพของตนเองในการผ่านพ้นปัญหา เกิดความเชื่อมั่น รับรู้คุณค่าในตนเอง ค้นหาความสุข และเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และกิจกรรมอำลา เพื่อสร้างแนวคิดการเรียนรู้รวบยอดที่ได้จากการร่วมกิจกรรมทั้งหมด สรุป และแสดงผลงานของสมาชิก กรอบแนวคิดการศึกษา ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการใช้โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า และควมามีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าจากตำรา บทความ และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับควมามีคุณค่าในตนเอง
3. ศิลปะบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและควมามีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุ
4. โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

แนวคิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

WHO (2012) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า คือ ความผิดปกติด้านจิตใจที่แสดงออก ในลักษณะของอารมณ์เศร้า ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในสิ่งต่าง ๆ ลดลง พลังงานลดลง รู้สึกผิด ไร้ค่า แบบแผนการกิน และการนอนแปรปรวน สมาธิเสีย มักพบความวิตกกังวลร่วมด้วย อาการเหล่านี้อาจเป็นเรื้อรังหรือกลับเป็นซ้ำ จนทำให้บุคคลเสียความสามารถ ความรับผิดชอบ และการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันหรืออาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

Vacarolis (2002) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า คือ การเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า สิ้นหวัง รู้สึกว่าไม่มีคุณค่า

อรพรรณ ลือบุญวรัชชัย (2554) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า คือ ปฏิกริยาจากการสูญเสีย ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่ อ่อนเพลีย สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ และทำร้ายตนเองในที่สุด

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะที่พบได้ในมนุษย์ทุกเพศ ทุกวัย ซึ่งภาวะซึมเศร้านั้นสามารถเกิดขึ้นได้ และเพิ่มระดับความรุนแรง ภาวะซึมเศร้านอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้วยังอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคม พบภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าในคนปกติ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย จนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติด้านจิตใจที่แสดงออกในลักษณะของอารมณ์ความรู้สึก ความนึกคิด ด้านพฤติกรรมที่แสดงออกทางลบเกี่ยวกับตนเอง เกิดอาการแสดงต่าง ๆ ได้แก่ จิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง พลังงานลดลง รู้สึกผิด และไร้ค่า ไม่สนใจกิจกรรม ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ทำให้เสียความสามารถในความรับผิดชอบ และการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันต่าง ๆ มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัวหรือคิดหมกมุ่นแต่เรื่องของตนเอง ถ้ามีอาการมากอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองได้

ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ผู้มีอาการซึมเศร้าจะมี 2 อาการหลัก และอาการที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (พิชัย อภิรัฐสกุล, 2555; Kennard, 2013)

อาการหลัก

1. มีอารมณ์ซึมเศร้า
2. หมดความสนใจ และความเพลิดเพลินในสิ่งต่าง ๆ

อาการที่เกี่ยวข้อง

3. เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือรับประทานมากกว่าปกติ
4. นอนไม่หลับหรือหลับมาก
5. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
6. ไม่มีสมาธิ
7. เคลื่อนไหวเชื่องช้าหรือกระวนกระวาย พลุ่พลุ่
8. รู้สึกไร้ค่าหรือตำหนิตนเองมากกว่าปกติ
9. คิดเรื่องความตายหรือการฆ่าตัวตาย

สามารถประเมินตามระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นในบุคคลออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

(Kennard, 2013)

1. อารมณ์ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) บุคคลจะมีอาการเล็กน้อย มีอาการหลัก 1 อาการ และอาการที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 4 อาการ มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และประสิทธิภาพการทำงานที่บ้าง เช่น หยุดงานบางครั้ง อาจไม่ต้องรับการรักษา

2. อารมณ์ซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) มีอาการหลักทั้งสองอาการ และพบ 4 อาการที่เกี่ยวข้อง มีผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน การทำงานและกิจกรรมทางสังคมมากขึ้นอย่างชัดเจนจนเป็นปัญหา สมาธิ และความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา ลดน้อยลง จะแสดงออกถึงพฤติกรรมที่บุคคลรู้สึกอย่างนั้น เช่น ไม่อยากดูแลตนเอง มักห่อไห้ล่ คอตก สีหน้าแววตาแสดงออกถึงความเศร้าหมอง

3. อารมณ์ซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) มักพบอาการหลัก และอาการที่เกี่ยวข้อง ไม่สนใจกิจกรรมประจำวันเลย รวมถึงการกิน และการนอน มีอารมณ์เพื่อฝัน หลงผิด ประสาทหลอน การรู้สึกผิดหรือคิดว่าตนควรถูกลงโทษ อาจมีความคิดทำร้ายตนเอง เนื่องจากการหลงผิด

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่งที่ตอบสนองต่อความผิดหวัง ความสูญเสียหรือการถวิลหาสิ่งที่ขาดหายไป เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุข ใจหดหู่หม่นหมอง หดหู่ หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่ายสิ่งต่าง ๆ รอบตัว แยกตัวเอง ซอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่าเป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีอันตรายจากการทำร้ายตนเอง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันมิให้เกิดได้ หากผู้สูงอายุได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือทราบแนวทางที่สำคัญในการหลีกเลี่ยงหรือป้องกัน รวมทั้งทราบ แนวทางการดูแลตนเองเมื่อตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถ ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สายฝน เอกวารงกูร, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย ในผู้สูงอายุ อันส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวปรับใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ได้ จึงมีโอกาสที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้ มากกว่าบุคคลวัยอื่น โดยมี รายงานว่า ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เคยมีประสบการณ์ของการมี ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีอันตรายจากการทำร้ายตนเอง ได้ มีรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2557) จากการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย พบว่า มีอัตราความชุก ร้อยละ 12.78 โดยปัจจัย สาเหตุมาจากปัญหาสุขภาพ ปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและปัญหาทางเศรษฐกิจ (Thongtang, 2002, หน้า 540 อ้างถึงใน บุญราศม์ จิตอารีย์, 2555) จากการศึกษาของ ธรรมนาท เจริญบุญ (2553) ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกของ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 7.7 นอกจากนั้น เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ (2554) ได้ศึกษาความชุกของ ภาวะซึมเศร้าในประชากรผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ พบร้อยละ 5.9 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วลัยพร นันทสุภวัฒน์ (2552) พบว่า ผู้สูงอายุน่าจะมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 72.3 และมีภาวะซึมเศร้า แน่นนอน ร้อยละ 15.6 จะเห็นได้ว่า สถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมาก

อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

Beck et al. (1979) ได้จำแนกอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 4 ด้าน ดังนี้ (Beck, 1976 อ้างถึงใน อรพรรณ ถีอนุชวัชชัย, 2549)

1. อาการแสดงทางด้านร่างกาย (Physical symptoms) โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักมีอาการนอนหลับยาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความรู้สึกทางเพศลดลง มีความเจ็บปวดรุนแรงเฉพาะที่ นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายอาจมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า ซึม ไม่พูดหรือในบางรายอาจมีอาการลูกลี้ลูกกลน นั่งไม่ติด

2. อาการแสดงทางอารมณ์ (Emotional symptoms) มีอารมณ์เศร้าหรือไม่มีความสุข วิตกกังวล อยากร้องไห้ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง รู้สึกไม่มีความหมาย ไร้ค่า หมดหวัง ขาดความสนใจสิ่งแวดลอม แต่ในบางรายอาจแสดงอาการทางอารมณ์ที่ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย

3. อาการทางด้านการรู้คิด (Cognitive symptoms) กระบวนการคิดในแง่ลบ หรือรับรู้ทางลบไม่ตรงกับความเป็นจริง จึงทำให้ความคิดเกี่ยวกับตนเอง อนาคตสังคมเปลี่ยนไปในทางลบ

4. อาการแสดงทางด้านแรงจูงใจ (Volitional symptoms) แรงจูงใจจะมีลักษณะถดถอย แยกตัว สนใจกิจกรรมที่ชอบน้อยลงหรือในบางรายไม่สนใจในกิจกรรมเฉยเมย ซึม คิดหมกมุ่นแต่เรื่องของตนเอง

ปัจจัยเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

กลไกการเกิดภาวะซึมเศร้า สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ หลายทฤษฎี ทั้งที่เกี่ยวข้องทางจิตอารมณ์ และเกี่ยวข้องกับทางร่างกายรวมถึงทฤษฎีการสูงอายุ ได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ กรรมพันธุ์ ปัจจัยทางพันธุกรรม จากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง และการทำงานของสมอง ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (มาโนช หล่อตระกูล, 2555) จากการศึกษาพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าไม่ว่าจะเป็นการศึกษาในครอบครัว (Family studies) พบว่า มีสมาชิกป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากเท่าใด ยิ่งเพิ่มโอกาสที่บุตรนั้นจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้น เช่น หากครอบครัวมีบิดามารดา คนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเป็นถึงร้อยละ 10-25 แต่หากบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้งคู่ โอกาสป่วยของบุตรจะเพิ่มถึง 2 เท่า (Sadock & Sadock, 2000) และจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าพบว่า เกิดจากส่วนความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ผู้สูงอายุซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารไปโอเจนิคเอมีนส์ (Biogenic amines) โดยมีการลดลงของสารสื่อประสาท ได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) นอร์อีพิเนพริน (Norepinephrine) และโดปามีน (Dopamine) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการควบคุมการแสดงอารมณ์ รวมถึงพบความผิดปกติของปริมาณเมทาโบไลต์ เช่น 5-Hydroxyindoleacetic Acid,

Homovanilic Acid และ 3-Methoxy-4-Hydroxyphenyl-Glycol ทั้งในเลือด ในปัสสาวะ และน้ำไขสันหลัง และพบว่า ยารักษาซึมเศร้า ออกฤทธิ์เพิ่มปริมาณสารไบโอเจนิคเอมีนส์บริเวณรอยต่อเซลล์ประสาท (Synapses) และปรับเปลี่ยนความไวของตัวรับสารสื่อประสาทเหล่านี้ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2555; สายฝน เอกวรางกูร, 2553) นอกจากนี้สาเหตุทางร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าเกิดจากโรคทางกายบางอย่าง เช่น ภาวะสมองเสื่อม หลอดเลือดสมองอุดตัน โรคพาร์กินสัน โรคต่อมธัยรอยด์ มะเร็งของตับอ่อน และจากยาบางชนิด เช่น ยารักษาความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร ยาขับปัสสาวะ ยารักษาเมธิล เป็นต้น (อรพรรณ ทองแดง, 2553)

2. ปัจจัยทางจิตวิทยา จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Sigmund Freud และ Karl Abraham ที่กล่าวถึงความรู้สึกโกรธหันเข้าหาตนเอง (Anger turned inward) ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีประสบการณ์ของความเศร้าโศกที่เก็บกดไว้ตั้งแต่วัยเด็ก อาจเนื่องจากการสูญเสียทั้งที่เป็นจริงหรือจินตนาการ และเมื่อบุคคลมีการสูญเสียเกิดขึ้นจะเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย เป็นความขัดแย้งของจิตไร้สำนึกของความต้องการกับแรงผลักดันทำให้บุคคลรู้สึกผิด บาป ลังเล ไม่แน่ใจ มีความรู้สึกกรัก และเกลียดสิ่งที่สูญเสียไป แต่ไม่สามารถโต้ตอบหรือแสดงออกมาได้ จึงเก็บความรู้สึกผิดเอาไว้ เมื่อเขาไม่สามารถทนต่อความรู้สึกผิดได้จะผันความโกรธนั้นเข้าหาตนเอง เหมือนการลงโทษตนเอง เกิดเป็นอารมณ์ซึมเศร้าได้ และจากทฤษฎีทางจิตสังคมของ Erikson (Erikson's theory) กล่าวถึงพัฒนาการผ่านไปในแต่ละช่วงวัยได้สำเร็จจนถึงระยะที่ 8 ได้ บุคคลจะรู้สึกชื่นชมกับชีวิตที่ผ่านมา มีความสุขมั่นคงมีความพอใจในชีวิต รู้สึกว่าตนประสบผลสำเร็จ เกิดความสุขสงบทางใจ สามารถยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ถ้าบุคคลไม่สามารถผ่านเข้าสู่พัฒนาการตามวัยในแต่ละระยะ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะรู้สึกท้อแท้ ห่อเหี่ยว สิ้นหวัง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า

3. ปัจจัยความคิด (Cognitive factor) ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีปัญหาที่กระบวนการคิด จนส่งผลให้ประเมินประสบการณ์ชีวิตหรือพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ไปในทางลบ หรือบิดเบือนจากความจริง Beck et al. (1979) กล่าวว่า ผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจะมีลักษณะการคิด 3 แบบที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า คือ มองตนเอง โลก สิ่งแวดล้อม และอนาคตในทิศทางลบ (Cognitive triad) มักจะมองถึงจุดอ่อนด้อยของตนเอง ขอบวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง และมองโลกในแง่ร้ายมักทำนายสิ่งต่าง ๆ เกินจริง ผู้ที่ซึมเศร้าจะเปราะบางต่อการสูญเสียจะไม่เกิดภาวะโกรธ เพราะคิดว่าตนเองต้องรับผิดชอบ สมควรที่จะถูกดำเนินโดยผู้อื่น บุคคลที่มองตนเองด้านลบ มักจะแยกตัวไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เพราะเขารู้สึกล้มเหลว ขาดพลังงาน และแรงจูงใจ (ชนัดดา แนนเกษร, 2549)

4. ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavioral factors) เชื่อว่า บุคคลมีความสามารถที่จะฝึกฝนในการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ดังนั้นบุคคลไม่ใช่ผู้ที่ไร้พลังในตนเองที่จะถูกควบคุมสิ่งแวดล้อม แต่บุคคลจะมีอิสระที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ที่เขาเลือก แนวคิดเรื่องการเสริมแรง (Reinforcement) เป็นแนวคิดที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยมองว่า ถ้าคนและสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและให้ผลทางบวกก็จะทำให้เกิดการเสริมแรงทางบวก และการให้การเสริมแรงแก่บุคคลที่ไม่เพียงพอ เป็นสิ่งที่นำมาสู่ภาวะซึมเศร้า โดยพบว่า ผู้ที่ประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังซ้ำ ๆ จะก่อให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดความอ้าใจตายอยาก จนนำไปสู่อาการซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

5. ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (Interpersonal and social factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการซึมเศร้านั้นคงอยู่ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา ไยยอง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2554) โดยศึกษาภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี พบปัจจัยทางจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุมิชอบจำกัดในการสร้างสัมพันธภาพ ประสบกับการสูญเสียคู่สมรส เพื่อนฝูงวัยเดียวกัน จึงทำให้แหล่งสนับสนุนทางสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (อรสา ไยยอง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2554) การเกิดสูญเสียสถานภาพทางสังคม ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุษราคัม จิตอารีย์ (2555) พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

สรุปได้ว่า ปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตวิทยาปัจจัยความคิด ปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม เช่น พบปัญหาความสัมพันธ์ไม่ดีภายในครอบครัว และขาดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

แนวทางการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหากได้รับการรักษาจะช่วยให้อาการดีขึ้น จากที่มีอารมณ์เศร้า ร้องไห้บ่อย ๆ ท้อแท้ หมดกำลังใจ รู้สึกไร้ค่า ก็กลับมาดีขึ้นได้ ซึ่งแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. การรักษาทางชีวภาพ (Biological treatment) ได้แก่ การรักษาด้วยยา (Psychopharmacotherapy) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy or ECT) การกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก (Transcranial magnetic stimulation or TMS)

2. การรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant drugs) มักใช้กับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงหรือโรคซึมเศร้า ยาต้านเศร้า แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ Tricyclic Antidepressant [TCAs], Monoamine Oxidase Inhibitor [MAOIs], Selective Serotonin Reuptake Inhibitors [SSRIs] (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555)

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy [ECT]) การรักษาไฟฟ้าเป็นการรักษาทางชีวภาพรูปแบบหนึ่ง โดยการปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปกระตุ้นสมองผ่านทาง Electrode เพื่อปรับสมดุลของระบบสารสื่อประสาทให้เป็นปกติดังเช่น เกิดการลดลงของปริมาณตัวรับ Postsynaptic beta-adrenergic receptors ดังเช่น กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคซึมเศร้าช่วยส่งผลให้อาการดีขึ้น ข้อบ่งชี้สำคัญของการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยไม่รับการตอบสนองด้วยการรักษาด้วยยา ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา รวมถึงเคยมีประวัติตอบสนองต่อการรักษาไฟฟ้าที่ดีในการป่วยที่ผ่านมา (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

4. การกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก (Transcranial Magnetic Stimulation [TMS]) เป็นการรักษาจิตประสาทวิทยาที่กำลังได้รับความสนใจ ซึ่งเป็นนวัตกรรมการรักษาเนื่องจากสนามแม่เหล็กสามารถผ่านเข้าสู่ร่างกายอย่างอิสระเป็นการกระตุ้นสมองที่ไม่เกิดความเจ็บปวด ใช้เครื่องมือพิเศษมีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพที่กำหนดความแรง ความถี่ และจำนวนครั้ง โดยสามารถกำหนดตำแหน่งตัวกระตุ้นด้วยวิธีการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าผ่าน เข้าสู่สมองให้เกิดการชัก ซึ่งผู้รับการรักษาไม่ต้องได้รับการวางยาสลบ จึงเป็นวิธีที่น่าสนใจค่อนข้างปลอดภัย ผลการรักษาที่ดีในภาวะซึมเศร่ายังต้องศึกษาเพิ่มเติมเพื่อการยืนยันประสิทธิผลของการรักษาต่อไป (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และสุชาติ พหลภาคย์, 2549)

5. การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) เป็นการบำบัดสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัด และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้บำบัดจะวิเคราะห์สภาพปัญหา สาเหตุของการเกิดปัญหานั้นร่วมกันเพื่อเกิดการแก้ไขในสิ่งที่เป็นปัญหา ความทุกข์ คับข้องใจ สามารถจัดการปัญหาลดความทุกข์ทรมานในจิตใจซึ่งมีรูปแบบแนวคิดพื้นฐาน และมีวิธีการบำบัดที่แตกต่างกันไป ดังนั้นการบำบัดจะช่วยให้สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะลดอาการซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา หิรัญเทพ และนิตา ลឹมสุวรรณ, 2555) การบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy) (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรมมีการใช้การบำบัดทางจิตสังคมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังการศึกษาของ วังรี แสงสาย (2557) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ของ

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยประยุกต์แนวทางการบำบัด ทางความคิด และพฤติกรรมสำหรับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของ Laidlaw et al. (2003) พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังการได้รับ โปรแกรมบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ และจากการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ปัญญา (2558) พบว่า จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเน้นที่ปัญหาสัมพันธ์ภาพลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณค่าในตนเอง ช่วยให้เกิดแนวทาง และวิธีที่จะมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่นในสังคมได้

สรุปได้ว่า การบำบัดรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีหลากหลายวิธี ได้แก่ การรักษาทางชีวภาพ เช่น การรักษาด้วยยาต้านเศร้า การศึกษาด้วยไฟฟ้า การกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก การบำบัดทางจิตสังคม เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล คือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลง

แนวคิดเกี่ยวกับความมีคุณค่าในตนเอง

ความหมายของความมีคุณค่าในตนเอง

ความมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) บางครั้งจะใช้คำว่า ความนับถือตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเองหรือการประมาณค่าตนเอง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของคำว่า การเห็นคุณค่าในตนเองไว้ดังนี้

Coopersmith (1984 a) กล่าวว่า การมีคุณค่าในตนเองเป็นการที่บุคคลรับรู้ ประเมินแล้วแสดงออกในแง่การยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นขอบเขตความเชื่อต่อความสามารถ เห็นความสำคัญ ความสำเร็จ และการมีคุณค่าในตนเองรวมไปถึงการประเมินของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเองซึ่งสามารถรับรู้จากการแสดงทางคำพูด และที่ไม่ใช่คำพูดที่บุคคลอื่นแสดงต่อเรา

Maslow (1970) กล่าวว่า ความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความปรารถนาของบุคคลที่ต้องการให้บุคคลอื่นยกย่องชมเชย ให้เกียรติ และนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น การทำกิจกรรม การออกสู่สังคม และอาสาสมัคร

ธานี รวยบุญส่ง (2552) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การตัดสินใจเห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับตนเองหรือไม่ยอมรับตนเอง การแสดงขอบเขตความเชื่อต่อความสามารถ คุณค่าที่ดี และพลังอำนาจ เป็นการแสดงทัศนคติที่มีต่อตนเอง

พิมพ์พร อภาภักทรกุล (2553) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกทัศนคติในการประเมินด้านบุคลิกภาพของตนเอง ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นผู้มีคุณค่า มีความสามารถ ความพึงพอใจ ความสำเร็จ ความภาคภูมิใจ และมีประสิทธิภาพในการกระทำสิ่งต่าง ๆ

Rosenberg (1979) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความคิดของตนเอง เกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับในตนเอง นับถือตนเอง และมีความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งการประเมินตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่ง Rosenberg (1965) ทำการศึกษานักเรียนชั้นเด็กเล็กเด็กโตจำนวนมากกว่า 5,000 ราย ผลการศึกษาพบว่า ภูมิหลังและทัศนคติของบิดา มารดา มีผลต่อการมีค่าในตนเองของบุตร และให้ความหมายการเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นความรู้สึกยอมรับนับถือและรับรู้คุณค่าของตนเอง (Self worth)

สรุปได้ว่า ความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ตนเอง (Self-concept) โดยมีทั้งด้านดีหรือไม่ดีที่อยู่ภายในตัวตน ซึ่งจะเกิดจากความเชื่อมั่นภายในและรู้สึกว่าตนเองมีความหมาย มีความสำคัญ เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น ในทางตรงกันข้ามหากบุคลิกขาดสิ่งดังกล่าว จะกลายเป็นคนไม่เห็นคุณค่า และไม่มีความเชื่อมั่นจนส่งผลกระทบต่อตนเองกับคนรอบข้างด้วยนั่นเอง

ลักษณะของความมีคุณค่าในตนเอง

Satir (1991) ได้เปรียบเทียบลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำไว้ดังนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำ

บุคคลที่มีการเห็นค่าในตนเองสูง	บุคคลที่มีการเห็นค่าในตนเองต่ำ
แนวความคิดในการดำเนินชีวิต	แนวความคิดในการดำเนินชีวิต
ฉันสามารถรักตนเองและผู้อื่น	ฉันต้องการเป็นที่รัก
วิธีการดำรงชีวิต	วิธีการดำรงชีวิต
สอดคล้องเหมาะสม	ไม่สอดคล้องเหมาะสม
สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม	มีพฤติกรรมคอยเอาใจคนอื่น ยอมรับคนอื่น
สามารถยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม	ตำหนิผู้อื่น ใช้เหตุผลมากกว่าความรู้สึกหรือการเสแสร้ง ไม่แสดงความรู้สึกภายในใจ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

บุคคลที่มีการเห็นค่าในตนเองสูง	บุคคลที่มีการเห็นค่าในตนเองต่ำ
มีเหตุผล	ไม่ยึดหยุ่น
มีพลังความสามารถ มีความเชื่อมั่น	ตัดสินใจพากษ์วิจารณ์
สามารถเลี้ยวต่อสถานการณ์ใหม่ได้	เก็บอารมณ์ความรู้สึก
เน้นปัจจุบัน	อยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ๆ
ต้องการการเปลี่ยนแปลง	เน้นอดีต
ตระหนักรู้ทางเลือกต่าง ๆ	ไม่ต้องการเปลี่ยนแปลง
ยอมรับความแตกต่างระหว่างตนและบุคคลอื่น	ยอมอยู่ภายใต้อำนาจการควบคุมของ
ซื่อสัตย์ไว้วางใจได้	ครอบครวั
	ใช้กลไกป้องกันตนเอง

ปัจจัยโครงสร้างที่ทำให้บุคคลมีการเห็นค่าในตนเองแตกต่างกัน (Rosenberg, 1979 อ้างถึงใน กชกร ภัททวงศ์, 2542) แบ่งออกเป็น 4 ประการ ดังนี้

1. การประเมินสะท้อนกลับ (Reflected appraisal) หมายถึง การที่บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงหรือต่ำ โดยได้มาจากการรับรู้พฤติกรรมการแสดงออกของคนอื่น ทั้งทางด้านวาจา และปฏิกริยาต่าง ๆ เปรียบเสมือนการมองตัวเองผ่านกระจกเงา เช่น ถ้าผู้อื่นแสดงกริยาอาการในด้านเคารพนับถือชื่นชม เราก็จะมีความเคารพตนเองสูง แต่ถ้าบุคคลนั้นถูกสังคมดูถูก ความเคารพตนเองก็ต่ำลง เป็นต้น ทั้งนี้การประเมินจะมากหรือน้อยก็ขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของผู้ประเมินสะท้อนกลับด้วย เช่น หากผู้ประเมินเป็นผู้มีความน่าเชื่อถือ (Credibility) การประเมินสะท้อนกลับก็จะมีผลต่อการเห็นค่าในตนเองสูง

2. การเปรียบเทียบทางสังคม (Social comparison) หมายถึง การที่บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงหรือต่ำ โดยเกิดจากการเอาตัวเองไปเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น หากบุคคลที่ถูกเปรียบเทียบมีสถานะต่ำกว่า ก็จะทำให้เห็นค่าในตนเองสูงขึ้น

3. การแสดงบทบาท (Role play) หมายถึง การที่บุคคลมีการเห็นค่าในตนเองสูงหรือต่ำ โดยได้มาจากผลที่ตามมาจากการกระทำของบุคคลนั่นเอง

4. การแบ่งแยกทางสังคม (Social discrimination) หมายถึง การที่บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง หรือต่ำ โดยได้มาจากกำหนดคุณค่าของสังคมที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น

กล่าวสรุปว่า การรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นผลที่บุคคลได้เกิดการรับรู้ และพิจารณามองถึงผลที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นเรื่องประสบการณ์ ความสำเร็จ ความล้มเหลว โดยประเมินสิ่งต่าง ๆ จากรอบตัวเรา หากบุคคลเห็นคุณค่ากับสิ่งที่เกิดขึ้นก็จะเรียกว่าเป็นผู้ที่ ประสบผลสำเร็จในชีวิต ตามที่สังคมคาดหวัง และเป็นส่วนที่สะท้อนให้เห็นเกิดจากการยอมรับยกย่องและชื่นชม

ความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

Rosenberg (1981) กล่าวว่า ความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ คือ ความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านการยอมรับนับถือตนเอง โดยอาจมีการประเมินตนเอง ในด้านลบหรือในด้านบวก เช่น การประเมินตนเองว่าเป็นบุคคลมีความสามารถ มีประโยชน์ มีความน่าเคารพนับถือ ส่งผลให้การมีคุณค่าในตนเองในภาพรวมสูง การที่บุคคลมีความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีพฤติกรรมและการปรับตัวไม่ดี ไม่มีความเชื่อมั่น มองตนเองไร้ค่าหรือไม่มีค่า เพียงพอ มีการรับรู้ไม่ดี และเบี่ยงเบนไปจากความจริงแบ่งเป็น 2 มิติ (Rosenberg, 1965) ดังนี้

มิติที่ 1 การตระหนักรู้ในตนเอง (Cognitive self) คือ ความรับรู้ ความเข้าใจของตนเอง ต่อสถานภาพภายในสังคมที่อาศัยหรือเป็นสมาชิกอยู่ ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง เช่น พ่อ แม่ ครู ลูก เป็นต้น บทบาทหน้าที่จากสังคมนี้ทำให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นใคร บุคคลอื่นเป็นใคร และมีความแตกต่างกันอย่างไร การรับรู้นี้นำไปสู่อัตมโนภาพของบุคคล โดยความคิดเกี่ยวกับตนเอง ที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับการประเมินของบุคคล

มิติที่ 2 การประเมินตนเอง (Evaluative self) เป็นการอธิบายตนเองของบุคคล ซึ่งได้มาจากการที่บุคคลนำตนเองไปประเมินกับสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่นเพื่อที่จะทำให้บุคคลรู้ว่า เขามีคุณค่า การมีคุณค่าในตนเองส่งเสริมการรับรู้ ตระหนักรู้ในตนเอง เกิดความสามารถ ในการประเมินตนเอง และนำไปสู่ยอมรับตนตามความจริง (Real self-concept) มีทัศนคติ และความรู้สึกต่อตนเองเป็นอย่างไร เช่น ยอมรับปัจจุบันในสิ่งที่เกิดขึ้นได้ จะทำให้ผู้สูงอายุ มีความสุขภาคภูมิใจ มองว่าสามารถทำอะไรได้ เช่น ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ เลี้ยงหลาน การทำ ประโยชน์ต่าง ๆ เป็นต้น ทำให้พึงพอใจในตนเอง และมองเห็นคุณค่าแห่งตนสูง แต่หากอัตมโนภาพ ของผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามอุดมคติ (Ideal self-concept) ที่คาดหวังตามที่ตนเองต้องการ ก็รู้สึกต่อ ตนเองในทิศทางลบ เช่น รู้สึกไม่พอใจ ไม่ประสบความสำเร็จ ก็จะทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งการประเมินต่อการรับรู้ มีทั้งทางด้านบวกและลบ หากผู้สูงอายุรับรู้ทางด้านลบ (Negative self-concept) มีอัตมโนภาพไม่ดีต่อตนเอง จะมีความรู้สึกคิดต่อตนเองในทางร้าย เช่น คิดว่าตนไม่ดี เป็นคนโง่ ไม่ประสบความสำเร็จ ไม่มีคุณค่า แต่ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ต่อตนเองทางบวก (Positive self-concept) มีอัตมโนภาพที่ดีต่อความรู้สึกของตนเองทางด้านดี เช่น เชื่อว่าตนเองมีความสามารถ

นำเคารพนับถือมีศักยภาพ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีค่า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาการรับรู้ความมีคุณค่า ในตนเองของผู้สูงอายุ เกิดจากปัจจัยภายในตนเองและภายนอก ปัจจัยภายในตนเองดังการศึกษาของ ประภัสสร วงษ์ศรี (2553); นิลวรรณ ศิวภุขพงษ์ (2554) พบว่า ผู้สูงอายุมิภาพลักษณ์ ที่ดีต่อตนเอง มองอดีตไปในทางบวก มีความรู้สึกดีเป็นสุขเมื่อนึกถึงเรื่องต่าง ๆ ที่ผ่านมาในอดีต และผู้สูงอายุรับรู้ถึงความดีในตนเองว่า ตนเองเป็นคนมีคุณธรรม เสียสละ มีปัญญา มีวุฒิภาวะสงบ เป็นบุคคลที่ได้สั่งสมประสบการณ์ความรู้ สามารถใช้เพื่อถ่ายทอดแก่คนรุ่นหลัง ผู้สูงอายุ มีปรารถนาที่จะประสบความสำเร็จ คือ เกิดความปิติ เกิดความเชื่อมั่น มีความรู้สึกยอมรับในตนเอง เรียนรู้มองสิ่งต่าง ๆ ในแง่ดี มีความคิด ความสามารถ ศักยภาพ และมีความเชื่อมั่นในการต่อสู้กับปัญหาจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับและภาคภูมิใจ จากการศึกษาของ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ (2554) พบว่า ผู้สูงอายุอาจพบปัญหาสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ ความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด น้อยใจ รู้สึกไม่มีประโยชน์ เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่มีคุณค่า และจากการศึกษาของ สุธรรม นันทมงคลชัย, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์ และอาภาพร เผ่าวัฒนา (2553); สุพรรณษา แสงพระจันทร์ (2559) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความรัก ดูแลซึ่งกันและกัน แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการเงิน สิ่งของ และการได้รับการยอมรับจากภายนอก ชีวิตมีศักดิ์ศรี ได้รับการยกย่องให้เป็นผู้นำ เป็นที่รักที่นำภูมิใจ ทำสิ่งต่าง ๆ ให้สังคมอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวม และสร้างคน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพใจที่ดี นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Atchley (1976 อ้างถึงใน ธัญพร พรหมจันทร์, 2556) กล่าวว่า สาเหตุที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการสูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนี้

1. ร่างกายมีความเสื่อมสภาพลงและประสิทธิภาพในการทำงานของทุกระบบในร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ เป็นการสูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเองด้านภาพลักษณ์แห่งตน (Self-image)
2. การที่ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ระมัดระวังการกระทำ หวาดระแวง และมีการพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น
3. การสูญเสียการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อมภายนอก การที่ตนเองไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ ช่วยตนเองได้น้อยลง ส่งผลให้การดูแลป้องกันตนเองลดลง ความเสื่อมถอยจะส่งผลกระทบต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

ในการประเมินความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุนั้น ประเมินจากความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อตนเอง และทัศนคติ การกระทำของสังคมที่มีต่อตนมี 2 วิธี คือ การประเมินพฤติกรรม

ของผู้ถูกวัดโดยบุคคลอื่น และการประเมินโดยผู้ถูกวัดเป็นผู้ประเมินด้วยตนเองซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความถูกต้องมากกว่า มีแบบสำรวจที่สร้างขึ้นมา เช่น

1. คุณค่าในตนเองตนเองของ Rosenberg (1965) ที่แปล คัดแปลง และเรียบเรียงโดย วารี กังใจ (2541) ลักษณะเครื่องมือ มาตรการวัดแบบเรียงอันดับ (Ordinal rating scale) แบบ 5 มาตรา (1, 2, 3, 4, 5) ประกอบด้วย ข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้สูงอายุมีต่อตนเอง จำนวน 10 ข้อ

2. แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984 b) มีการพัฒนา มาเรื่อย ๆ ตั้งแต่เด็กเรียนฉบับสั้น และมาเป็นฉบับผู้ใหญ่ แบบประเมินทั้ง 2 ฉบับ สามารถวัด ในสิ่งเดียวกันได้ ในฉบับผู้ใหญ่ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย นาดยา วงศ์เหล็กภัย (2532) เป็นการประเมินความรู้สึกทางบวก และทางลบรวม 25 ข้อ ประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่า ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านทั่วไป ด้านสังคม และด้านครอบครัว

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือแบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเอง ของ Rosenberg (1965) เป็นแบบประเมินการตัดสินใจของตนเองตามความรู้สึก และทัศนคติที่มี ต่อตนเอง เกี่ยวกับความพึงพอใจในตนเอง การรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีประโยชน์ต่อครอบครัวและผู้อื่น มีความสามารถในการพึ่งตนเอง มีจำนวน 10 ข้อ

กล่าวโดยสรุปความมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุ มีความสำคัญอย่างมากในการสร้าง เจตคติที่ดีให้เกิดขึ้นกับตนเอง มีความเชื่อมั่น และมีความรู้สึที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ตลอดจน สามารถปรับตัวทางอารมณ์ สังคม เผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ พร้อมทั้งสามารถ ยอมรับเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ใจ ได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดความเชื่อมั่น ในตนเอง ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้เป็นคนมองโลกในแง่ร้าย อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิดง่าย การดำเนินชีวิต เป็นไปอย่างยากลำบาก การขาดความมั่นใจจะส่งผลทำให้คนรอบข้างขาดความสงบสุขไปด้วย สำหรับผู้สูงอายุความมีคุณค่ามีโอกาสเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาของสถานการณ์ สภาพสถานะ และเวลาขณะนั้นด้วยอายุที่เพิ่มขึ้นเพราะร่างกายเข้าสู่วัยเสื่อม ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบ ต่าง ๆ ในร่างกายเกิดการเสื่อมถอยของเซลล์โครงสร้างร่างกาย และระดับฮอร์โมนของร่างกาย ก็เปลี่ยนแปลงด้วย นอกจากนี้บทบาททางสังคมด้านสัมพันธภาพก็ลดลง

ศิลปะบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและความมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุ

ความหมายศิลปะบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายของศิลปะบำบัดไว้ดังนี้

สมาคมศิลปะบำบัดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Art Therapy Association, 2013 a)

ให้ความหมายของคำว่า ศิลปะบำบัด คือ การใช้ศิลปะในการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยใช้ประโยชน์จากกระบวนการ และผลิตภัณฑ์เพื่อการตอบสนองจากผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาการ ความสามารถ บุคลิกภาพ ความสนใจ ความกังวล และความขัดแย้งในตนเอง ศิลปะบำบัดไม่ได้เพียงแค่เยียวยาด้านจิตใจเท่านั้น แต่สามารถใช้ได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัยที่มีปัญหาในการแสดงออกส่วนบุคคล

ทวิตส์คี สิริรัตน์เลขา (2550) ให้ความหมายศิลปะบำบัด คือ การบำบัดรักษาทางจิตเวช รูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมที่ใช้กิจกรรมทางศิลปะเพื่อค้นหาข้อบกพร่อง ความผิดปกติบางประการ ของกระบวนการทางจิตใจ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินทางจิตวิทยา เพื่อเปิดประตูเข้าสู่จิตใจ ในระดับจิตไร้สำนึก และเลือกให้กิจกรรมทางศิลปะที่เหมาะสมช่วยในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้น

Edith (1977 อ้างถึงใน เลิศศิริ บวรกิตติ, 2552) ให้ความหมายว่า ศิลปะบำบัด คือ การใช้ศิลปะเป็นสื่อสะท้อนถึงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ตลอดจนพื้นฐานทางวัฒนธรรมและจิตใจของผู้ที่รังสรรค์ศิลปะชิ้นนั้นขึ้นมา ดังนั้นในทางการแพทย์ โดยเฉพาะด้านจิตวิทยาและจิตเวช จึงได้นำศิลปะมาเป็นเครื่องช่วยในการตรวจวินิจฉัยผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ นอกจากนี้ ศิลปะอีกหลายแขนงได้ถูกนำมาใช้ในการบำบัดรักษาที่เรียกว่า “ศิลปะบำบัด” อื่น ๆ ศิลปะที่ผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจแสดงออกถึงความขัดแย้งในจิตใจ ความต้องการ ความหวัง ความผิดพลาดในชีวิต หรือบางครั้งอาจแสดงถึงสิ่งที่อยู่ในจิตใต้สำนึกออกมา ทำให้นักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์นำมาใช้เป็นแนวทางในการรักษารวมทั้งใช้ดูการพัฒนาของการบำบัดรักษาได้

สรุปได้ว่า ศิลปะบำบัด (Art therapy) คือ การบำบัดรักษาทางจิตเวชรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมใช้กิจกรรมทางศิลปะมาใช้ เพื่อค้นหาความบกพร่องผิดปกติบางประการของกระบวนการทางจิตใจ โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินทางจิตวิทยา เพื่อเปิดประตูเข้าสู่จิตใจในระดับจิตไร้สำนึก และเลือกใช้กิจกรรมศิลปะที่เหมาะสมช่วยในการบำบัดรักษา ฟื้นฟูให้ดีขึ้น

ความสำคัญของศิลปะบำบัด

ศิลปะบำบัด (Art therapy) ไม่ใช่ศาสตร์แขนงใหม่ พบว่า มีประวัติการพัฒนามายาวนานพอสมควร เมื่อย้อนกลับไปในอดีต ปี พ.ศ. 2403 Florence Nightingale ได้เขียนไว้ในบันทึกการพยาบาลว่า “ดอกไม้สีสดใส และศิลปะอันงดงามจะช่วยฟื้นฟูคนไข้ให้หายเร็วขึ้น” ตั้งแต่นั้น พ.ศ. 2406 เป็นต้นมา จิตแพทย์เริ่มให้ความสนใจกับผลงานทางศิลปะที่ผู้ป่วยทางจิตสร้างสรรค์ขึ้นมา และเริ่มประยุกต์ใช้ศิลปะบำบัดเข้าร่วมกับการรักษาแบบดั้งเดิมในช่วงเวลาเดียวกัน เริ่มสังเกตว่า การแสดงออกทางศิลปะของเด็กมีส่วนเกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางอารมณ์ และการรับรู้ และเริ่มมีการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบต่อมา (ทวิตส์คี สิริรัตน์เลขา และสมจิตร

ไกรศรี, 2551) มีคำนิยามที่หลากหลายตามแนวคิดต่าง ๆ โดยทั่วไปมีรากฐานมาจากแนวคิดดั้งเดิม 2 แนวคิดหลัก คือ แนวคิด “Art as therapy” ของ Edith Kramer ที่ศิลปะเป็นการบำบัดในตัวเอง และแนวคิด “Art therapy” ของแพทย์หญิง Margaret Naumburg ที่ศิลปะเป็นเครื่องมือในการทำจิตบำบัด ซึ่งปัจจุบันทั้ง 2 แนวคิดนี้ก็ได้นำมาผสมผสานกันอย่างลงตัวพอสมควร (ชลิดา รัชตะพงษ์ธร, 2554)

ศิลปะบำบัดเป็นจิตบำบัดอีกทางเลือกที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิต และคนทั่วไปที่ต้องการค้นหาตนเองหรือเพิ่มเสริมพลังทางจิตใจในทางปฏิบัติศิลปะมีหลายรูปแบบ โดยไม่มีกระบวนการหรือรูปแบบที่ตายตัว แต่จะขึ้นอยู่กับความต้องการในแต่ละกรณีและขึ้นอยู่กับขีดความสามารถและวัยของผู้ป่วย กระบวนการบำบัดจึงขึ้นอยู่กับการที่ผู้รับบริการ ได้สื่อสารถ่ายทอดกับนักบำบัด โดยการแสดงออกเชิงภาษาสัญลักษณ์ในงานศิลปะสร้างสรรค์ที่สะท้อนประสบการณ์และความนึกคิด ช่วยให้สำนึกเข้าไปมปัญหาภายในจิตใจได้ด้วยตนเอง จนสามารถปรับอารมณ์ความรู้สึกและสร้างพลังเชิงบวกได้ จากแนวคิดที่ว่า ศิลปะบำบัด เป็นเวชปฏิบัติที่ใช้ศิลปะ วัสดุ จินตภาพ กระบวนการสร้างสรรค์ และการตอบสนองจากผู้ป่วย หรือผู้รับบริการต่อผลผลิตที่รังสรรค์ ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อน จากพัฒนาการของปัจเจกบุคคล ด้านความสามารถ บุคลิกภาพ ความสนใจ ความกังวล และความขัดแย้ง เพื่อนำไปสู่การบรรเทาอาการหรือปรับสภาพจิตใจให้สู่ภาวะปกติ ปฏิบัติการศิลปะบำบัดต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ ด้านพัฒนาการของมนุษย์ และทฤษฎีด้านจิตวิทยา เพื่อดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบในการประเมิน และการบำบัดรักษาด้านจิตพลวัต การปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ ซึ่งรวมถึงวิธีบำบัดใกล้เคียงอารมณ์ ขัดแย้ง เสริมสร้างความตระหนักตน พัฒนาทักษะด้านสังคม ปรับพฤติกรรม แก้ปัญหา ลดความวิตกกังวล ช่วยปรับแนวคิดสู่ความเป็นจริงและเพิ่มความภูมิใจในตนเอง (เลิศศิริ บวรกิตติ, 2553)

ศิลปะตามแนวคิดการพยาบาลของ Watson (1999) ได้พัฒนาทฤษฎี/ ศาสตร์แห่งการดูแลมนุษย์ด้วยแรงจูงใจที่จะแสดงสถานะภาพของวิชาชีพการพยาบาลให้มี ความชัดเจน แยกความแตกต่างได้จากการเป็นลูกมือของแพทย์กับการเป็นพยาบาล วัตถุประสงค์การหาคำตอบ และคำอธิบาย ที่แสดงให้เห็นว่าความเป็นมนุษย์ของผู้เจ็บป่วยคือสิ่งที่พยาบาลควรให้ความสำคัญ มิใช่มุ่งให้ความสนใจแต่โรคหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคและความเจ็บป่วยเท่านั้น วัตถุประสงค์ว่าไว้ว่า แม้ว่าเรา (พยาบาล) จะทำหน้าที่ซ่อมแซมบุคคลและโรค ได้ดีเพียงใดก็ตาม แต่จงระลึกไว้เสมอว่าเราไม่ใช่ช่างยนต์หรือนักเทคนิค (Watson, 1999) การพยาบาลดูแลเป็นการช่วยให้มนุษย์รู้จักตนเอง ควบคุมและเยียวยาตนเองได้ เป็นการช่วยให้มนุษย์เกิดความกลมกลืนกันของกาย-ใจ-จิตวิญญาณ ไม่ว่าสถานการณ์ภายนอกจะเป็นอย่างไรก็ตาม วัตถุประสงค์ยืนยันว่าการใช้หลักวิทยาศาสตร์

ดั้งเดิมหรือศาสตร์ที่เชื่อในวัตถุวิสัย การทำนาย ควบคุมหรือการเปรียบเทียบ (Conventional science) ในการทำงานกับมนุษย์นั้นจะไม่ช่วยให้มนุษย์ได้ค้นพบ และรู้จักตนเองอย่างแท้จริง เพราะวิธีการที่ใช้นั้นไม่สามารถเข้าถึงประสบการณ์เชิงลึกของมนุษย์หรือเข้าถึงความเป็นมนุษย์ได้ เช่น ประสบการณ์ของความเจ็บปวด ความทุกข์ ความกลัว ความรัก ความบันเทิงใจ และอื่น ๆ อีกมากมาย นั่นคือ มนุษย์จะต้องใช้วิธีการบอกเล่าเรื่องราว การแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก ใช้ศิลปะแทนคำพูดหรือเรื่องราว เพื่อแสดงประสบการณ์เหล่านี้ออกมา ให้พยาบาลได้รับรู้ หรือเพื่อเผยความเป็นมนุษย์คนหนึ่งที่ตัวตนอยู่บน โลกเดียวกัน ความคิดเห็นของวัตสันได้รับการยืนยันจากการพัฒนาความเข้าใจใหม่ในความรู้ที่ใช้ในวงการเวชศาสตร์ เป็นความเข้าใจมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากแนวคิดการบำบัดเสริม ที่ใช้หลากหลายวิธีการที่ใช้ทั้งศาสตร์และศิลปะ เพื่อการเยียวยา และพัฒนาจิตวิญญาณของมนุษย์ การอภิปรายของ วัตสัน เน้นที่การใช้ศิลปะด้วยความเชื่อว่าศิลปะช่วยให้เราเห็น-รู้-เข้าใจ การเปลี่ยนแปลงของเรา (เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านในที่ละเอียด ไม่ใช่แค่เปลี่ยนแปลงที่หยาบ เช่น เปลี่ยนจากวันหนึ่งสู่วันหนึ่ง เปลี่ยนบทบาท เป็นต้น) ช่วยให้เรามองเห็น แง่มุมของความจริงที่เกิดขึ้น วัตสันจึงอ้างว่าการดูแลหรือการเยียวยาคนนั้นจำเป็นต้องหาวิธีพัฒนาองค์ความรู้ วิธีปฏิบัติ และวิจัยที่เป็นการบูรณาการศาสตร์ที่เข้าถึงความเป็นมนุษย์ และศิลปะหรือแง่มุมของมนุษย์ (สายใจ พัวพันธ์, 2548; Watson, 2008)

ศิลปะบำบัด เป็นรูปแบบหนึ่งของการแพทย์เสริมและทางเลือก (Complementary and alternative medicine) ที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนำมาเสริมในการดูแลรักษาแนวทางหลัก ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการประสานงานกันเป็นทีมระหว่างนักศิลปะบำบัด แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่ใช่รูปแบบการบำบัดรักษาที่สามารถแยกเป็นอิสระได้ ต้องทำไปควบคู่กัน ในปัจจุบัน ศิลปะบำบัดเริ่มมีการขยายตัวเป็นทางเลือกใหม่ในการบำบัดรักษา และได้รับความสนใจมากขึ้นในสังคมไทย มีนักวิชาการ นักบำบัด ที่ไปฝึกอบรมหลักสูตรศิลปะบำบัด ในต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น มีการนำมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายขึ้น และเตรียมพัฒนาเป็นหลักสูตรการเรียนการสอนด้านศิลปะบำบัดในระดับอุดมศึกษา (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา และสมจิตร ไกรศรี, 2551)

รูปแบบของศิลปะบำบัด

รูปแบบของศิลปะบำบัดประกอบด้วย รูปแบบกิจกรรมทางศิลปะที่มีความหลากหลาย ซึ่งได้ครอบคลุมถึงดังนี้ (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550)

1. ทักษะศิลป์ (Visual) ได้แก่ การวาด ระบายสี การปั้น การแกะสลัก การถัก การทอ การประดิษฐ์ ฯลฯ
2. ดนตรี (Music) ได้แก่ การเล่นดนตรี ร้องเพลง และกิจกรรมทางดนตรี

3. การแสดง (Drama) ได้แก่ การแสดง การละคร และการเคลื่อนไหวร่างกาย
วรรณกรรม (Literature) ได้แก่ บทกวี นิยาย เรื่องสั้น ฯลฯ

ศิลปะบำบัดมีรูปแบบแตกต่างกันไปในผู้รับการบำบัดของแต่ละคนที่มีสภาพปัญหาแตกต่างกัน เทคนิคที่ใช้ เช่น ปั้นดิน วาดภาพ ระบายสี ถักทอ กิจกรรมทางดนตรี เล่นละคร หรือบทบาทสมมุติ โดยนักศิลปะบำบัดจะพิจารณาเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล การเลือกใช้สื่อ วัสดุ อุปกรณ์ และรูปแบบหลากหลายเหล่านี้ เพื่อเป็นทางเลือกที่จะระบายความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจตนเอง และจัดการกับความรู้สึกได้ตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละคน

ศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม (Group art therapy)

Rubin and Rubin (2005) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์การจัดกลุ่มสำหรับศิลปะบำบัดไว้ดังนี้

1. ส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง (Self awareness) ให้ผู้รับการบำบัดสามารถแสดงความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ผ่านทางกระบวนการทางศิลปะได้อิสระในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และไว้วางใจ
2. ส่งเสริมการมองคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)
3. สนับสนุนให้ได้ระบายความคับข้องใจ ความเครียด เพื่อผ่อนคลายอารมณ์ต่าง ๆ ที่มีอยู่ในจิตใจได้อย่างอิสระโดยไม่มีการตำหนิ ขอมรับในสิ่งที่ผู้รับการบำบัด โดยไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์หรือลงโทษ เด็กสามารถใช้ศิลปะเป็นเครื่องมือในการแสดงออกถึงความปรารถนา ความกลัว ความคับข้องใจ ความวิตกกังวล
4. ฝึกฝนทักษะทางสังคม การสื่อสารที่ถูกต้อง ให้ผู้รับการบำบัดสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนได้เหมาะสม สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้
5. ส่งเสริมการยอมรับซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้ที่จะฟัง และแสดงออกทางความรู้สึกโดยอิสระ เรียนรู้ที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น
6. ฝึกฝนทักษะต่าง ๆ เช่น การมองเห็น การฟัง การเคลื่อนไหว ได้อย่างเหมาะสมในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
7. ฝึกฝนทักษะการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ
8. การได้บื้อนกลับทางบวก การเสริมแรงจากกลุ่ม ช่วยเสริมสร้างทักษะในการประสบความสำเร็จ
9. เสริมสร้างการไว้วางใจผู้อื่น สามารถเปิดเผยตัวตนที่แท้จริงได้อย่างเป็นอิสระ

10. ผลงานศิลปะต้องเปิดโอกาสให้ได้พบความสามารถพิเศษที่มีอยู่ในตนเองให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้รับประสบการณ์ที่ดี (Rubin & Rubin 2005; Larose, 1987 อ้างถึงใน ภากรดี กำภู ณ อยุธยา, 2550)

Liebmann (2004) ได้กล่าวถึง ข้อดี และข้อเสียของศิลปะบำบัดสำหรับกลุ่มไว้ดังนี้
ข้อดี

1. ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มให้การสนับสนุนการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สามารถรับรู้ผลป้อนกลับจากสมาชิกคนอื่นในกลุ่มได้
2. ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้บทบาทหรือพฤติกรรมจากการเห็นพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม ซึ่งบทบาทที่เหมาะสมจะได้รับการสนับสนุนและการเสริมแรง
3. ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเรียนรู้ทักษะทางสังคม ให้สมาชิกในกลุ่มไม่ต้องรู้สึกกดดันมากเกินไป เมื่อเทียบกับการบำบัดแบบรายบุคคล
4. ช่วยให้สมาชิกในกลุ่ม ๆ ในเวลาเดียวกันได้รับการยอมรับจากผู้อื่น
5. ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า และสามารถบำบัดได้พร้อม ๆ กันหลายคนในคราวเดียวกัน
6. ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนสามารถมีส่วนร่วมในกลุ่มได้ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับสมาชิกที่ค่อนข้างเก็บตัวหรือไม่ค่อยพูด
7. ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกถึงความเท่าเทียมกัน ทุกคนสามารถมีส่วนร่วมในกลุ่มได้ในเวลาเดียวกันสมาชิกในกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกันสามารถร่วมกลุ่มศิลปะบำบัดกลุ่มเดียวกันได้
8. ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มสามารถทำงานศิลปะร่วมกันได้ ซึ่งเป็นการฝึกการทำงานร่วมกับผู้อื่น

ข้อเสีย

1. เนื่องจากมีผู้เข้าร่วมกลุ่มจำนวนมาก อาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงได้
2. ต้องการวัสดุอุปกรณ์ และสถานที่มาก และยุ่งยากในการจัดการ
3. การให้ความสนใจกับสมาชิกในกลุ่มแต่ละคนจะทำได้น้อยกว่าศิลปะบำบัดแบบรายบุคคล

4. สมาชิกในกลุ่มอาจใช้กลุ่มในการหลีกเลี่ยงหรือหลบซ่อน ไม่เปิดเผยตัวได้
 5. สมาชิกในกลุ่มอาจมีการเปรียบเทียบกันด้วยทักษะความสามารถที่แตกต่าง
- ขั้นตอนของการทำกลุ่มบำบัด**

ศิลปะบำบัดเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้มีโอกาสสร้างสรรค์งานศิลปะพร้อมกับสมาชิกในกลุ่ม ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้กับสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม จึงมีความเหมาะสมสำหรับ

บุคคลที่มีความต้องการ การยอมรับ และสนับสนุนฝึกฝนทักษะทางสังคม เช่น เด็กที่ยังขาดทักษะทางสังคม หรือในเด็กที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Waller, 1993) ศิลปะบำบัด โดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มแบบเปิด (Closed group) ลักษณะเป็นสมาชิกกลุ่มเดิม ไม่มีการรับสมาชิกเข้ามาใหม่เพิ่ม
2. กลุ่มแบบเปิด (Opened group) เป็นการทำกลุ่มบำบัดที่มีการเปลี่ยนแปลงสมาชิกในแต่ละครั้งได้ เช่น ระหว่างทำกลุ่มอาจมีสมาชิกเข้าใหม่ และสมาชิกเก่าออกไปแล้วกลับเข้ามาใหม่ กระบวนการกลุ่มดำเนินต่อไป

ภัทรารักษ์ ทุ่งป็นคำ (2551) กล่าวว่า ขนาดของกลุ่มบำบัด ควรมีสมาชิกประมาณ 8-12 คน ระยะเวลาในการทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที และความถี่ของการทำกลุ่มสามารถทำตั้งแต่ 1-5 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการทำกลุ่มบำบัดแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ (Pre-orientation phase) การเตรียมผู้รับการบำบัด
2. ขั้นเริ่มกลุ่ม (Orientation phase) ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก
3. ขั้นดำเนินการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน (Working phase) ผู้บำบัดจะเป็นผู้กำหนดประเด็นในการสนทนาแล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึก
4. ขั้นปิดกลุ่ม (Termination phase) เป็นระยะที่สมาชิกแสดงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม ระบายความรู้สึกร่วมกัน ผู้บำบัดต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพกลุ่ม

BOVORNKITI Art Therapy Model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) เป็นรูปแบบการทำศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่มีกระบวนการ และรูปแบบที่ตายตัว แต่ต้องมีการวางแผนการบำบัดให้เหมาะกับลักษณะ “แบบรายบุคคลหรือกลุ่มบุคคล” ซึ่งต้องอาศัยการประเมินก่อนการให้การบำบัด เพื่อคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมสำหรับศิลปะบำบัดซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพของการบำบัด ดังนั้นในกระบวนการทำจิตบำบัดด้วยศิลปะจึงเหมาะกับบุคคล ทุกเพศ ทุกวัย ที่ต้องการรับบริการศิลปะบำบัด โดยนักศิลปะบำบัด (Art therapist) เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ (To facilitate) ผู้รับบริการศิลปะบำบัด (Patient) มุ่งเน้นกระบวนการและผลลัพธ์ทางจิตวิทยา 4 ขั้นตอน ด้วยการทำงานศิลปะ และจิตบำบัด มีรายละเอียดดังนี้

1. เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing) ในขั้นนี้จะเน้นการทำงานศิลปะที่แสดงอารมณ์ ความนึกคิด และการสำรวจตัวตน

2. เข้าใจยอมรับ (Accepting and connecting) ในขั้นนี้จะเน้นการเชื่อมโยงงานศิลปะ กับความคิด โดยเฉพาะทฤษฎีสัญลักษณ์ภาพของ Carl Jung และการค้นพบตัวตนเข้าใจ และรับรู้ ปัญหา

3. แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling) ในขั้นนี้จะเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างกัน สร้างการรับรู้โดยการแบ่งปันปัญหาอารมณ์ความคิด และเหตุผลที่มีอยู่เพื่อเข้าใจ จิตสำนึกคน

4. เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing) ในขั้นนี้จะเน้นการเสริมสร้าง แนวคิดและการรับรู้เชิงบวก อาจมีการปรับพฤติกรรมและพัฒนาทักษะการคิดหรือสติปัญญา เพื่อการเปลี่ยนแปลงสู่สภาพจิตปกติที่มีความสมดุลและมั่นคง โดยหลังจากที่ให้ความช่วยเหลือ ผู้ที่มารับบริการศิลปะบำบัดด้วยศิลปะบำบัดแบบ 4 ขั้นนี้แล้ว นักศิลปะบำบัดควรสรุปบันทึก การสังเกตและอาจใช้แบบวัดที่เหมาะสมกับพฤติกรรม อารมณ์หรือข้อบกพร่องทางจิตของผู้รับบริการเพื่อตรวจสอบผลสัมฤทธิ์การเปลี่ยนแปลง

จากการทบทวนวรรณกรรมการใช้ศิลปะบำบัดกับภาวะซึมเศร้า และควมมีคุณค่า ในตนเอง พบว่า การใช้ศิลปะกลุ่มบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ เช่น การวิจัยของ Doric-Henry (1995); Perry (2004) พบว่า ศิลปะบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ การศึกษาของ ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์ (2554) เรื่องผลการใช้ศิลปะบำบัด ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า พบว่า ภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุลดลงหลังเข้าร่วมศิลปะบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ นฤมล อินทหมื่น (2555) เรื่องผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์ พัฒนาการจัดการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณณ์ เชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังการได้รับศิลปะบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ.01 ขวัญฤทัย อิ่มสมโภช (2549) ศึกษาผลของศิลปะเพื่อการบำบัดต่อการเพิ่มการเห็น คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้าน บางแค พบว่า หลัง การทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการศึกษาวิจัยของ คานธิชา บุญยาว (2555) พบว่า ศิลปะบำบัดสามารถเพิ่มควมมีคุณค่าในตนเอง ในผู้สูงอายุ แต่ละช่วงวัยได้ ดังนั้น ศิลปะจึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่น่าสนใจ นำมาใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อได้รับบำบัด ความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจในตนเอง เกิดสัมพันธภาพเชื่อมโยงบุคคลอื่น และเป็นหัวใจสำคัญ

ของการพัฒนาทางด้านจิตสังคม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีกับผู้สูงอายุ ผลการศึกษาที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า ศิลปะบำบัดสามารถนำไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มควมมีคุณค่าในตนเอง ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของกลุ่มศิลปะบำบัดต่อภาวะซึมเศร้า และควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) และรูปแบบกระบวนการศิลปะบำบัด BOVORNKITI Art Therapy Model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) ซึ่ง Rosenberg กล่าวว่า การที่บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงหรือต่ำได้มาจากกำหนดคุณค่าของสังคมที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น โดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างอัตมโนภาพ (Self-concept) แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ 1) การตระหนักรู้ในตนเอง (Cognitive self) เป็นการรับรู้ความเข้าใจที่มีต่อตนเอง คือ รู้บทบาทสถานภาพภายในสังคมที่บุคคลหรือเป็นสมาชิกนั้นอาศัยอยู่ ซึ่งแต่ละบุคคลมีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง เช่น การเป็นบิดา มารดา บุตร เป็นต้น ลักษณะที่บุคคลได้จากสังคมสามารถทำให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นใคร บุคคลอื่นเป็นใคร และมีความแตกต่างกันอย่างไร การรับรู้นี้นำไปสู่อัตมโนภาพของบุคคล โดยความคิดเกี่ยวกับตนเองที่เกิดขึ้น ไม่เกี่ยวข้องกับการประเมินของบุคคล และ 2) การประเมินตนเอง (Evaluative self) เป็นการอธิบายตนเองของบุคคลซึ่งได้มาจากการที่บุคคลนำตนเองไปประเมินกับสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่นเพื่อที่จะทำให้บุคคลรู้ว่าเขามีคุณค่าดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง หมายถึง ผู้สูงอายู้สึกว่าตนเป็นผู้มีเกียรติ มีคุณค่า มีความพอใจในตนเอง ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ นั้นหมายถึงขาดการเคารพตนเอง (Self-respect) คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความพึงพอใจในตนเอง มีความรู้สึกที่ตนเองด้อย ไม่ทัดเทียมกับผู้อื่น ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ การเกิดความน้อยใจ ท้อ สิ้นหวัง และอารมณ์ซึมเศร้าได้

ศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม คือ การวาดภาพเป็นสื่อสะท้อนถึงความรู้สึกนึกคิดอารมณ์ ตลอดจนพื้นฐานวัฒนธรรมของผู้รังสรรค์ศิลปะชิ้นนั้นขึ้นมา ศิลปะช่วยแสดงออกถึงความขัดแย้งในจิตใจ ความต้องการ ความหวัง ความผิดพลาดในชีวิต โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมบำบัดจะได้รับการส่งเสริมให้ได้ระบายความรู้สึกนึกคิด การร่วมเข้าใจความรู้สึกของกันและกัน การชื่นชมความสำเร็จของชิ้นงานศิลปะ รวมถึงการรับรู้ความสุขจากภาพ สี และกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน ในบรรยากาศ จนเกิดการเยียวยาจิตใจตนเอง รับรู้ถึงควมมีคุณค่าจนส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ประยุกต์ใช้รูปแบบกระบวนการศิลปะบำบัด BOVORNKITI Art Therapy Model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559)

โดยกำหนดเป็นศิลปะด้านการวาดภาพ ระบายสี กลุ่มศิลปะบำบัดถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิดออกมา เป็นภาพวาด ได้ระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันในกลุ่ม จนพัฒนาเป็นความรู้สึกด้านบวกต่อตนเอง ความภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (วันอังคาร และศุกร์ เวลา 10.00-12.00 น.) ครั้งละประมาณ 90-120 นาที ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing)

กิจกรรมที่ 1 “วาดภาพอิสระ” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสีต่อกัน ร่วมกันในกลุ่ม อย่างอิสระ ประกอบด้วย วาดเส้นต่าง ๆ ต่อกันอย่างอิสระภายในกลุ่มใหญ่ และให้แบ่ง 2 กลุ่มย่อย วาดภาพระบายสีเป็นเรื่องราวต่อกันภายในกลุ่ม

วัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจระหว่างสมาชิกกลุ่ม ร่วมสร้าง กฎกติกาหรือข้อตกลงในการทำกลุ่มศิลปะบำบัดร่วมกัน และสร้างความคุ้นเคยกับอุปกรณ์ ในการวาดภาพ

กิจกรรมที่ 2 “นี่คือตัวฉัน” เป็นกิจกรรมวาดภาพคน ที่มีลักษณะสัญลักษณ์เป็นตัว บ่งบอกว่าเป็น ตัวเอง

วัตถุประสงค์เพื่อประเมินและสำรวจตนเอง และเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจและยอมรับ (Accepting and connecting)

กิจกรรมที่ 3 “วาดภาพอิสระ: ชีวิตที่ผ่านพ้น” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสี อย่างอิสระปลดปล่อยอารมณ์ เชื่อมโยงงานศิลปะกับความคิดที่ตนเองมีอยู่

วัตถุประสงค์เพื่อเข้าใจตนเอง และส่งเสริมความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ในการเผชิญปัญหา

กิจกรรมที่ 4 “วาดภาพแห่งรอยยิ้ม” กำหนดให้ผู้สูงอายุวาดภาพสัญลักษณ์เชิงบวก ที่แทนความสุขทางจิตใจ สนับสนุนให้มองเห็นตนเองในด้านดี โดยให้ผู้สูงอายุวาดภาพรอยยิ้ม ของตนเอง และให้ตั้งชื่อรูปภาพหลังจากวาดเสร็จ

วัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการเกิดความสุขทางใจ และสนับสนุนให้สมาชิก มีมุมมองต่อตนเองในทางบวก

ขั้นตอนที่ 3 แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling)

กิจกรรมที่ 5 “ต้นไม้วิเศษ” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสี และคิดประเด็นไม่จำกัด

วัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่สร้างความสุข และความทุกข์ระหว่าง สมาชิกในกลุ่ม และเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหา ปรับมุมมองเชิงบวกให้กับตนเอง

กิจกรรมที่ 6 “ความภาคภูมิใจ” เป็นกิจกรรมวาดภาพ ความภาคภูมิใจ ประทับใจ
ในชีวิต

วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการยอมรับ ความภาคภูมิใจในตนเอง และการเห็นคุณค่า
ในตนเองและผู้อื่น

ขั้นตอนที่ 4 เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing)

กิจกรรมที่ 7 “สายธารชีวิต” เป็นกิจกรรมวาดภาพสายธารน้ำที่ออกกลางบ่งบอกเรื่องราว
ช่วงชีวิตหนึ่งของผู้สูงอายุที่อยากจะเล่าถ่ายทอดออกมาอย่างอิสระ

วัตถุประสงค์เพื่อมองเห็นศักยภาพของตนเองในการผ่านพ้นปัญหา เกิดความเชื่อมั่น
และรับรู้คุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 8 “ความสุขที่ฉันอยากเป็น” ให้ผู้สูงอายุวาดภาพเป้าหมายในการดำเนินชีวิต
ภาพความสุขที่ทำให้มีรอยยิ้ม มองคาดการณ์กับอนาคตไปข้างหน้า (Looking forward)
เป็นความสุขในมุมมองที่น่าสนใจ และสามารถทำได้จริง ร่วมกับการจัดกิจกรรมอาลา

วัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความสุขและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต สร้างแนวคิด
การเรียนรู้รวบยอดที่ได้จากการร่วมกิจกรรมทั้งหมดและสรุปผลงานของสมาชิก

สรุป ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นอย่างมาก
ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัว อันนำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเองที่ลดลงจนเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็น
สาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นคุณลักษณะที่สำคัญ
ในการส่งเสริมด้านความคิด ความรู้สึกรักของผู้สูงอายุในการยอมรับนับถือตนเอง ประเมินตนเอง
ในทางบวก ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลง ผู้วิจัยจึงบูรณาการ โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัด
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965)
และรูปแบบกระบวนการศิลปะบำบัด BOVORNKITI Art Therapy Model (เลิศศิริ์ บวรกิตติ,
2559) ซึ่งผู้วิจัยมุ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่า โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม ๆ จะเป็นอีกทางเลือก
ที่สามารถเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง ลดระดับภาวะซึมเศร้า และทำให้ผู้สูงอายุสามารถ
ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการวัดในระยะก่อน-หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post test and follow-up design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมศิลปบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า และควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด โดยเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า และควมมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมศิลปบำบัดแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอบ่อไร่ ในจังหวัดตราด ที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2560 และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (คะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 7-18 คะแนน)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอบ่อไร่ ในจังหวัดตราด ที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2560 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (คะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 7-18 คะแนน) สมัครใจ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 24 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) 2 คำถาม โดยพบอย่างน้อย 1 ข้อ และคำถาม (9Q) 9 คำถาม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 7-18 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง)
2. เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depression disorders) และรับการรักษาอาการซึมเศร้า

3. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ทำแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE) มีคะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป

3. สม่ักรใจและยินดีเข้าร่วมในการทดลอง สามารถจับดินสอ พู่กัน จีดเขียนได้

4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดคุยโต้ตอบรู้เรื่องไม่มีปัญหาด้านร่างกายหรือจิตใจ และเป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย

5. ไม่เคยเข้าร่วมการวิจัยโดยใช้ศิลปะมาก่อน

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ

1. มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรงหรืออาการทางจิตเฉียบพลันจนก่อให้เกิดปัญหาต่อกระบวนการบำบัด

2. เข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มๆ ไม่ครบ 8 ครั้ง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณค่าความต่างของผล (Effect size) จากสูตรของ (Glass, 1976 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตินรากร (2553) จากงานวิจัยของ บุศรา สุขสวัสดิ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และชนัดดา แนบเกษร (2560) เรื่อง “ผลของ โปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า มาคำนวณ

$$\text{Effect size (d)} = \frac{\bar{X}_e - \bar{X}_c}{SD_c}$$

โดย \bar{X}_e = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

\bar{X}_c = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_c = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

$$\text{แทนค่า Effect size (d)} = \frac{8.42 - 11.67}{3.75} = \frac{3.25}{3.75} = .87$$

คำนวณได้ค่า Effect size ที่มีเท่ากับ 0.87 จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่เท่ากับ .80 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power test) เท่ากับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ระดับ .05 เปิดตาราง Matrix Table Statistical Power Table ของ Kraemer and Thieman (1987 cited in Burn & Grove, 2005) แบบการทดสอบ One-tailed test ได้ขนาด

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 คน ผู้วิจัยคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างขณะดำเนินการวิจัย (Drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 24 คน เป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างหรือการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอป่าไร่ จังหวัดตราด ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ซึ่งคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) 2 คำถาม (9Q) 9 คำถาม ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง จำนวน 2,985 คน พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง คือ มีคะแนนอยู่ในช่วง 7-18 คะแนน และไม่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวนทั้งสิ้น 109 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการจับรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 แห่ง และทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random assignment) โดยกำหนดให้การจับฉลากครั้งที่ 1-3 เป็นกลุ่มทดลอง และครั้งที่ 4-6 เป็นกลุ่มควบคุม

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในกลุ่มทดลอง มีดังนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองแอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะนาว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแพบ ได้ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 22 คน ผู้วิจัยจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุแบบไม่ใส่คืน จำนวน 12 คน เป็นกลุ่มทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุม มีดังนี้คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหมื่นด่าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช้างทูน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปะอา ได้ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 24 คน จับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุแบบไม่ใส่คืน จำนวน 12 คน เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองในรูปแบบของศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า และควมามีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q ประกอบด้วย

1.1.1 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q (2 คำถาม) ของ กรมสุขภาพจิต เป็นแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ที่พัฒนาโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ (2549) พบว่า มีความไวสูง ร้อยละ 97.38 ความจำเพาะต่ำ ร้อยละ 45.6 ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Positive likelihood ratio) เท่ากับ 1.74 แต่ถ้าทั้งสองข้อตอบว่า “ใช่” จะเพิ่มความจำเพาะสูงขึ้นถึงร้อยละ 85.1% ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Positive likelihood ratio) เท่ากับ 4.82 เท่า ลักษณะของแบบคัดกรองเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาประกอบด้วย 2 คำถาม

1.1.2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินความรุนแรง อาการโรคซึมเศร้าที่พัฒนาโดย ทรณินทร์ กองสุข และคณะ (2549) โดยการทำ Receiver operating characteristic curve analysis = 0.9283 คือ 7 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวสูง ร้อยละ 75.6 ความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า = 11.41 เท่า มีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย มีจำนวน 9 ข้อ คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อ มี 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีเลย (คะแนน = 0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน = 1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน = 2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน = 3) โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน จากนั้นแปลผลตามตารางแปลผลโดยเน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งคะแนนการแปลดังนี้

< 7 คะแนน	ไม่มีอาการโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12 คะแนน	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย
13-18 คะแนน	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง
≥ 19 คะแนน	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

1.2 แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination [TMSE]) พัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536) ประกอบด้วย กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตแพทย์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา จำนวน 29 ท่าน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย ร่วมกันพัฒนาโดยแบบทดสอบนี้มีคะแนนรวม 30 คะแนน แบ่งคะแนนย่อยออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้สถานที่ (Orientation) 6 คะแนน การจดจำ (Registration) 3 คะแนน ความใส่ใจ (Attention) 5 คะแนน การคำนวณ (Calculation) 3 คะแนน การใช้ภาษา (Language) 10 คะแนน และการระลึกได้ (Recall) 3 คะแนน ได้มีการนำแบบทดสอบไปทำการศึกษากับประชากรผู้สูงอายุชาวไทยอายุ 60-70 ปี ที่ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ได้ติดสารเสพติด หรือยากล่อมประสาทใด จำนวน 180 คน ทั่วประเทศ (ภาคเหนือ 22 ราย ภาคใต้ 20 ราย

และภาคกลาง 138 ราย) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการทดสอบสภาพสมองของไทยในผู้สูงอายุได้เท่ากับ 27.38 ($SD = 2.02$) คะแนน กำหนดเกณฑ์ปกติของคะแนนรวมของการทดสอบนี้ต้องได้คะแนนสูงกว่า 23 คะแนน (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การพักอาศัย ระดับการศึกษา การทำงาน รายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุ

2.2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]) แบบวัดนี้พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยได้รวบรวมกลุ่มบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วทั้งประเทศไทย ลักษณะของแบบวัดภาวะซึมเศร้านี้เป็นการตอบแบบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 275 ราย (เพศชาย 121 ราย และเพศหญิง 154 ราย) พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นในเพศหญิง เท่ากับ .94 เพศชาย เท่ากับ .91 โดยมีความเชื่อมั่นรวม เท่ากับ .93 แบบวัดมีข้อคำถาม 30 ข้อ มีลักษณะของข้อคำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม มีข้อคำถามเชิงบวก (Positive) จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 0 คะแนน ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ (Negative) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28 ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนนถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 0 คะแนน

การแปลผล

0-12	คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุปกติ (ซึ่งเป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย)
13-18	คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression)
19-24	คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression)
25-30	คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression)

2.3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ วารี กังใจ (2541) ที่ได้แปลเรียบเรียงและดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) (Rosenberg Self Esteem Scale [RSES]) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ คือ 1, 3, 5, 8, 10 คำถามที่มีความหมายทางลบ 5 ข้อ คือ 2, 4, 6, 7, 9 แบบสอบถามจะมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน โดยข้อที่เป็นคำถามด้านลบ จะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิต 5 ลำดับ

ให้คะแนนจาก 1 = ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย ถึง 5 = รู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา ข้อความด้านบน จะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนทั้งหมด คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 10 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 50 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ดังนี้

ท่านไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย	คือ	เมื่อท่านเองไม่เคยรู้สึกตรงตามข้อนั้นเลย
ท่านรู้สึกเช่นนั้นน้อยมาก	คือ	เมื่อท่านเองรู้สึกตรงตามข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือน้อยครั้ง
ท่านรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง	คือ	เมื่อท่านเองรู้สึกตรงตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง
ท่านรู้สึกเช่นนั้นบ่อยครั้ง	คือ	เมื่อท่านเองรู้สึกตรงตามข้อความนั้นอยู่บ่อยครั้ง
ท่านรู้สึกเช่นนั้นเกือบหมด	คือ	เมื่อท่านเองรู้สึกตรงตามข้อความนั้น ๆ เกือบตลอดเวลา

การให้คะแนนแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีทั้งข้อความที่เป็นไปได้ ในด้านบวก และด้านลบ การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับข้อความนั้น ๆ ดังนี้

ระดับความเห็น	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
	คะแนน	คะแนน
ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย	1	5
ไม่รู้สึกเช่นนั้นน้อยมาก	2	4
รู้สึกเช่นนั้นบางครั้ง	3	3
รู้สึกเช่นนั้นบ่อยครั้ง	4	2
รู้สึกเช่นนั้นเกือบหมด	5	1

แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองชุดนี้ ได้รับการตรวจสอบค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้และรับการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีเนื้อหาของแบบวัดนี้มีข้อความที่เข้าใจง่าย คำถามมีความชัดเจน เนื้อหามีความครอบคลุม และเหมาะสมในการวัดกับผู้สูงอายุ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มๆ ตามแนวคิด การมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) และรูปแบบกระบวนการ ศิลปะบำบัด BOVONKITI Art Therapy Model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) การตั้งคำถามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นต่อประเด็นของกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing)

กิจกรรมที่ 1 “วาดภาพอิสระ” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสีต่อกัน ร่วมกันในกลุ่ม อย่างอิสระ

กิจกรรมที่ 2 “นี่คือตัวฉัน” เป็นกิจกรรมวาดภาพคนที่มีลักษณะสัญลักษณ์ เป็นตัวบ่งบอกว่า คือ ตัวเอง

ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจและยอมรับ (Accepting and connecting)

กิจกรรมที่ 3 “วาดภาพอิสระ: ชีวิตที่ผันผ่าน” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสี อย่างอิสระปลดปล่อยอารมณ์ เชื่อมโยงงานศิลปะกับความคิดที่ตนเองมีอยู่

กิจกรรมที่ 4 “วาดภาพแห่งรอยยิ้ม” กำหนดให้ผู้สูงอายุวาดภาพสัญลักษณ์เชิงบวก ที่แทนความสุขทางจิตใจ สนับสนุนให้มองเห็นตนเองในด้านดี โดยให้ผู้สูงอายุวาดภาพรอยยิ้ม ของตนเองและให้ตั้งชื่อรูปภาพหลังจากวาดเสร็จ

ขั้นตอนที่ 3 แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling)

กิจกรรมที่ 5 “ต้นไม้วิเศษ” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสี และติดปะต้นไม้จำลอง

กิจกรรมที่ 6 “ความภาคภูมิใจ” เป็นกิจกรรมวาดภาพ ความภาคภูมิใจ ประทับใจ ในชีวิต

ขั้นตอนที่ 4 เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing)

กิจกรรมที่ 7 “สายธารชีวิต” เป็นกิจกรรมวาดภาพสายธารน้ำสีออกกลางบ่งบอกเรื่องราว ช่วงชีวิตหนึ่งของผู้สูงอายุที่อยากจะเล่าถ่ายทอดออกมาอย่างอิสระ

กิจกรรมที่ 8 “ความสุขที่ฉันอยากเป็น” ให้ผู้สูงอายุวาดภาพเป้าหมายในการดำเนิน ชีวิต ภาพความสุขที่ทำให้มีรอยยิ้ม มองคาดการณ์กับอนาคตไปข้างหน้า (Looking forward) เป็นความสุข ในมุมมองที่น่าสนใจ และสามารถทำได้จริงร่วมกับการจัดกิจกรรมอำลา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมศิลปะบำบัด แบบกลุ่มฯ ที่ได้พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ประจำคณะศิลปกรรมศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญด้านศิลปะบำบัด 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ผู้วิจัยพิจารณาความถูกต้องของ เนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของรูปแบบและขั้นตอน กิจกรรม ตลอดจนความเหมาะสมของระยะเวลา และสื่ออุปกรณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุง แก้ไขภายใต้ความดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ (Try-out) กับ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 5 คน เพื่อประเมิน ประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ และนำประสบการณ์การทดลองใช้โปรแกรมฯ มาปรับปรุงแก้ไข

ภายใต้ความดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาให้มีความเหมาะสมเพื่อนำไปดำเนินการทดลองจริงกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]) และแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแนวคิดของ Rosenberg (1965) (Rosenberg Self Esteem Scale [SES]) ที่แปลและเรียบเรียงโดย วารี กังใจ (2541) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และไม่ได้คัดแปลงเนื้อหาแต่อย่างใดไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในอำเภอไร่ จังหวัดตราด ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และ .91 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้หมายเลข 02-12-2560

2. พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยในวันเก็บข้อมูล โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลทราบ อธิบายการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างเป็นสิ่งสำคัญ คือ การให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ทุกคนยังคงอยู่ภายใต้การดูแลและความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มตัวอย่างสามารถ ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยที่ไม่ต้องใส่ชื่อและนามสกุลจริงแต่ใช้รหัสแทนแบบสัมภาษณ์ของแต่ละคนที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วถูกเก็บไว้ในซองกระดาษอย่างมิดชิด ในส่วนที่บันทึกในคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก ใช้เฉพาะส่วนตัวซึ่งมีรหัสในการเข้าถึงข้อมูลและจะทำลายข้อมูลหลังจากการวิจัยสำเร็จการศึกษาและผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยประการใด ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบข้อสงสัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ในส่วนของการเสนอข้อมูลในรายงานการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่มีการระบุถึงผู้ตอบแบบสัมภาษณ์คนใดคนหนึ่งเป็นการเฉพาะเจาะจงและนำผลที่ได้มาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยินดี

ให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

3. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมฯ ไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนิน โปรแกรม เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ตามความสนใจ

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ขั้นการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในการทำโปรแกรมศิลปะบำบัด และทักษะการใช้ศิลปะเป็นสื่อในการเล่าเรื่อง

1.1 เรียนการบำบัดด้วยศิลปะ ในรายวิชา 106665 การดูแลมนุษย์ในการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และเรียนประวัติความเป็นมาของศิลปะบำบัดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องศิลปะบำบัดกับผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เลิศศิริร์ บวรกิตติ คณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 4 ชั่วโมง และเรียนกับผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี จำนวน 21 ชั่วโมง

1.2 เรียน และฝึกการใช้ศิลปะบำบัดกับผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 15 ชั่วโมง

1.3 ประสบการณ์การฝึกงานการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาล พุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งใช้ศิลปะบำบัดกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ารายบุคคล จำนวน 16 ชั่วโมง และติดตามเยี่ยมบ้าน และบำบัดผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าที่บ้านโดยใช้ศิลปะบำบัด ในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 16 ชั่วโมง กับ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 16 ชั่วโมง

1.4 อบรมศิลปะบำบัด Art therapy การใช้ศิลปะกับผู้เชี่ยวชาญวิทยากรชาวญี่ปุ่น อาจารย์ Fujii นักจัดศิลปะและผลิตสื่อให้กับเด็กจาก Kodomo Mirai Kenkyujyo และ Counselor ด้านเด็กและครอบครัว จากศูนย์ที่ปรึกษาสำหรับเด็กและครอบครัว จากประเทศญี่ปุ่น ที่ฮิวแมน

เซ็นเตอร์ กรุงเทพฯ วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 8 ชั่วโมง

1.5 ฝึกปฏิบัติศิลปะวิถีสู่ปัญญาภายใน (Insight artistry) กับผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์ญาดา สันติสุขสกุล นักจัดกระบวนการ สถาบันขวัญเมือง และอาจารย์จักรา วีรกุล ศิลปินผู้ฝึกไฟ การเจริญสติ บัณฑิตจากนาโรปที่บ้านขวัญเอย พระราม 2 กรุงเทพฯ วันที่ 18-19 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 14 ชั่วโมง

1.6 อบรมการใช้ศิลปะบำบัด “โครงการจุดเล็กเล็ก เล็งเห็นคุณค่าของคนทำงาน แต่สังคม” เรียนวิธีการใช้กระบวนการเรียนรู้ผ่านสื่อศิลปะ โดยผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์ญาดา สันติสุขสกุล วิทยากรกระบวนการในสถาบันขวัญเมือง มูลนิธิสังคมวิวัฒน์ สถานที่อบรม คณะศิลปกรรมมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ท่าพระจันทร์ กรุงเทพฯ วันที่ 11-12 มิถุนายน พ.ศ. 2559 จำนวน 14 ชั่วโมง

2. ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอขอพิจารณาจริยธรรมต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติพิจารณาให้ดำเนินการวิจัย ภายหลังจากการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์ หมายเลข 2-12-2560

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยนำรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง พบใส่กล่องทึบแสง จับฉลากแบบไม่คืนที่ จำนวน 6 แห่ง จากนั้นทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Random assignment) โดยนำรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จับฉลาก ได้ ใส่ลงในกล่องทึบแสง แล้วทำการจับฉลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืนที่ กำหนดให้การจับฉลากครั้งที่ 1-3 เป็นกลุ่มทดลอง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคลองแอง บ้านมะนาว และบ้านหนองแพบ) จากนั้นจับฉลากครั้งที่ 4-6 เป็นกลุ่มควบคุม (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหมื่นดำน บ้านช้างทูน และบ้านปะอา)

4. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะ คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พร้อมกับแบบรายงานผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เข้าพบและเสนอหนังสือ ขออนุญาตฯ ต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 6 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. นำรายชื่อผู้สูงอายุที่มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า 7-18 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับ เล็กน้อย-ปานกลาง) และไม่มีภาวะสมองเสื่อม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลุ่มทดลอง นำรายชื่อพบใส่กล่องทึบ จับฉลากรายชื่อแบบไม่คืนที่ จำนวน 12 คน เข้าเป็นกลุ่มทดลอง และตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุที่มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า 7-18 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับ เล็กน้อย-ปานกลาง) และไม่มีภาวะสมองเสื่อม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลุ่มควบคุม นำรายชื่อพบใส่กล่องทึบ จับฉลากรายชื่อแบบไม่คืนที่ จำนวน 12 คน เป็นกลุ่มควบคุม

6. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนทำกิจกรรม 1 สัปดาห์ โดยแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยการร่วม โปรแกรม การเก็บข้อมูล และนัดหมายวันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 1 (ในกลุ่มทดลอง กำหนดให้ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองแอง เป็นที่จัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด) ซึ่งกำหนดในการทำกิจกรรมทุกวันอังคาร และวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 10.00-12.00 น.

7. ผู้วิจัยเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จะใช้ สถานที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเลือกห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองแอง เป็นที่จัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด ผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ให้เหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยจัดให้มีความสะดวก สะอาด ปลอดภัย ไม่มีสิ่งรบกวน

ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกลุ่มทดลองด้วยตัวเองในระยะก่อนการทดลอง ระยะการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยที่ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่ เรื่องการให้คำปรึกษาในผู้สูงอายุ (กิจกรรมประจำเดือนกุมภาพันธ์) และกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (กิจกรรมประจำเดือนมีนาคม) โดยจัดกิจกรรมในวันประชุมชมรมผู้สูงอายุทุกวันจันทร์ที่ 2 ของเดือน ณ ชมรมผู้สูงอายุของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขั้นตอนการดำเนินการกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีดังนี้

1. กลุ่มทดลอง

1.1 ระยะก่อนการทดลอง

1.1.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวิธีการดำเนินการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่จะได้รับในการทำกิจกรรมโปรแกรมฯ อีกครั้ง จากนั้นให้กลุ่มทดลองทำการประเมินความมีคุณค่าในตนเอง และประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre-test) ด้วยตนเอง

1.2 ระยะการทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่ เรื่องการให้คำปรึกษาในผู้สูงอายุ (กิจกรรมประจำเดือนกุมภาพันธ์) โดยจัดกิจกรรมในวันประชุมชมรมผู้สูงอายุทุกวันจันทร์ที่ 2 ของเดือน ณ ชมรมผู้สูงอายุของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และได้รับโปรแกรมศิลปบำบัดแบบกลุ่มฯ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (วันอังคารและวันศุกร์) ประมาณ 90-120 นาที ณ ห้องประชุม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองแอง ซึ่งผู้วิจัยอำนวยความสะดวกในการจัดรถรับส่งผู้สูงอายุจากบ้านมาที่สถานที่จัดทำกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

วันอังคาร เวลา 10.00-12.00 น. ดำเนินกิจกรรมที่ 1 “วาดภาพอิสระ”

มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจระหว่างสมาชิกกลุ่ม ร่วมสร้างกฎกติกาหรือข้อตกลงในการทำศิลปะบำบัดแบบกลุ่มร่วมกัน และสร้างความคุ้นเคยกับอุปกรณ์ในการวาดภาพ เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสีต่อกันเป็นเส้นต่าง ๆ ต่อกันอย่างอิสระภายในกลุ่มใหญ่ และแบ่งย่อย 2 กลุ่ม ให้สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันวาดภาพระบายสีเชื่อมโยงเป็นเรื่องเดียวกัน

วันศุกร์ เวลา 10.00-12.00 น. ดำเนินกิจกรรมที่ 2 “นี่คือตัวฉัน” มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและสำรวจตนเอง และเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง เป็นกิจกรรมวาดภาพคนที่มีความลักษณะสัญลักษณ์เป็นตัวบ่งบอกว่าเป็นตัวเอง

สัปดาห์ที่ 2

วันอังคาร เวลา 10.00-12.00 น. ดำเนินกิจกรรมที่ 3 “วาดภาพอิสระ: ชีวิตที่ผันผ่าน” มีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าใจตนเอง และส่งเสริมความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ในการเผชิญปัญหา เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสีอย่างอิสระปลดปล่อยอารมณ์ เชื่อมโยงงานศิลปะกับความคิดที่ตนเองมีอยู่

วันศุกร์ เวลา 10.00-12.00 น. ดำเนินกิจกรรมที่ 4 “วาดภาพแห่งรอยยิ้ม” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการเกิดความสุขทางใจ และสนับสนุนให้สมาชิกมีมุมมองต่อตนเอง ในทางบวก กำหนดให้ผู้สูงอายุวาดภาพสัญลักษณ์เชิงบวกที่แทนความสุขทางจิตใจ สนับสนุนให้มองเห็นตนเองในด้านดี โดยให้ผู้สูงอายุวาดภาพรอยยิ้มของตนเอง และให้ตั้งชื่อรูปภาพหลังจากวาดเสร็จ

สัปดาห์ที่ 3

วันอังคาร เวลา 10.00-12.00 น. ดำเนินกิจกรรมที่ 5 “ต้นไม้วิเศษ” มีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่สร้างความสุข และความทุกข์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม และเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหา ปรับมุมมองเชิงบวกให้กับตนเอง เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสี และติดปะต้นไม้จำลอง

วันศุกร์ เวลา 10.00-12.00 น. ดำเนินกิจกรรมที่ 6 “ความภาคภูมิใจ” มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการยอมรับ ความภาคภูมิใจในตนเอง และการเห็นคุณค่าในตนเอง และผู้อื่น เป็นกิจกรรมวาดภาพ ความภาคภูมิใจ ประทับใจในชีวิต

สัปดาห์ที่ 4

วันอังคาร เวลา 10.00-12.00 น. ดำเนินกิจกรรมที่ 7 “สายธารชีวิต”

มีวัตถุประสงค์เพื่อมองเห็นศักยภาพของตนเองในการผ่านพ้นปัญหา เกิดความเชื่อมั่นและรับรู้คุณค่าในตนเอง เป็นกิจกรรมวาดภาพสายธารน้ำสีออกกลางบ่งบอกเรื่องราวช่วงชีวิตหนึ่งของผู้สูงอายุ ที่อยากจะเล่าถ่ายทอดออกมาอย่างอิสระ

วันศุกร์ เวลา 10.00-12.00 น. ดำเนินกิจกรรมที่ 8 “ความสุขที่ฉันอยากเป็น”

มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความสุขและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต สร้างแนวทางการเรียนรู้รายบุคคลที่ได้จากการร่วมกิจกรรมทั้งหมด และสรุปผลงานของสมาชิกให้ผู้สูงอายุวาดภาพเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ภาพความสุขที่ทำให้มีรอยยิ้ม มองคาดการณ์กับอนาคตไปข้างหน้า (Looking forward) เป็นความสุขในมุมมองที่น่าสนใจและสามารถทำได้จริง ร่วมกับการจัดกิจกรรมอำลา

1.3 ระยะเวลาหลังการทดลอง

ในสัปดาห์ที่ 4 หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 8 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองประเมินความมีคุณค่าในตนเอง และประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) ด้วยตนเองทันที ตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ และนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อประเมินความมีคุณค่าในตนเอง และประเมินภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 1 เดือน หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลปกติ

1.4 ระยะติดตามผล

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองประเมินความมีคุณค่าในตนเอง และประเมินภาวะซึมเศร้า (Follow up) ด้วยตนเอง หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 8 หนึ่งเดือน ตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือ และยุติการทำวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งคืนผลงานให้กับสมาชิก และให้กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลปกติ จากนั้นจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

2. กลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่ เรื่องการให้คำปรึกษาในผู้สูงอายุ (กิจกรรมประจำเดือนกุมภาพันธ์) โดยจัดกิจกรรมในวันประชุมชมรมผู้สูงอายุทุกวันจันทร์ที่ 2 ของเดือน ณ ชมรมผู้สูงอายุของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.1 ระยะเวลาก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวิธีการดำเนินการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยครั้งนี้อีกครั้งกับกลุ่มควบคุม จากนั้นทำการประเมินความมีคุณค่าในตนเอง และประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre-test) ก่อนการทำวิจัย 1 สัปดาห์

2.2 ระยะทดลอง

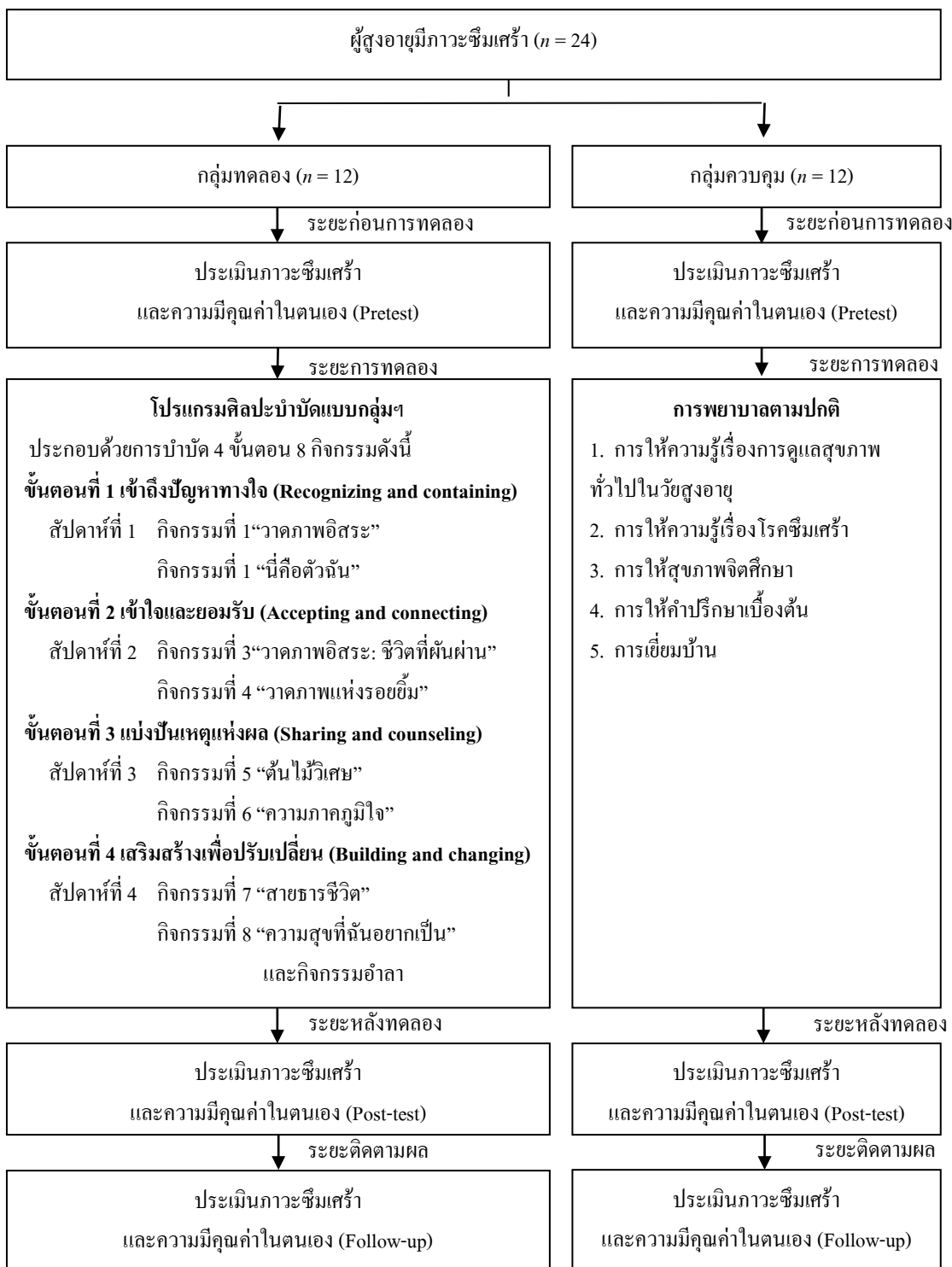
กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่ เรื่องการให้คำปรึกษาในผู้สูงอายุ (กิจกรรมประจำเดือนกุมภาพันธ์) โดยจัดกิจกรรมในวันประชุมชมรมผู้สูงอายุทุกวันจันทร์ที่ 2 ของเดือน ณ ชมรมผู้สูงอายุของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.3 ระยะหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมประเมินความมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากเริ่มกิจกรรมในกลุ่มทดลอง ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ และนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อประเมินความมีคุณค่าในตนเอง และประเมินภาวะซึมเศร้า ในระยะติดตามผล 1 เดือน หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ

2.4 ระยะติดตามผล

ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมประเมินความมีคุณค่าในตนเองและประเมินภาวะซึมเศร้า (Follow up) ด้วยตนเอง ในสัปดาห์ที่ 8 หลังจากเริ่มโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง ตรวจสอบความถูกต้อง และสมบูรณ์ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือและยุติการทำวิจัยครั้งนี้ และให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ จากนั้นจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลทั้งหมดที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ลงรหัสข้อมูล วิเคราะห์การแจกแจงปกติ นำข้อมูล จากนั้นจึงนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentile) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ตามระดับการวัดแต่ละข้อมูล วิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square, Fisher's exact และ Cramer's V

2. วิเคราะห์ด้วยสถิติคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนภาวะซึมเศร้า และคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง

3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent *t*-test

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า และคะแนนความมีคุณค่าในตนเองในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ดังนี้

4.1 ข้อมูลได้มาจากการสุ่มประชากร (Randomness) และมีความเป็นอิสระต่อกัน

4.2 ตัวแปรเป็น Interval/ Ratio scale ในการศึกษาตัวแปรจำนวน 2 ตัวแปร ที่มีระดับวัดเป็น Interval scale นั่นคือ ภาวะซึมเศร้า และความมีคุณค่าในตนเอง

4.3 ข้อมูลทั้ง 2 ตัวแปร มีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)

การทดสอบข้อมูลการแจกแจงปกติ สามารถทำการทดสอบ Normality โดยสถิติ Kolmogorov-Smirnov ซึ่งจากค่า *p*-value ที่โปรแกรมคำนวณได้มีค่ามากกว่า 0.05 แสดงว่ามีการแจกแจงเป็นแบบปกติซึ่งเป็นไปตามข้อตกลง

4.4 ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่มของทุกกลุ่มไม่แตกต่างกัน

การทดสอบความแปรปรวนภายในกลุ่มของทุกกลุ่มไม่แตกต่างกัน ทำโดยใช้สถิติ Levene's test (homogeneity assumption) ซึ่งจากค่า *p*-value ที่โปรแกรมคำนวณได้มีค่ามากกว่า 0.05 แสดงว่ามีความแปรปรวนภายในกลุ่มของทุกกลุ่มไม่แตกต่างกันซึ่งเป็นไปตามข้อตกลง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัตรยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และติดตามผล 1 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดต่อภาวะซึมเศร้า และควมามีคุณค่าในตนเองของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 โดยผู้วิจัยได้นำเสนอ ผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย และกราฟตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบ ความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าและควมามีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและควมามีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มี ภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงไว้ในตารางที่ 3 และ 4

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และควมามีคุณค่า ในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบ ความแตกต่างรายคู่โดยวิธีบอนเฟอโรนี (Bonferroni) แสดงไว้ในตารางที่ 5-8

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 24$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 12$)		กลุ่มควบคุม ($n = 12$)		χ^2	<i>p-value</i>
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.69 ⁺	0.41
ชาย	4	33.30	6	50.0		
หญิง	8	66.70	6	50.0		
อายุ					0.00 ⁺	1.00
60-69 ปี	5	41.70	5	41.70		
70-79 ปี	7	58.30	7	58.30		
$M = 70.67 (SD = 4.79)$						
ศาสนา						
พุทธ	12	100	12	100		
สถานภาพสมรส					0.31 ⁺⁺	0.33
โสด	2	16.70	0	0		
คู่	3	25.00	3	25.00		
หม้าย	7	58.30	9	75.00		
การพักอาศัย					0.45 ⁺⁺	0.91
อยู่ลำพัง	3	25.00	0	0		
อยู่กับคู่สมรส	1	8.30	0	0		
อยู่กับครอบครัว บุตรหลาน	8	66.70	12	100		
ระดับการศึกษา					0.18 ⁺	1.00
ประถมศึกษาปีที่ 4	7	58.30	8	66.70		
ประถมศึกษาปีที่ 6	5	41.70	4	33.30		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p-value
	(n = 12)		(n = 12)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ในปัจจุบันนี้ยังทำงานหรือไม่					0.00 ⁺	1.00
ไม่ทำ	10	83.30	10	83.30		
ทำ	2	16.70	2	16.70		
งานที่ทำ					1.33	1.00
รับจ้าง	1	50.0	0	0		
ทำสวน	1	50.0	2	100		
รายได้จากการทำงาน (บาท)					1.33	1.00
1-3,000	0	0	1	50.00		
3,001-6,000	2	100	1	50.00		
กรณีไม่ได้ทำงาน ท่านดำรงชีพอย่างไร						
บุตรหลาน ญาติพี่น้องส่งเสีย	10	100	10	100		

⁺Fisher's exact test, ⁺⁺Cramer's V

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีจำนวน 12 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.70) มีอายุระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 58.30) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 1.00) มีสถานภาพหม้าย (ร้อยละ 58.30) อาศัยอยู่กับครอบครัว บุตร หลาน (ร้อยละ 66.70) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 58.30) รองลงมา ประถมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 41.10) ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 83.30) และผู้ที่ทำงานทั้งหมดมีรายได้ระหว่าง 3,001 ถึง 6,000 บาท (ร้อยละ 100) ในส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน ดำรงชีพโดยบุตรหลาน ญาติพี่น้องส่งเสีย (ร้อยละ 100)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 12 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.00 และชาย ร้อยละ 50 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 58.30) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) มีสถานภาพหม้าย (ร้อยละ 75.00) อาศัยอยู่กับครอบครัว บุตร หลาน (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษา คือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 66.77) ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 83.30) และผู้ที่ทำงาน

มีรายได้ระหว่าง 0 ถึง 6,000 บาท (ร้อยละ 100) ในส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน ดำรงชีพ โดยบุตรหลาน ญาติพี่น้อง ส่งเสีย (ร้อยละ 100.0)

เมื่อทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square, Fisher's exact test และ Cramer's V พบว่า เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การพักอาศัย ระดับการศึกษา การทำงาน รายได้จากการทำงาน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าและควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้า และควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะการทดลอง	ภาวะซึมเศร้า		ควมมีคุณค่าในตนเอง	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	17.50	2.88	22.33	2.99
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	6.33	1.61	42.17	1.85
ติดตามผล 1 เดือน	8.42	3.42	39.17	2.25
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	17.50	4.08	24.33	2.93
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	13.00	2.76	26.75	2.96
ติดตามผล 1 เดือน	15.67	2.15	25.75	3.02

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองเป็น 17.50 (*SD* = 2.88), 6.33 (*SD* = 1.61) และ 8.42

($SD = 3.42$) ตามลำดับ ในส่วนกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็น 17.50 ($SD = 4.08$), 13.00 ($SD = 2.76$) และ 15.67 ($SD = 2.15$) ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองเป็น 22.33 ($SD = 2.99$), 42.17 ($SD = 1.85$), 39.17 ($SD = 2.25$) ตามลำดับ ในส่วนกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเป็น 24.33 ($SD = 2.93$), 26.75 ($SD = 2.96$), 25.75 ($SD = 3.02$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง

กลุ่ม	จำนวน	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i> -value
ภาวะซึมเศร้า						
กลุ่มทดลอง	12	17.50	2.88	0.00	22	.50
กลุ่มควบคุม	12	17.50	4.08			
ความมีคุณค่าในตนเอง						
กลุ่มทดลอง	12	22.33	2.99	1.65	22	.06
กลุ่มควบคุม	12	24.33	2.93			

จากตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent *t*-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{2,22} = .00, p = .50$; $t_{2,22} = 1.65, p = .06$ ตามลำดับ)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยวิธีบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยการแจกแจงข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและควมมีคุณค่าในตนเอง ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า มีการแจกแจงข้อมูลปกติ (Normal distribution) รายละเอียดดังภาคผนวก จึงวิเคราะห์ความแปรปรวนด้วยสถิติ Two-way repeated measure ANOVA

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

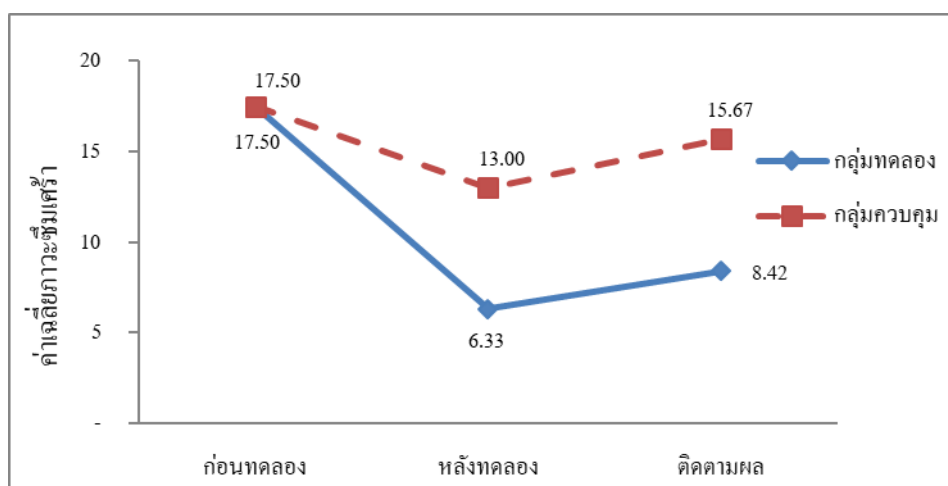
แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
ระหว่างกลุ่ม (Group)					
การทดลอง	1	12298.35	12298.35	959.54	0.000***
ความคลาดเคลื่อน	22	281.97	12.82		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	774.36	387.18	59.93	0.000***
กลุ่ม* ระยะเวลา (Group*Time)	2	194.69	97.35	15.07	0.000***
ความคลาดเคลื่อน	44	284.28	6.46		

*** $p < .01$

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนด้วยวิธีสองทางแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวมโดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่า การทดสอบอิทธิพลของโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดฯ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,22} = 959.54, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า

โปรแกรมกลุ่มสติปัญญาบำบัด มีผลทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การทดสอบอิทธิพลร่วม (Interaction) ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{2,44} = 15.07, p = < .001$) แสดงว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของแต่ละช่วงเวลาโดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{2,44} = 59.93, p = < .001$) จึงได้นำเสนอในรูปแบบของกราฟที่แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนภาวะซึมเศร้าทั้งสองกลุ่มในแต่ละช่วงเวลาดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กราฟแสดงการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากภาพที่ 3 พบว่า ระยะเวลาการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ($M = 17.50$) และในกลุ่มควบคุม ($M = 17.50$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากัน สำหรับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ซึ่งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีของกลุ่มทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ($M = 6.33$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 13.00$) และระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ($M = 8.42$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 15.67$) แสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน และระยะเวลาในการทดลอง ส่งผลต่อ

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และจากกราฟแสดงให้เห็นว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง มีผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองลดลง

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลา	M	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	17.50	-	11.17*	9.08*
หลังการทดลอง	6.33	-	-	-2.09*
ระยะติดตามผล	8.42	-	-	-
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	17.50	-	4.50	1.83
หลังการทดลอง	13.00	-	-	-2.67
ระยะติดตามผล	15.67	-	-	-

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 6 ผลการทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผลการทดสอบรายคู่ เพื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันพบว่า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

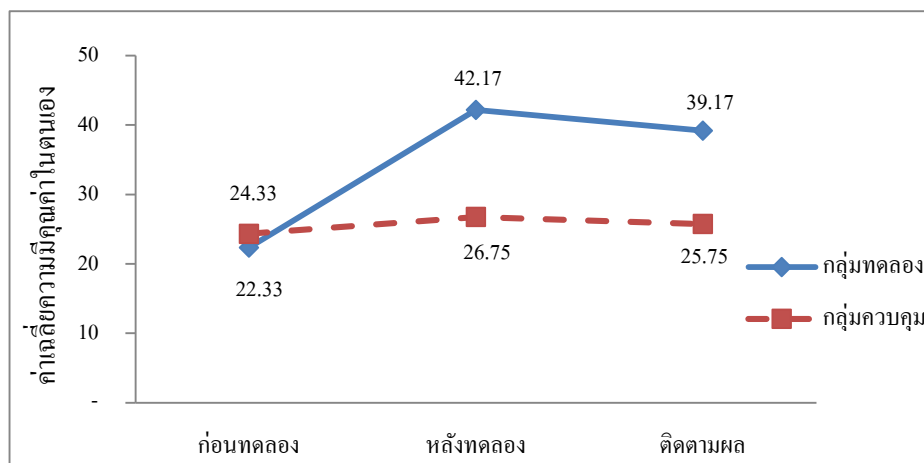
แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
ระหว่างกลุ่ม (Group)					
การทดลอง	1	65160.50	65160.50	4563.77	0.000***
ความคลาดเคลื่อน	22	314.11	14.28		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	1688.25	844.13	219.70	0.000***
กลุ่ม* ระยะเวลา (Group*Time)	2	1090.03	545.01	144.85	0.000***
ความคลาดเคลื่อน	44	169.06	3.84		

*** $p < .001$

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนด้วยวิธีสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวม โดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่า การทดสอบอิทธิพลของโปรแกรมกลุ่มศิลปบำบัดฯ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{1,22} = 4563.77, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกลุ่มศิลปบำบัดฯ มีผลทำให้คะแนนความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การทดสอบอิทธิพลร่วม (Interaction) ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{2,44} = 144.85, p < .001$) แสดงว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองของแต่ละช่วงเวลาโดยคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .001 ($F_{2,44} = 219.70, p < .001$) จึงได้นำเสนอในรูปแบบของกราฟที่แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนความมีคุณค่าในตนเองทั้งสองกลุ่มในแต่ละช่วงเวลาดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 กราฟแสดงการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากภาพที่ 4 พบว่า ระยะเวลาการทดลองคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ($M = 24.33$) และกลุ่มควบคุม ($M = 22.33$) ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกันแต่ในระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน มีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเอง โดยระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเอง ($M = 42.17$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 26.75$) และในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง ($M = 39.17$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 25.75$) เช่นกัน แสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกันและระยะเวลาในการทดลอง ส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และจากกราฟแสดงให้เห็นว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง มีผลให้คะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงขึ้น

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเอง
ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อน
การทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลา	M	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	22.33	-	-19.84*	-16.84*
หลังการทดลอง	42.17	-	-	3.00*
ระยะติดตามผล	39.17	-	-	-
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	24.33	-	-2.42	-2.42
หลังการทดลอง	26.75	-	-	1.00
ระยะติดตามผล	25.75	-	-	-

* $p < .05$

จากตารางที่ 8 ผลการทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการทดสอบรายคู่ เพื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันของคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมศิลปบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า และควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ประชาร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q เท่ากับ 1 คะแนนขึ้นไป และ 9Q 7-18 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ไม่มีภาวะสมองเสื่อม อาศัยอยู่ในอำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง ได้กลุ่มตัวอย่าง 6 แห่ง ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random assignment) โดยกำหนดการจับฉลากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุดแรกเข้ากลุ่มทดลอง 3 แห่ง ครั้งที่สองเข้ากลุ่มควบคุม 3 แห่ง ทำการจับฉลากแบบไม่คืนที่เป็นกลุ่มทดลอง 12 ราย และเป็นกลุ่มควบคุม 12 ราย รวมกลุ่มตัวอย่าง 24 ราย ซึ่งกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติในชมรมผู้สูงอายุ คือ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไปในวัยสูงอายุ ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน สำหรับกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมศิลปบำบัดแบบกลุ่มๆ ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และทำการวิจัยในเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และแบบประเมินความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง ประเมินก่อน-หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแปรปรวน สองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way Repeated Measure ANOVA) และเปรียบเทียบ เชิงพหุคูณแบบรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรน (Bonferroni)

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การพักอาศัย ระดับการศึกษา การทำงาน รายได้จากการทำงาน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความมีคุณค่าในตนเอง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าและความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ในข้อที่ 1 และ 2 ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มฯ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับขั้นตอนการทำศิลปะบำบัด BOVORNKITTI Art Therapy Model (เลิศศิริ บวรกิตติ, 2559) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 8 กิจกรรม คือ ขั้นตอนที่ 1) การเข้าถึงปัญหาทางใจ ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรม “การวาดภาพอิสระ” และ “นี่คือตัวฉัน” ผู้วิจัยให้วาดภาพแล้วนำภาพมาเป็นสื่อกลางในค้นหาปัญหาทางด้านจิตใจ เพื่อเข้าใจความคิดและความรู้สึกของผู้สูงอายุ และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้สนทนากันในบรรยากาศที่อบอุ่น ปลอดภัย การสะท้อนความคิดทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ขั้นตอนที่ 2) การเข้าใจและยอมรับ (Accepting and connecting) ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ชีวิตที่ผันผ่าน” และ “วาดภาพแห่งรอยยิ้ม” ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุแสดงอารมณ์ความรู้สึกของตนออกมาจากภาพวาด พบว่า ผู้สูงอายุเปิดเผยตนเองมากขึ้น รับรู้ปัญหาของซึ่งกันและกันภายใต้การยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข ผู้วิจัยสังเกตเห็นการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่มมากขึ้น มีการเอื้อเฟื้อแบ่งปันอุปกรณ์ ขณะสนทนามีความสนใจ ตั้งใจรับฟังและเชื่อมโยงลักษณะเรื่องราวที่คล้ายกัน เพื่อเรียนรู้ร่วมกัน เป็นการบ่งบอกถึงความเข้าใจและยอมรับ ขั้นตอนที่ 3) แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling) จากการทำกิจกรรม “ต้นไม้วิเศษ” และ “ความภาคภูมิใจ” พบว่า ผู้สูงอายุเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันอย่างต่อเนื่อง รับฟังความคิดความรู้สึกของกันและกัน มีส่วนร่วมในการสนทนาเพื่อแสดงความคิดเห็นต่อผลงานของตนเองมากขึ้น จากการสะท้อนคิดพบว่า สามารถตระหนักถึงคุณค่า

ในตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถเชื่อมโยงเหตุและผลต่อความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง มีการประเมินตนเองทางบวก นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก ทักษะที่ดีต่อตนเอง และขั้นตอนสุดท้าย คือ ขั้นตอนที่ 4) การเสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing) จากการทำกิจกรรม “สายธารชีวิต” และ “ความสุขที่ฉันอยากเป็น” พบว่า เมื่อผู้สูงอายุวาดภาพเสร็จ มีความสนใจกระตือรือร้นพร้อมที่จะเล่าเรื่องของตนให้เพื่อน ๆ ฟัง และสังเกตจากลักษณะสีของภาพจะมีความสดใส มีลวดลายภาพชัดเจนมากขึ้น แสดงถึงความมีชีวิตชีวา มีพลัง ผู้สูงอายุท่านหนึ่งเล่าว่า “ทุกครั้งหลังวาดภาพแล้วแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อน ๆ ผมรู้สึกสบายใจ เหมือนได้ระบายความอัดอั้นภายใน ความไม่สบายใจออกมา และพอได้รับรู้ปัญหาของคนอื่นแล้วทำให้ผมมีกำลังใจต่อสู้กับปัญหาเรื่องราวต่างๆของผมมากขึ้น ”

จากที่กล่าวมาข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า กระบวนการศิลปะบำบัดแบบกลุ่มนี้ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เป็นรูปแบบการบำบัดที่เน้นการมีส่วนร่วม (Collaboration) และเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered therapy) ตามแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยมซึ่ง Wilkins (2016) กล่าวว่า กระบวนการบำบัดที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางจะทำให้บุคคลเรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์เชื่อมโยงเพื่อเข้าใจตนเองและบุคคลอื่นมากขึ้น (Connectedness) จนเกิดการเยียวยาจิตใจ นอกจากนี้ การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจนเกิดการทำงานร่วมกัน เน้นการเปิดใจ ส่งเสริมให้กำลังใจ จนมีความเป็นปึกแผ่นในกลุ่ม (Cohesiveness) กระบวนการดังกล่าวสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการการเรียนรู้ภายในของผู้สูงอายุ (Transformative learning) จนเกิดความเชื่อมั่นและประเมินตนเองทางบวก เข้าใจถึงธรรมชาติของมนุษย์มากขึ้น ยอมรับได้ในข้อบกพร่องของตนเอง และตระหนักถึงศักยภาพของตนเองที่มีอยู่จนเกิดการคุณค่าในตนเอง อันนำไปสู่การเยียวยาจิตใจ เกิดการรับรู้ตนเองตนเองด้านบวก เกิดอารมณ์ทางบวก (Positive emotion) ทำให้เกิดความสุข และมีภาวะซึมเศร้าลดลง ดังที่ การศึกษาของ Rubin and Rubin (2005) พบว่า กิจกรรมศิลปะช่วยลดความวิตกกังวล ช่วยควบคุมอารมณ์ และส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับ คานธีชา บุญยาว (2555) พบว่า ศิลปะบำบัดสามารถเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ศิลปะบำบัดยังช่วยสร้างความสุข เยียวยาจิตใจ จนสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, 2554; Doric-Henry, 1995; Perry, 2004)

เมื่อพิจารณาผลของประสิทธิภาพโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มๆ ในกลุ่มทดลอง และผลของการพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมได้ร่วมกิจกรรมที่ทางชมรมจัดขึ้นเดือนละครั้ง ซึ่งเป็นกิจกรรมให้ความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพทั่วไปในวัยสูงอายุ การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม ๆ ดังนั้น

ผลการศึกษายังพบว่า ความมีคุณค่าในตนเองไม่เพิ่มขึ้นและภาวะซึมเศร้าไม่ลดลงในระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีลดลงอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะติดตามผล 1 เดือน และคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองในระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงขึ้นอย่างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะติดตามผล 1 เดือน แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมศิลปบำบัด ฯ มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความมีคุณค่าและสามารถลดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญฤทัย อัมสม โภช (2549) ที่พบว่า ศิลปะบำบัดช่วยเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุให้เพิ่มสูงขึ้นในระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้น และคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ นฤมล อิททหมั่น (2555) พบว่า ศิลปะบำบัดช่วยให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าลดลงในระยะเวลาหลังการทดลอง และลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความมีคุณค่าในตนเองในระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การจัดรูปแบบโปรแกรมศิลปบำบัดแบบกลุ่มฯ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและมีภาวะซึมเศร้าลดลงในระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมกลุ่มศิลปบำบัด ทั้ง 8 กิจกรรม เป็นการจัดการกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกันโดยตรงของผู้สูงอายุ ซึ่งโปรแกรมกลุ่มศิลปบำบัดฯ พัฒนาขึ้นจากกระบวนการทำศิลปบำบัดของ เลิศศิริร์ บวรกิตติ (2559) มี 8 กิจกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน และตามแนวคิดการมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ที่กล่าวถึงความมีคุณค่าในตนเองเกิดจากโครงสร้างอัตม โนภาพ (Self-concept) ซึ่งประเมินจาก 2 มิติ คือ มิติที่ 1 การตระหนักรู้ในตนเอง และ มิติที่ 2 การประเมินตนเองซึ่งประสิทธิผลของกิจกรรมสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

มิติที่ 1 การตระหนักรู้ในตนเอง (Cognitive self) เป็นการรับรู้ของตนเองว่าตนเป็นใคร บุคคลอื่นเป็นใคร และมีความแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเข้าใจตนเอง ผู้สูงอายุได้ “ค้นหา” “รู้จัก” และ “เข้าใจ” ตนเอง จากกิจกรรมศิลปะ “วาดภาพอิสระ” และกิจกรรม “นี่คือตัวฉัน” เป็นกิจกรรมการวาดภาพระบายสีที่เน้นการรู้จักตนเอง ผู้สูงอายุมีการสนทนาถึงภาพของตนเองว่ามองตนเองเป็นคนอย่างไร มีทั้งข้อดี/ข้อเสียอะไรบ้าง ผู้สูงอายุท่านหนึ่งกล่าวว่า “ตนเองไม่ชอบเอาเปรียบใคร ชอบช่วยเหลือผู้อื่น ใจดี เข้มแข็ง อดทน โอบอ้อมอารี รักลูกหลาน หวังดีกับ

ผู้อื่น” และบอกข้อเสีย เช่น “เป็นคนขี้เนื้อใจ คิดมาก คิดไปเอง เป็นคนขี้รำคาญ เบื่อง่าย บ่นเก่ง พุดมาก ไม่กล้าแสดงออก กลัว” บอกว่าตนมีความต้องการอยากเป็นคนอย่างไร เช่น “อยากประสบความสำเร็จในชีวิตด้านฐานะเศรษฐกิจมากกว่านี้ ครอบครัวอบอุ่นอยู่พร้อมหน้า ทำงานเก่ง ลูกหลานรักลูกหลานให้ความสำคัญ มีคนฟังเชื่อถือ” และบอกสิ่งที่ตนเองไม่อยากเป็น เช่น “ลูกหลานไม่รักเอาแต่ใจ ขี้บ่น สร้างความเดือดร้อน และเป็นภาระให้คนอื่น สูญเสียคนรัก เป็นต้น” ในกิจกรรม “วาดภาพอิสระ: ชีวิตที่ผ่านผ่าน” เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุได้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น ผู้สูงอายุท่านหนึ่งได้แสดงแง่คิดว่า “ชีวิตที่ผ่านมามีด้านดีก็ย่อมมีด้านร้าย มีลูกก็ต้องมีผิด ไม่มีใครเกิดมาไม่มีปัญหาขึ้นอยู่กับเราจะคิดว่าปัญหานั้นมันใหญ่ขนาดไหนขึ้นอยู่กับความคิดของตนเอง บางคนอาจคิดว่าแค่นี้เองเล็กน้อย แต่บางคนคิดว่าเป็นปัญหาที่เจอใหญ่มาก ท้ายสุดทุก ๆ ปัญหาที่ย่อมมีออกมีทางแก้ไข เราถึงผ่านมาได้ถึงปัจจุบันนี้” ตัวอย่างดังกล่าวแสดงถึงการตระหนักถึงความจริงว่าตนเองไม่ได้มีปัญหาเพียงคนเดียว ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น มีมุมมองทางบวกต่อตนเอง กิจกรรมที่ 4 “วาดภาพแห่งรอยยิ้ม” เป็นกิจกรรมต่อเนื่องจากกิจกรรมที่ 3 สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมองที่ดีต่อตนเอง รอยยิ้มเป็นภาพสัญลักษณ์เชิงบวกที่แทนความสุขทางจิตใจ สร้างความรู้สึกที่ดี เกิดมุมมองทางบวกต่อตนเอง ดังที่ผู้สูงอายุท่านหนึ่งวาดภาพบ้านของฉันท และอธิบายภาพว่า “เป็นบ้านของฉันทเองที่ฉันทกับตาโหนด (สามี) ช่วยกันเก็บเงินสร้างขึ้น ตั้งแต่ที่เกษียณอยู่ถึงตอนนี้มันจะเก่า แต่ฉันทก็ภูมิใจกับมัน ไม่ว่าจะมามีเรื่องร้าย ๆ เข้ามาในชีวิตฉันทแต่ฉันทก็จะรู้สึกดี และยิ้มได้ทุกที่ที่เดินเข้าบ้าน” จะเห็นได้ว่า การวาดภาพทำให้ผู้วาดภาพรับรู้และตระหนักถึงพลังที่มีอยู่ในตนเอง และนำมาใช้ในการปรับมุมมองในทางบวก จนกลายเป็นการเห็นคุณค่าในตนเอง

มิติที่ 2 การประเมินตนเอง (Evaluative self) เป็นการอธิบายตนเองของบุคคลซึ่ง ได้มาจากการที่บุคคลนำเอาตนเองไปประเมินกับสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่น เพื่อที่จะทำให้ผู้สูงอายุนับว่าเขา มีคุณค่า ดังกิจกรรมที่ 5 “ต้นไม้วิเศษ” และกิจกรรมที่ 6 “ความภาคภูมิใจ” กิจกรรมออกแบบให้ผู้สูงอายุได้เตรียมพร้อมต่อการเผชิญปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เข้ามาเพื่อทำให้ผู้สูงอายุได้ประเมินตนเอง บุคคลอื่น ทำความเข้าใจในข้อจำกัดและบริบทต่าง ๆ จนเกิดการยอมรับความจริงของชีวิตและเข้าใจกฎธรรมชาติที่เกิดขึ้น ดังเช่นผู้สูงอายุท่านหนึ่งวาดรูปต้นไม้ปาล์ม และต้นไม้ทุเรียน โดยอธิบายว่า “เมื่อก่อนนี้ลุงปลูกปาล์มขาย แต่มันขาดทุนจนแทบจะหมดตัว ตอนนั้นแย่มาก ๆ แต่เราก็มองคนอื่นเขาปลูกทุเรียนขายแล้วได้กำไรดี ก็เลยเอาเงินก้อนสุดท้ายที่มีอยู่มาลงทุนปลูกทุเรียนบ้าง ตอนแรกก็กระตือรือร้นแทน แต่พอ 5 ปีต่อมา ได้กำไรโขเลยความเป็นอยู่ก็เลยสบาย มันทำให้ลุงภูมิใจมากเพราะเอาเงินที่ได้ส่งเสียลูกเรียนหนังสือจนจบ ตอนนี้อยู่ก็ทำงานแล้วเลยหมดห่วง” และมีสมาชิกท่านหนึ่งแสดงความคิดเห็นว่า “เป็นเรื่องธรรมดาของโลก

ที่มีขึ้น มีลง มีตกอับก็ต้องมีสุขสบาย ดินะที่ตามบุญมา คิดได้ไม่ตันทุรังปลูกป่าล้มต่อ ไม่งั้นหมดตัวแน่” ต่อมากิจกรรมที่ 6 “ความภาคภูมิใจ” ผู้สูงอายุท่านเดิมวาดภาพลูกทุเรียนและกล่าวว่า “เป็นภาพลูกทุเรียนในสวนที่ลุงปลูก เพราะทุเรียนนี้แหละที่ทำให้ลุงมีรายได้อีกได้ส่งเสียลูกจนเรียนจบ ใช้หนี้จนหมด ทุกวันนี้ลุงไม่ต้องลำบากเหมือนเมื่อก่อนอีกแล้ว” จากกิจกรรมสะท้อนถึงการประเมินตนเองในแง่มุมต่าง ๆ และการปรับวิธีการคิดของผู้สูงอายุเพื่อเชื่อมโยงกับบุคคลอื่น และความเป็นจริง จนในที่สุดสามารถทำความเข้าใจและประเมินตนเองในทางบวก

ในการดำเนินกิจกรรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม ขณะที่ผู้สูงอายุสร้างผลงานศิลปะด้วยการวาดภาพ ผลงานสามารถบ่งบอกอารมณ์ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่วาดได้เป็นอย่างดี เช่น หากผู้สูงอายุมีอารมณ์เศร้า ลักษณะภาพสีที่ใช้จะไม่สดชื่น รูปออกมาสีทึบ ๆ ลายเส้นจะแข็งไม่ลื่นไหล ดังเช่นรูปวาดในช่วงกิจกรรมที่ 2 “นี่คือตัวฉัน” สีของภาพจะหม่น ๆ เป็นภาพสีที่ไม่สดใส พอมาสู่กิจกรรมที่ 6 7 และ 8 สีของภาพจะสดใส ชัดเจนมากขึ้น ผลงานที่ออกมาก็ดูเป็นธรรมชาติไหลลื่นให้ความรู้สึกที่มีพลัง อาจกล่าวได้ว่า การสร้างผลงานศิลปะทำให้ผู้สูงอายุได้ปลดปล่อยความรู้สึกภายในออกมา ฝึกการอยู่กับตนเองด้วยสมาธิจดจ่อกับงานที่ทำ สามารถสะท้อนคิดถึงประสบการณ์ที่ผ่านมา เกิดการเรียนรู้และประเมินตนเองในทางบวก อันนำไปสู่การเพิ่มความเห็นคุณค่าในตนเอง และเกิดอารมณ์ทางบวก จนสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ ดังที่ เลิศศิริร์ บวรกิตติ (2553) กล่าวว่า ศิลปะบำบัดเป็นสื่อกลางสะท้อนถึงอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ลดความวิตกกังวล ความขัดแย้งในใจ แสดงออกถึงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ เสริมสร้างความตระหนักรู้แห่งตน ช่วยปรับแนวคิดสู่ความเป็นจริง พัฒนาพฤติกรรมและทักษะด้านสังคม จนสามารถเพิ่มความภูมิใจในตนเอง จากผลการศึกษานี้ จึงพบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลง และความมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น จากผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ คานธีชา บุญยาว (2555) พบว่า กิจกรรมศิลปะช่วยให้ผู้สูงอายุ เกิดความภาคภูมิใจจากการสร้างผลงานศิลปะ เกิดการยอมรับนับถือตนเองมีความมั่นใจ และเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวการศึกษาของ นปภัช กันแพงศรี (2557) พบว่า กิจกรรมศิลปะสามารถช่วยเพิ่มความมีคุณค่าในผู้สูงอายุได้ และนฤมล อินทหมื่น (2555) พบว่า ศิลปะบำบัดช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้ศิลปะบำบัดร่วมกับกิจกรรมการเดินสวน ช่วยทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจมั่นใจในตนเอง เกิดอารมณ์ทางบวก เห็นคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McCaffrey et al., 2011)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม ๆ นี้มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมศิลปะร่วมกับการปฏิบัติการด้านการพยาบาล เพื่อเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุได้

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม ๆ มาประยุกต์ใช้ในการสอดแทรกในเนื้อหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าให้กับนิสิตพยาบาล และการบริการวิชาการแก่พยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

3. ด้านการวิจัย นักวิชาการและนักวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปศึกษาเพื่อขยายผลต่อยอดในการทำโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม เพื่อใช้ในกลุ่มวัยอื่น ๆ ที่มีภาวะซึมเศร้า ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องและติดตามผลการใช้โปรแกรมเป็นระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามวัดความคงอยู่ของประสิทธิผลของโปรแกรม นอกจากนี้ควรศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มวัยอื่น ๆ ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยปรับปรุงรูปแบบตามบริบทให้เหมาะสมกับกลุ่มนั้น ๆ

บรรณานุกรม

- กชกร ภัททวงศ์. (2542). ลักษณะบุคลิกภาพที่สัมพันธ์กับความมีคุณค่าในตนเอง ศึกษาเฉพาะกลุ่ม อาชีพวิศวกรและกลุ่มอาชีพนักบัญชี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, คณะศิลปศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรมสุขภาพจิต. (2557). รายงานการฆ่าตัวตายของประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.go.th>.
- กาญจนา พิบูลย์. (2548). ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ชลบุรี: โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*, 45(6), 359-374.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- ขวัญฤทัย อัมสมโภช. (2549). ผลของศิลปะเพื่อการบำบัดต่อการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คานธีชา บุญยาว. (2555). การออกแบบกิจกรรมศิลปะเพื่อเสริมสร้างการเห็นค่าในตนเองของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์การศึกษา*, 7(1), 1840-1857.
- ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 103-116.
- จักรกริช กล้าเผชิญ. (2559). *ดนตรีบำบัด (Music therapy)*. เข้าถึงได้จาก <https://facebook.com>.
- จิตรา โรจน์ขจรนภาลัย. (2556). ผู้สูงอายุคนที่ควรใส่ใจ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ*, 59(1), 60-62.
- จุฬามาศ วังทะพันธ์. (2553). ผลการให้การปรึกษาคตามแนวพุทธธรรมแบบกลุ่มในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า. *ยโสธรวารสาร*, 12(2), 92-96.
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เจษฎา โชคดำรงสุข. (2556). *คุณภาพชีวิต: 5 วิธีเพิ่มฮอโมนแห่งความสุข*. เข้าถึงได้จาก <http://www.manager.co.th>.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม และศุภร์ใจ เจริญสุข. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง เล่ม 2)*. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.

- ชลิดา รัชตะพงศ์ธร. (2554). *สีและปัจจัยเกี่ยวเนื่องในศิลปะบำบัดที่มีอิทธิพลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการออกแบบนิเทศศิลป์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ชนิดดา แนบเกษร. (2549). *เอกสารประกอบการสอน 106542 พยาธิสรีรวิทยาและเภสัชวิทยาเพื่อการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์. (2554). ผลการใช้ศิลปกรรมบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. *วารสารวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*, 32(2), 191-200.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2550). *ศิลปะบำบัด ศาสตร์ และศิลป์แห่งการบำบัด*. กรุงเทพฯ: อรุณสภาลาดพร้าว.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา และสมจิตร ไกรศรี. (2551). *โปรแกรมศิลปกรรมบำบัด สถาบันราชานุกูล*. กรุงเทพฯ: อรุณสภาลาดพร้าว.
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (2555). *การให้คำปรึกษาในรูปแบบของการให้คำแนะนำแบบสั้นสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบสาธารณสุข กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต*. เข้าถึงได้จาก <http://www.drterd.com>
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 103-116.
- ธนัญพร พรหมจันทร์. (2556). *ภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และสุชาติ พหลภักย์. (2549). การกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก: นวัตกรรมการรักษาทางจิตเวชและจิตประสาท. *วารสารจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(4), 365-380.
- ธานี รวยบุญส่ง. (2552). *การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีธัญญา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- ชรณินทร์ กองสุข, พิเชษฐ อุดมรัตน์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, มาโนช หล่อตระกูล, ณรงค์ มณีทอน และนันท์วัช ศิทธิรักษ์. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(1), 61-68
- ชรณินทร์ กองสุข, ศุภชัย จันทรทอง, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาว, รุ่งมณี ยิ่งยี่น, สักดา ชำคม, ศิริจันทร์ สุขใจ และจินตนา ลีจงเพิ่มพูน. (2553). *ความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามเมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข.
- ชรรมนาถ เจริญบุญ. (2553). ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 15 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 10(4), 428-436.
- นปภัช กันแพงศรี. (2557). ผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะต่อการเห็นค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก. *วารสารมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์*, 20(2), 163-178.
- นภา พวงรอด. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิทยาลัยสงฆานครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 2(1), 63-74.
- นฤมล อิททหมั่น. (2555). *ผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์เชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- นวัชพร วัฒนวิโรจน์. (2550). *การบริหารจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุในการควบคุมความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24-31.
- นาดยา วงศ์เหล็กภัย. (2532). *ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชวิทยาการปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.

- นิลวรรณ ศิวภุขพงษ์. (2554). *ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุศรา สุขสวัสดิ์, ภรภัทร เสงอุคมทรัพย์ และชนัดดา แนบเกษร. (2560). ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวัง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(1), 95-105
- ปริญญา แก้วทงงค์. (2552). *การศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ: การศึกษาชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประภัสสร วงษ์ศรี. (2553). *การเสริมสร้างผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก [http:// www.smmc.ac.th](http://www.smmc.ac.th)
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ยูเซี่ยน ครีเอชั่น.
- พิมพ์พร อากาศกุล. (2553). *การเห็นคุณค่าในตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ บ้านหัวกุ่มแจ ตำบลคลองกiewจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พิชัย อัญฐสกุล. (2555). *โรคอารมณ์ผิดปกติ. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์รามธิบดี (หน้า 148-173)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี.
- พิศมัย สิโรตมรัตน์. (2553). *ความเข้าใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2554) ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
ในชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 19(2), 107-118.
- ภารดี คำภู ณ อุทยา. (2550). ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดสำหรับกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง
ของเด็กอายุ 9-11 ปี. วิทยานิพนธ์จิตวิทยามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
คณะจิตวิทยา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ. (2551). การทำกลุ่มจิตบำบัด สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ. เชียงใหม่:
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มะลิ สุดกลาง. (2547). การจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อพัฒนาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์บ้านเมตตา จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์จิตวิทยามหาบัณฑิต,
สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2555). จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา หิรัญเทพ และนิตา ลิ้มสุวรรณ. (2555). ตำราพฤติกรรมศาสตร์
ทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี.
- ยุทธนา ฉันทพรณรัตน์. (2551). การพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิต
นักศึกษาไทย. เข้าถึงได้จาก <https://www.lib.buu.ac.th>.
- โยธิน ชินวณิช. (2559). “ความจำอดอย” จุดเริ่มอัลไซเมอร์ ตรวจพบก่อน รักษาได้ สุขภาพน่ารู้.
เคล็ดลับออนไลน์. เข้าถึงได้จาก <http://www.guru.sanook.com>.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ:
นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). การบำบัดด้วยการระลึกถึง ความหลัง : การบำบัดทางจิตสังคมใน
ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต, 25(2), 1-11.
- รัตนภรณ์ วัฒนา. (2557). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสัมพันธ์ภาพต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล
และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เรณู อินทร์ตา. (2548). ผลของการระลึกถึงความหลัง ต่อภาวะซึมเศร้าและความมีคุณค่าในตนเองของ
ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- เลิศศิริร์ บวรกิตติ และนันท์รัตน์ เจริญกุล. (2549). เอกภาพของกระบวนการและผลผลิตงานศิลปะ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 1, 14-15.
- เลิศศิริร์ บวรกิตติ และนันท์รัตน์ เจริญกุล. (2550). ประวัติการสืบสานศิลปกรรมบำบัดของอีดิธ เครเมอร์. *วารสารธรรมศาสตร์*, 7(1), 85-88.
- เลิศศิริร์ บวรกิตติ. (2551). ศิลปกรรมบำบัด: ความสังเขป. *วารสารการสาธารณสุข*, 14(6), 1051-1054.
- เลิศศิริร์ บวรกิตติ. (2552). *ศิลปะเพื่อการบำบัด โดย อีดิธ เครเมอร์*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- เลิศศิริร์ บวรกิตติ. (2553). *ศิลปกรรมบำบัดสังเขป*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร
- วลัยพร นันท์สุภวัฒน์. (2552). สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 27(1), 27-32.
- วลัยพร นันท์สุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับประชากรผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วารี กังใจ. (2541). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 6(1), 13-19.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์ และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรี้ แสงสาย. (2557). *ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- ศิริลักษณ์ ปัญญา. (2558). ผลของกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(2), 99-110.
- ศิวินารถ จารุพันธ์. (2554). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายรำไม้พลองบ้านภูมิแบบประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อภาวะซึมเศร้าและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(1), 42-56.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 9)*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2545). *โครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination: TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.

- สถิติประชากรผู้สูงอายุในอำเภอบ่อไร่. (2559). รายงานสถิติผู้สูงอายุที่คัดกรองภาวะซึมเศร้า
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอบ่อไร่. トラด: สำนักงานสาธารณสุข.
สายใจ พัวพันธ์. (2548). ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สายฝน เอกวางกูร. (2553). รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพรส (1989).
- สุกัญญา นามวงศ์. (2556). รายงานศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขตพื้นที่นครชัยบุรี
ช่วงเดือน กรกฎาคม 2555. เข้าถึงได้จาก <http://www.klb.dmh.go.th>
- สุชาดา ทวีสิทธิ์. (2553). คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา.
- สุธรรม นันทมงคลชัย, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ และอาภาพร
เผ่าวัฒนา. (2553). วิถีชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลานในเขตชนบทภาคเหนือของ
ประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 41(1), 29-37.
- สุธานันท์ กัลป์กะ. (2557). ตำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย.
วารสารรามาชิตีพยาบาล, 20(3), 289-303.
- สุธานันท์ ชุนแจ่ม. (2554). การสำรวจวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. วารสาร
รามาชิตีพยาบาล, 17(3), 412-429.
- สุพรรณยา แสงพระจันทร์. (2559). การรับรู้ความหมายความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
ซึมเศร้า. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 26(2), 76-88.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, ณรงค์ มณีทอน, เบญจลักษณ์ มณีทอน, กมลเนตร
วรรณเสวก, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, ชีราภา ธานี และจินตนา ลีจงเพิ่มพูน. (2549).
การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถามในชุมชนไทย
อีสาน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 52(2), 138-148.
- สังวาล รักษ์เผ่า. (2539). ระเบียบวิธีวิจัยและสถิติในการวิจัยทางคลินิก. เชียงใหม่: โครงการตำรา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). การคาดประมาณ
ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2556). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: ส. เอเชีย
เพรส (1989).
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรพรรณ ทองแดง. (2553). *คุณภาพชีวิต: มารู้จักภาวะซึมเศร้ากันเถอะ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.manager.co.th>.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร.
- อรพรรณ ทองแดง. (2554). *การวิจัยเพื่อพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พรินท์ (1991).
- อรสา ไยยง และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 56(2), 117-128.*
- อุมาพร สงวนญาติ. (2544). *การศึกษาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างแบบทดสอบวัดความภาคภูมิใจตนเองที่มีรูปแบบการตอบและวิเคราะห์ต่างกัน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวัดและประเมินผลการศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*
- Achat, H., Kawachi, I., Spiro, A., DeMolles, D. A., & Sparrow, D. (2000). Optimism and depression as predictors of physical and mental health functioning: The normative aging study. *Annals of Behavioral Medicine, 22*, 127-130.
- Akiskal, H. S. (1995). Mood disorders: introduction and overview. In H. I. Kaplan, & B. J. Sadock, (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- American Art Therapy Association. (2013 a). *A guide to conducting art therapy research, mundelein IL: American art therapy association*. Retrieved from <http://www.arttherapy.org>.
- American Art Therapy Association. (2013 b). *What is art therapy: American art aherapy Association*. Retrieved from <http://www.arttherapy.org>.
- Basting, A. D. (2006). Arts in dementia care: "This is not the end....it's the end of this chapter" *Generations, 30(1)*, 16-20.

- Basting, A. D., & Killick, J. (2003). *The arts and dementia care: A resource guide*. Brooklyn: The National Centre for Creative Aging.
- Beck, A. T., Rush, A. J. Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, D. A., & Koenig, H. G. (1996). Minor depression: a review of the literature. *Internal Journal Psychiatry in Medicine*, 26(2), 177-209.
- Bidring, E. (1953). *Affective disorder: Psychoanalytic contributions to their study*. Oxford England: International Universities Press.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research conduct, critique, and Utilization* (5nd ed.). Philadelphia: Elsevier saunders.
- Cahoon, C. G. (2012). Depression in older adult. *The American Journal of Nursing*, 112(11), 23-30.
- Coopersmith, S. (1984 a). *SEI: Self-esteem inventories*. California: Consulting Psychologist Press.
- Coopersmith, S. (1984 b). *The antecedents of self-esteem* (2nd ed.). California: Consulting Psychologist Preess.
- Dhara, D. R., & Yogesh, J. (2013). Drpession and Psychological well-being in old age. *Journal Psychol Psychother*, 3(3), 1-4.
- Doric-Henry, L. (1995). *Art as therapy: Eastern method ceramics as a therapeutic intervention for elderly nursing home residents*. Unpublished master's thesis, Art Therapy Program, Wayne State University, Michigan.
- Doric-Henry, L. (2004). Pottery Making on a wheel with older adult nursing home residents. *Art Therapy with Older Adult*, 59(1), 5-34.
- Erikson, E. H. (1997). *The life cycle completed*. New York: W. W. Norton.
- Graham, J. E., Lobel, M., Glass, P., & Lokshina, I. (2008). Effects of written anger expression in chronic pain patients: making meaning from pain. *The Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 201-212.
- Hass-Cohen, N., & Carr, R. (2008). *Art therapy and clinical neuroscience*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

- Im, K. J., Myoung-Ae, C., & Young, R. C. (2009). Prevalence and predictors of geriatric depression in community-swelling elderly. *Asian Nursing Research*, 3(3), 121-128.
- Kennard, R. (2013). *Depression*. Retrieved from <http://www.Healthcentral.com/depression/c/4182/128686/mild-difference>.
- Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2003). *Cognitive behaviour therapy with older people*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Liebmann, M. (2004). *Art Therapy for group* (2nd ed.). Hove: Brunner-Routledge.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row.
- McCaffrey, R., Liehr, P., Gregersen, T., & Nishioka, R. (2011). Garden walking and art therapy for depression in older adults: a pilot study. *Research in Gerontological Nursing*, 4(4), 237-242.
- Nan, J., & Ho, R. (2017). Effects of clay art therapy on adults outpatients with major depressive disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 27, 237-245.
- Niva, B., & Skar, L. (2006). A pilot study of the activity patterns of five elderly persons after a housing adaptation. *Occupational Therapy International Journal*, 13(1), 21-34
- Perry, R. C. (2004). *Art therapy with older adults: A Sourcebook*. Illinois: Charles Thomas Publisher.
- Price, S., Arbuthnot, E., Benoit, R., Landry, D., Landry, M., & Butler, L. (2007). The art of Nursing: Communication and self-expression. *Nursing Science Quarterly*, 20, 155-160.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2001). *Nursing research principles and methods* (6nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reynolds, M. W., & Lim, K. H. (2007). Contribution of visual art-making to the subjective well-being of women living with cancer: A qualitative study. *Arts Psychother*, 34(1), 1-10.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Book.
- Rosenberg, M. (1981). *Social psychological perspectives*. New York: Basic Book.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2005). *Qualitative interviewing the art of hearing data*. (2nd ed.). New York: Sage Publications.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott.
- Satir, V. (1991). *The satir model family therapy and beyond*. PaloAlto: Science and Behavior, Verginia.
- Seligman, M. E. P (1980). A leared helplessness point of view. In L. Rehm (Ed.), *Behavior therapy fot depression* (หน้า 123-142). New York: Academic Press.
- Taft, L. R. (1985). Self-esteem in later laterlife: A nursing perspective. *Advance in Nursing Science*, 8(1), 77-84.
- The World Bank. (2016 a). *Population ages 65 and above (% of total)*. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>
- The World Bank. (2016 b). *Population, total*. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>.
- Vacarolis, E. M. (2002). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical Approach* (4th ed.). New York: W.B. Saunders.
- Volkert, J., Schulz, H., Harter, M., Wlodarczyk, O., & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorder in older people in Western countries-a meta-analysis. *Aging Research Reviews*, 12, 339-353.
- Waller, D. (1993). *Group Interactive Art Therapy: Its use in training and treatment*. London: Routledge.
- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. New York: Churchill Livingstone.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Colorado: University Press of Colorado.
- Wilkins, P. (2016). *Person-centered and experiential therapies. Contemporary approaches and issues in practice*. Los Angeles: SAGE Publications.
- World Health Organization [WHO]. (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. Retrived from http://www.who.int/mental-health/mhgap/rsks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|--|--|
| 1. นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี | นายแพทย์ชำนาญการ
หัวหน้าแผนกจิตเวช
โรงพยาบาลพุทธโสธร |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ | สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เลิศศิริร์ บวรกิตติ | อาจารย์ประจำ
คณะศิลปกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |

ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมระดับบัณฑิตศึกษา

คำชี้แจงเพื่ออธิบายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของกลุ่มศิลปะบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
The Effect of Group Art Therapy on Depression and Self-esteem in Older Adults with Depression

ชื่อนิสิต นางสาวอุษารณ เสือเต่า

รหัสประจำตัวนิสิต 56920185 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 12 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและปานกลาง จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 24 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองแอง จังหวัดตราด

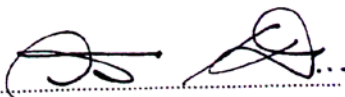
2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 256

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียวอิศเรศ)

รองประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปฏิบัติการแทน
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(สำหรับกลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าและควมมีคุณค่าในตนเองของ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-12-2560

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอุษาธร เสือเต่า

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า
และควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัย
ได้กำหนดในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป ที่มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า
ระดับเล็กน้อย และระดับปานกลางในปี พ.ศ. 2560 โดยมีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย
จำนวน 12 คน

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถาม
ข้อมูลทั่วไปและทำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย และแบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
(สามารถซักถามผู้วิจัยเมื่อมีข้อสงสัย) ในกลุ่มทดลองนี้ผู้วิจัยจะขอให้ท่านทำกิจกรรมกลุ่มศิลปะ
บำบัดเพื่อเสริมสร้างคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม
ทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ทุกวันอังคาร และวันศุกร์
เวลา 09.30-11.30 น. และมีการติดตามผลหลังเสร็จสิ้น 1 เดือน ขึ้นตอนและเนื้อหาในการบำบัด
ประกอบด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 1 “วาดภาพอิสระ” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสีต่อกันภายในกลุ่มใหญ่
และกลุ่มย่อยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจระหว่างสมาชิกกลุ่มร่วม
สร้างภูมิตกใจหรือข้อตกลง ในการทำกลุ่มศิลปะบำบัดร่วมกัน และสร้างความคุ้นเคยกับอุปกรณ์
ในการวาดภาพ

กิจกรรมครั้งที่ 2 “นี่คือตัวฉัน” ถูกกำหนดขึ้นเพื่อให้สมาชิกผู้สูงอายุได้ประเมิน สำรวจ และเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 3 “วาดภาพอิสระ”: ชีวิตที่ผ่าน เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสี เพื่อเข้าใจตนเอง ส่งเสริมความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการเผชิญปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 4 “วาดภาพแห่งรอยยิ้ม” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสี เพื่อเสริมสร้าง การเกิดความสุขทางใจ สนับสนุนให้สมาชิกมีมุมมองต่อตนเองในทางบวก

กิจกรรมครั้งที่ 5 “ต้นไม้วิเศษ” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสี เพื่อแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ที่สร้างความสุขและความทุกข์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม และเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหา ปรับมุมมองเชิงบวกให้กับตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 6 “ความภาคภูมิใจ” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสี เพื่อส่งเสริม การยอมรับและความภาคภูมิใจในตนเอง และการเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น **กิจกรรมครั้งที่ 7 “สายธารชีวิต”** เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสี เพื่อมองเห็นศักยภาพของตนเองในการผ่านพ้นปัญหา เกิดความเชื่อมั่นและ รับรู้คุณค่าในตนเอง **กิจกรรมครั้งที่ 8 “ความสุขที่ฉันอยากเป็น”** เพื่อค้นหา ความสุขและเป้าหมายในการดำเนินชีวิตสร้างแนวคิดการเรียนรู้รวบรวมที่ได้จากการร่วมกิจกรรม ทั้งหมด สรุปและแสดงผลงานของสมาชิก

ประโยชน์ที่จะได้รับ ในการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ความรู้ความเข้าใจ ถึงความความมีคุณค่าในตนเอง ได้รับการเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งสามารถใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่อย่างเต็มที่ และผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางการพยาบาล ไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในสถานพยาบาลหรือในชุมชนที่ดูแล ผู้สูงอายุได้

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การตอบรับหรือการปฏิเสธ และการถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับวิถีชีวิต ครอบครัว หรือการรักษาพยาบาลของท่าน ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัส แทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้ ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูก ทำลายหลังจากผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา และผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้ง ให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ที่นางสาวยุพาทรร เตื่อเต่า หมายเลขโทรศัพท์ 095-5040025 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 080-0785883 ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นางสาวยุพาทรร เตื่อเต่า
ผู้วิจัย

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



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าและควมามีคุณค่าในตนเอง
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-12-2560

ชื่อผู้วิจัย นางสาวยุพาทธ เสือเต่า

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า
และควมามีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัย
ได้กำหนดในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป ที่มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า
ระดับเล็กน้อยและระดับปานกลางในปี พ.ศ. 2560 โดยมีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย
จำนวน 12 คน

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามแบบสอบถาม
ข้อมูลทั่วไปและทำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
(สามารถซักถามผู้วิจัยเมื่อมีข้อสงสัย) ในกลุ่มทดลองนี้ ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยการให้
ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไปในวัยสูงอายุ การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การให้คำปรึกษา
เบื้องต้น และบริการเยี่ยมบ้านปกติกับกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินกิจกรรมประจำเดือนในวันชมรมผู้สูงอายุ
เดือนละครั้ง ครั้งละประมาณ 60 นาที

ประโยชน์ที่จะได้รับ ในการวิจัยท่านจะได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป
ในวัยสูงอายุ ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า รวมทั้งคำแนะนำการให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการเยี่ยมบ้าน
การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การตอบรับหรือการปฏิเสธ
และการถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย
โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ
กับวิถีชีวิต ครอบครัวหรือการรักษาพยาบาลของท่าน ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัส แทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา และผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว การวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบ โดยรวดเร็ว ไม่ปิดบัง

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ที่ นางสาวพาทร เสือเต่า หมายเลขโทรศัพท์ 095-5040025 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 080-0785883

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นางสาวพาทร เสือเต่า
ผู้วิจัย

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



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของ โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า
และควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

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

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวอุพาธร เสือเต่า)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง
จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วแม่่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอม
นี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวอุพาธร เสือเต่า)

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมศิลปบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าและควมมีคุณค่าในตนเองของ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกดังนี้


1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 แบบคัดกรองประเมินอาการสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ
 - 1.2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม และ 9 คำถาม (2Q, 9Q)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
 - 2.2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]
 - 2.3 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมศิลปบำบัดแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะซึมเศร้า

เลขที่.....

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นเป็นภาษาไทย (TMSE)

แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

คำถาม	คะแนน
1. Orientation (6 คะแนน)	
วัน, วันที่, เดือน, ช่วงของวัน	4
ที่ไหน	1
ใคร (คนในภาพ)	1
2. Registration (3 คะแนน) บอกของ 3 อย่าง แล้วให้พุดตาม	
ต้นไม้ รถยนต์ มือ	3
3. Attention (5 คะแนน) ให้บอกวันย้อนหลัง	
วันอาทิตย์ วันเสาร์ วันศุกร์ วันพฤหัสบดี วันพุธ วันอังคาร วันจันทร์	5
4. Calculation (3 คะแนน) 100-7 ไปเรื่อย ๆ 3 ครั้ง	
100, 93, 86, 79	3
5. Language (10 คะแนน)	
5.1 ถามว่าสิ่งนี้เรียกว่าอะไร (นาฬิกา, เสื้อผ้า)	2
5.2 ให้พุดตาม “ชายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”	1
5.3 ทำคำ (3 ขั้นตอนบอกทั้งประโยคพร้อม ๆ กัน)	
หยิบกระดาษด้วยมีดขวา	1
พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น	1
แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ	1
5.4 อ่านข้อความแล้วทำตาม “หลับตา”	1
5.5 วาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง 	2
5.6 กล้วยกับส้มเหมือนกัน คือ..... (เป็นผลไม้)	
แมวกับหมาเหมือนกัน คือ..... (เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)	1
6. Recall (3 คะแนน) ถามของ 3 อย่างที่ให้ทำตามข้อ 2 ต้นไม้ รถยนต์ มือ	3
คะแนนรวมสมองเสื่อม คะแนน ≤ 23	

เลขที่.....

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

คำแนะนำ ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ
(ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่มเติม)

คำถาม	มี	ไม่มี
1. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า ท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

การแปลผล และการดูแล

- ถ้าตอบว่า “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ ถือว่า ไม่มีภาวะของอาการซึมเศร้า
- ถ้าตอบว่า “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้ม

จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมิน 9Q ต่อ หรือส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อพบเจ้าหน้าที่คลินิกจิตเวช
ในการประเมินต่อไป

เลขที่.....

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

คำแนะนำ ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ
(ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่มเติม)

คำถาม (9Q) ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านมีอาการ เหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	มีอาการ		
		บางวัน (< 7 วัน)	บ่อย (> 7 วัน)	ทุกวัน
1. เบื่อ ๆ ไม่สนใจอยากทำอะไร				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3. หลับยาก หรือหลับหลับตื่น ๆ หรือหลับมากไป				
7.....				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดี				
รวมคะแนน				

การแปลผล

- 7-12 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
- 13-18 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
- > 19 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่.....

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน เพียง 1 คำตอบ ใน 1 ข้อ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านและกรุณาตอบให้ครบทุกข้อคำถาม

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา 1. พุทธ 2. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
4. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่ 3. แยกกันอยู่
 4. หม้าย 5. หย่า 6. อื่น ๆ (ระบุ).....
5. สถานภาพการอยู่อาศัย
 1. อยู่ตามลำพัง 2. อยู่กับคู่สมรส
 3. อยู่กับครอบครัว บุตร หลาน 4. อยู่กับญาติ
 5. อื่น ๆ (ระบุ).....
6. ระดับการศึกษาสูงสุด
 1. ต่ำกว่าประถมศึกษา 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า 4. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 5. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 6. สูงกว่าปริญญาตรี
7. ในปัจจุบันนี้ท่านยังทำงานหรือไม่
 1. ทำ โปรดระบุอาชีพ.....
 2. ไม่ทำ
8. รายได้จากการทำงาน (เฉพาะที่ ตอบว่า ทำงาน ในข้อ 7).....บาท/ เดือน
9. ถ้าในข้อ 7 ตอบว่าไม่ได้ทำงาน ท่านดำรงชีพอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. เงินบำเหน็จบำนาญของตนเอง
 2. เงินบำเหน็จบำนาญของคู่สมรส
 4. บุตรหลาน ญาติพี่น้องสงเคราะห์
 5. เงินออม
 6. อื่น ๆ ระบุ.....

เลขที่.....

แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดของตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไม่มีคำตอบใดที่ถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงตรงกับความคิดความรู้สึกของตนเองมากที่สุด โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ให้ขีด (✓) ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ให้ขีด (✓) ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่
1.	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้		
2.	ท่านไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3.	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
...		
...		
...		
...		
...		
...		
...		
...		
...		
...		
...		
...		
...		
...		
...		
...		
...		
...		
...		
...		
30.	ท่านมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน		
รวม			

เลขที่.....

แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง: ขอให้ท่านพิจารณา และตอบแบบสัมภาษณ์ที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่าน ที่มีต่อตัวท่านเอง ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด โดยผู้วิจัยจะกรอกข้อมูลที่ได้รับ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง กรุณาแจ้งคำตอบของท่าน เพื่อให้ผู้วิจัยได้กรอกข้อมูลลงในช่องว่างในคำถาม แต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลยคือ เมื่อท่านไม่เคยรู้สึกตรงตามข้อนั้นเลย

รู้สึกเช่นนั้นน้อยมาก คือ เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือน้อยครั้ง

รู้สึกเช่นนั้นบางครั้ง คือ เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง

รู้สึกเช่นนั้นบ่อยครั้ง คือ เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นอยู่บ่อยครั้ง

รู้สึกเช่นนั้นเกือบหมด คือ เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นเกือบตลอดเวลา

ข้อความ	ไม่เคย รู้สึกเช่นนั้น เลย	รู้สึก เช่นนั้น น้อยมาก	รู้สึก เช่นนั้น บางครั้ง	รู้สึก เช่นนั้น บ่อยครั้ง	รู้สึก เช่นนั้น เกือบ ตลอด
1. ท่านรู้สึกว่าท่านมีดีหลายอย่าง					
2. ท่านรู้สึกว่าท่านนับถือตัวเอง น้อยกว่าที่ควรจะเป็น					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9. บางครั้งคิดว่าเป็นคนที่มีอะไรดี					
10. โดยทั่วไปแล้วมีความพอใจ ในตนเอง					

โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้าง คุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

แนวคิด

กลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านี้พัฒนาขึ้น เพื่อใช้บำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) ถึง ระดับปานกลาง (Moderate depression) ซึ่งผู้บำบัดพัฒนาโปรแกรมจากกรอบแนวคิดการมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) และรูปแบบของกระบวนการศิลปะบำบัด BOVORNKITTI Art Therapy Model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) เพื่อใช้ศิลปะเป็นสื่อกลางสะท้อนความคิดสร้างสรรค์ เปิดเผยตัวตนอย่างอิสระ แลกเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกทางด้านบวกและลบผ่านภาพวาด ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักรู้ในตนเองและประเมินตนเองในทางบวก เพื่อเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีอารมณ์เศร้า ว่าเหว่ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เสียใจ มีกระบวนการความคิดอัตโนมัติทางลบเกี่ยวกับตนเอง รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มีความแปรปรวนทางด้านความคิด และอารมณ์ (Beck, 1979; Seligman, 1981; Sadock, 2000) จากการศึกษาพบว่าศิลปะบำบัดจัดเป็นรูปแบบการบำบัดชนิดหนึ่งที่สามารถใช้กับผู้สูงอายุได้ (คานธีชา บุญยาว, 2555; ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, 2554; นปภัช กันแพงศรี, 2557; นฤมล อินทหมั่น, 2555) โดยศิลปะบำบัด ไม่มีรูปแบบที่ตายตัว ไม่ได้เน้นถึงความสวยงามของชิ้นงานกระบวนการทำศิลปะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสร้างสรรค์ผลงานตามใจชอบอย่างอิสระตามหัวข้อกิจกรรม เน้นที่กระบวนการถ่ายทอดเนื้อหาความคิด เรื่องราวประสบการณ์จากภาพวาด ซึ่งในแต่ละหัวข้อของกิจกรรมทางศิลปะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึกต่อผลงานที่ตนเองทำหรือร่วมกันทำภายในกลุ่ม กระบวนการศิลปะบำบัดจะช่วยกระตุ้นให้สมาชิกมีกิจกรรมและการสนทนาที่นำไปสู่การเกิดสัมพันธภาพความไว้วางใจ ภายใต้การยอมรับซึ่งกันและกันโดยปราศจากเงื่อนไข ส่งเสริมกำลังใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ประเมินตนเอง เข้าใจตนเองจนสามารถปรับอารมณ์ความรู้สึกไปสู่ทิศทางบวก พร้อมทั้งเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น ทำให้มองเห็นศักยภาพของตนเอง มีความภาคภูมิใจจนพัฒนาเป็นความมีคุณค่าในตนเอง

แนวความคิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) มีมุมมองว่า ความมีคุณค่าในตนเอง เกิดจากโครงสร้างอัตมโนภาพ (Self-concept) ซึ่งประเมินจาก 2 มิติ คือ

มิติที่ 1 การตระหนักรู้ในตนเอง (Cognitive self) เป็นเรื่องของความรู้ความเข้าใจที่บุคคลมีต่อตนเองจากการเป็นเจ้าของตำแหน่ง สถานภาพภายในสังคมที่บุคคลนั้นอาศัย หรือเป็นสมาชิกอยู่ทำให้แต่ละบุคคลมีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง เช่น พ่อ แม่ ครู ลูก เป็นต้น เอกลักษณ์ที่บุคคลได้จากสังคมนี้สามารถทำให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นใคร บุคคลอื่นเป็นใคร และมีความแตกต่างกันอย่างไร การรับรู้นี้นำไปสู่อัตมโนภาพของบุคคล โดยความคิดเกี่ยวกับตนเองที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับการประเมินของบุคคล

มิติที่ 2 การประเมินตนเอง (Evaluative self) เป็นการอธิบายตนเองของบุคคลซึ่งได้มาจากการที่บุคคลนำตนเองไปประเมินกับสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่นเพื่อที่จะทำให้บุคคลรู้ว่าเขามีคุณค่า

BOVORNKITTI Art Therapy Model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) เป็นรูปแบบการทำกลุ่มศิลปะบำบัดมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่มีกระบวนการและรูปแบบที่ตายตัว แต่ต้องมีการวางแผนการบำบัดให้เหมาะกับลักษณะ “แบบรายบุคคลหรือกลุ่มบุคคล” มีขั้นตอนดังนี้

1. เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing) ในขั้นนี้จะเน้นการทำงานศิลปะที่แสดงอารมณ์และความนึกคิด และการสำรวจตัวตน
2. เข้าใจยอมรับ (Accepting and connecting) ในขั้นนี้จะเน้นการเชื่อมโยงงานศิลปะกับความคิด และการค้นพบตัวตนเข้าใจและรับรู้ปัญหา
3. แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling) ในขั้นนี้จะเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน สร้างการรับรู้โดยการแบ่งปันปัญหา อารมณ์ ความคิดและเหตุผลที่มีอยู่เพื่อเข้าใจจิตสำนึกตน
4. เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing) ในขั้นนี้จะเน้นการเสริมสร้างแนวคิดและการรับรู้เชิงบวก อาจมีการปรับพฤติกรรมและพัฒนาทักษะการคิดหรือสติปัญญา เพื่อการเปลี่ยนแปลงสู่สภาพจิตปกติที่มีความสมดุลและมั่นคง โดยหลังจากที่ให้ความช่วยเหลือผู้ที่มารับบริการศิลปะบำบัด 4 ขั้นนี้แล้ว นักศิลปะบำบัดควรสรุปบันทึกการสังเกตและอาจใช้แบบวัดที่เหมาะสมกับพฤติกรรม อารมณ์หรือข้อบกพร่องทางจิตของผู้รับบริการเพื่อผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลง

วิธีการดำเนินการ

โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างควมมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านี้ มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน 8 กิจกรรม โดยกำหนดเป็นศิลปะด้านการวาดภาพระบายสี เป็นกลุ่มศิลปะบำบัดถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิดออกมาเป็นภาพวาด ได้ระบายความรู้สึกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันในกลุ่ม จนพัฒนาเป็นความรู้สึกด้านบวกต่อตนเอง เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง คือ วันอังคาร และศุกร์ เวลา 10.00 น. ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ แต่ทุกครั้งใช้เวลาประมาณ 90-120 นาที

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ อำเภอปอไร่ จังหวัดตราด ช่วงปี พ.ศ. 2560 ซึ่งคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) 2 คำถาม และ (9Q) 9 คำถาม เพื่อทำการคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 7-18 คะแนน

วัตถุประสงค์

เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมกลุ่มศิลปะบำบัด

สถานที่

สถานที่ดำเนินการ ผู้บำบัดเลือกห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองแอง ตำบลบ่อพลอย อำเภอปอไร่ จังหวัดตราด

ผู้รับผิดชอบ

นางสาวยุพาทรร เสือเต่า นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ขั้นตอนในการบำบัด

ขั้นตอนที่ 1 เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing)	
กิจกรรมที่ 1	<p>“วาดภาพอิสระ”: วาดภาพระบายสีต่อกันภายในกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจระหว่างสมาชิกกลุ่ม 2. เพื่อร่วมสร้างกฎกติกาหรือข้อตกลงในการทำกลุ่มศิลปะบำบัดร่วมกัน 3. เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับอุปกรณ์ในการวาดภาพ
กิจกรรมที่ 2	<p>“นี่คือตัวฉัน”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อประเมินและสำรวจตนเอง 2. เพื่อเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง
ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจและยอมรับ (Accepting and connecting)	
กิจกรรมที่ 3	<p>“วาดภาพอิสระ”: ชีวิตที่ผันผ่าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเข้าใจตนเอง 2. เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการเผชิญปัญหา
กิจกรรมที่ 4	<p>“วาดภาพแห่งรอยยิ้ม”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเสริมสร้างการเกิดความสุขทางใจ 2. เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกมีมุมมองต่อตนเองในทางบวก
ขั้นตอนที่ 3 แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling)	
กิจกรรมที่ 5	<p>“ต้นไม้วิเศษ”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่สร้างความสุขและความทุกข์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม 2. เพื่อเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหา ปรับมุมมองเชิงบวกให้กับตนเอง
กิจกรรมที่ 6	<p>“ความภาคภูมิใจ”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมการยอมรับและความภาคภูมิใจในตนเอง 2. เพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น

ขั้นตอนที่ 4 เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing)	
กิจกรรมที่ 7	<p>“สายธารชีวิต”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อมองเห็นศักยภาพของตนเองในการผ่านพ้นปัญหา 2. เพื่อเกิดความเชื่อมั่นและ รับรู้คุณค่าในตนเอง
กิจกรรมที่ 8	<p>“ความสุขที่ฉันอยากเป็น”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อค้นหาความสุขและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต 2. เพื่อสร้างแนวทางการเรียนรู้รอบขอบที่ได้จากการร่วมกิจกรรมทั้งหมด 3. เพื่อสรุปและแสดงผลงานของสมาชิก

กิจกรรมที่ 1 “วาดภาพอิสระ”

เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจระหว่างสมาชิกกลุ่ม
2.
3. เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับอุปกรณ์ในการวาดภาพ

แนวคิดของกิจกรรม

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มหรือผู้บำบัดและสมาชิก เริ่มจากการแนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศของความเป็นมิตร มีการกำหนดวัตถุประสงค์ กฎกติการ่วมกัน เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้ทำการรู้จัก

.....

สื่อ/อุปกรณ์

กระดาษวาดเขียน 100 ปอนด์ /แผ่นเล็กและแผ่นใหญ่ 100-200 แกรม สีโปสเตอร์
 พู่กัน สีน้ำ งานสี แก้วน้ำ สีเทียน กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกาเคมี และแผ่น CD ดนตรีผ่อนคลาย

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำบดกล่าวทักทาย/สวัสดี สนทนาเรื่องทั่วไป แนะนำตัวเองและให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตัวในบรรยากาศที่อบอุ่นเป็นกันเอง
2. ผู้นำบดชี้แจงให้รู้จักโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัด แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาของกิจกรรมศิลปะบำบัด ประโยชน์ของการเข้ากลุ่ม และกระตุ้นให้สมาชิกกำหนดกฎกติกา ข้อตกลงในการทำกลุ่มร่วมกัน
3. ให้สมาชิกทำแบบวัดคัดกรองโรคซึมเศร้า Thai Geriatric Depression Scale

[TGDS] และแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุ อธิบายและชี้แจงให้ทราบว่า จะบอกผลคะแนนในครั้งต่อไป คะแนนที่ได้จะไม่มีผลใดๆต่อสมาชิกกลุ่ม เป็นเพียงการประเมิน เพื่อแนวทางการช่วยเหลือเท่านั้น

4. แนะนำให้รู้จักและสร้างความคุ้นเคยกับอุปกรณ์การวาดภาพระบายสี การ ใช้สีเทียน สีชอล์ก โดยผู้บ้นำอุปกรณ์ทั้งหมดมาให้สมาชิกดูและสัมผัส พร้อมทั้งอธิบาย วิธีการใช้

5. แจกกระดาษให้คนละ 1 แผ่น และให้เลือกสีที่ตนเองชอบจำนวนคนละ 2 แห่ง จากนั้นให้ทดลองใช้อุปกรณ์ เริ่มต้น Warming จับสีวาดภาพ เป็นลวดลายเส้นที่ต้องการอย่างอิสระ 5 นาที พร้อมอธิบายว่า “กิจกรรมศิลปะในครั้งนี้ไม่ได้เน้นที่ผลงาน เน้นที่กระบวนการและคุณค่า ทางจิตใจ ไม่ต้องกังวลว่าผิดหรือถูก เพราะเราใช้ศิลปะเป็นสื่อในการแสดงออกถึงอารมณ์ ความต้องการ สะท้อนถึงความรู้สึกนึกคิดว่าเป็นอย่างไร” จากนั้นผู้บ้นำให้ผู้สมาชิกรวบรวมภาพ ส่งให้ผู้บ้นำจัดเก็บ

5.

6.

7. สรุปสิ่งที่กลุ่มได้รับจากการเรียนรู้ในครั้งนี้ และสรุปผลลงในกระดาษ

ฟลิปชาร์ต

8. สรุปกิจกรรม “วาดภาพอิสระ เป็นการสร้างผลงานศิลปะโดยใคร ๆ ก็สามารถทำได้

.....

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ มีความคุ้นเคยกับอุปกรณ์ ศิลปะมากขึ้น

2. สมาชิกผู้สูงอายุบอกถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อได้ทำงานศิลปะอย่างอิสระ

3. การให้ความร่วมมือในกิจกรรม ตามข้อตกลง กฎกติกาของกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 “นี่คือตัวฉัน”

เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินและสำรวจตนเอง
2. เพื่อเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง

แนวคิดของกิจกรรม

การเปิดเผยตัวตนทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง ทำให้รู้จัก เข้าใจ และยอมรับตนเองในสภาพความเป็นจริงที่เป็นอยู่ การทำความรู้จักตนเองเป็นรากฐานของการพัฒนาตน เพราะเมื่อบุคคลรู้จักและมองเห็นตนเองในสภาพของความเป็นจริงว่ามีจุดดีจุดด้อยเรื่องใด ทำให้รู้ตัว มีสติ รู้จักความสามารถตนเอง รับรู้อารมณ์ว่าเป็นคนมีอารมณ์แบบไหนจะนำไปสู่การควบคุมอารมณ์

.....

.....

.....

.....

กิจกรรมการวาดภาพ “นี่คือตัวฉัน” ถูกกำหนดขึ้นเพื่อให้สมาชิกผู้สูงอายุได้ประเมินสำรวจและเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง เป็นกิจกรรม “ค้นหา” “รู้จัก” และ “เข้าใจ” ตนเอง โดยกำหนดให้สมาชิกวาดภาพลักษณะสัญลักษณ์บ่งบอกว่าตัวเราเองเป็นคนอย่างไร ซึ่งการเปิดเผยตนเองจะช่วยให้รู้จักและเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ จากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และได้เห็นความจริงว่าตนเองไม่ได้มีปัญหาเพียงคนเดียว ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้นและมีมุมมองทางบวกต่อตนเอง

สื่อ/ อุปกรณ์

กระดาษวาดเขียน 100 ปอนด์ แผ่นใหญ่ ดินสอ ยางลบ สีชอล์ก สีเทียน
กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกาเคมี และแผ่น CD ผ่อนคลาย

วิธีดำเนินการ

1. ผู้บำบัดกล่าวทักทาย/สวัสดี สนทนาเรื่องทั่วไป แนะนำตัว ในบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นกันเอง และทบทวนสาระสำคัญในกิจกรรมครั้งที่ 1

2. ผู้บำบัดบอกชื่อกิจกรรม “นี่คือตัวฉัน” ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ประโยชน์ที่ได้รับ และให้สมาชิกผู้สูงอายุทบทวนกฎกติกา ข้อตกลงในการทำกลุ่มร่วมกัน

3. กิจกรรม “นี่คือตัวฉัน” ผู้บำบัดให้สมาชิกผู้สูงอายุหลับตา กำหนดลมหายใจ เข้าออก (พร้อมเปิดดนตรี ผ่อนคลายลมหายใจเข้า-ออก) 3 นาที จากนั้นปิดเสียงเพลง แต่ยังคงหลับตาอยู่ ให้สมาชิกจินตนาการภาพตนเองว่า “ตนเองมีลักษณะสัญลักษณ์อย่างไร ประเมินตนเองว่าฉันเป็นคนแบบไหน มีจุดเด่นอะไรที่เราภาคภูมิใจ มีจุดอ่อนอะไรที่อยากปรับปรุง ให้วาดภาพตัวตนของตนเองตามความรู้สึกนึกคิดออกมาได้ตามต้องการ โดยไม่มีถูกไม่มีผิด ไม่นั่น ความสวยงาม แต่ให้ทุกคนตระหนักรู้ ประเมินตนเองได้ว่าตนเป็นเช่นไร” ผู้บำบัดแจกอุปกรณ์ ให้สมาชิกเลือกสีตามใจชอบ และสงบนิ่ง จากนั้นให้หามุมสงบวาดภาพ

.....

.....

.....

.....

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า อารมณ์ และพฤติกรรมความร่วมมือ ขณะทำกิจกรรมจนสำเร็จ
2. สมาชิกผู้สูงอายุสามารถบอกถึงความรู้สึกของตนเองว่าตนเองเป็นคนอย่างไร บอกข้อดีข้อเสียของตนเองได้

กิจกรรมที่ 8 “ความสุขที่ฉันอยากเป็น”

เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อค้นหาความสุขและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต
2. เพื่อสร้างแนวคิดการเรียนรู้รอบข้อที่ได้จากการร่วมกิจกรรมทั้งหมด
3. เพื่อสรุปและแสดงผลงานของสมาชิก

แนวคิดของกิจกรรม

กิจกรรม “ความสุขที่ฉันอยากเป็น” เป็นกิจกรรมการวาดภาพเสริมคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีรอยยิ้ม ช่วยกระตุ้นให้ปรับเปลี่ยนความคิด เพิ่มพลังเชิงบวก กับการมองคาดการณ์กับอนาคตไปข้างหน้า (Looking forward) เห็นความสุขในมุมมองใหม่ที่ น่าสนใจ

.....

.....

.....

.....

สื่อ/ อุปกรณ์

กระดาษวาดเขียน 100 ปอนด์ (แผ่นเล็ก) ดินสอ ยางลบ สีเทียน สีชอล์ก สีน้ำ สีโปสเตอร์ พู่กัน สีเมจิก จานสี แก้วน้ำ กรรไกร กระดาษสี กระดาษขาว 2 หน้า แฟ้มเอกสาร สติกเกอร์สีต่าง ๆ กาวลาเท็กซ์ กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกาเคมี แผ่น CD เพลงชัยชนะ

วิธีดำเนินการ

1. ผู้บำบัดกล่าวทักทายสวัสดิ และนำตัวเอง สนทนาเรื่องทั่วไป และให้สมาชิก แนะนำตัว ในบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นกันเอง สิ่งแวดล้อมปลอดภัย และทบทวนสาระสำคัญ ในกิจกรรมครั้งที่ 7

2. ผู้บำบัดบอกชื่อกิจกรรม “ความสุขที่ฉันอยากเป็น” ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ระยะเวลา อุปกรณ์ ให้สมาชิกผู้สูงอายุทบทวนทบทวนทบทวน ท้อดกลงในการทำกลุ่มร่วมกัน

3. ให้สมาชิกผู้สูงอายุได้อยู่กับความรู้สึกของตนเอง ประมาณ 5 นาที โดยการหลับตา ผู้บำบัดเกริ่นนำว่า “ ทุก ๆ คนเกิดมาล้วนก็อยากมีความสุข แต่การที่จะมีความสุขได้นั้นเราต้องถาม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. ผู้บำบัดกล่าวสรุปสิ่งที่ได้รับตลอดการดำเนินการใช้ศิลปะบำบัดและให้สมาชิกทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุ ผู้บำบัดกล่าวขอบคุณสมาชิกผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ และยุติกลุ่ม

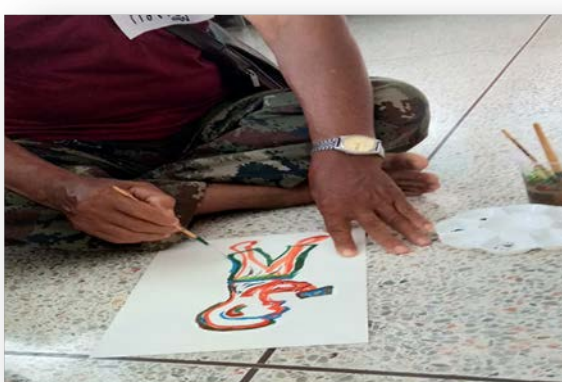
การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า อารมณ์ และพฤติกรรมขณะทำกิจกรรมการให้ความร่วมมือ และบรรยากาศในระหว่างการทำกิจกรรม

2. ผู้สูงอายุบอกถึงความสุขและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

3. บอกประโยชน์สิ่งที่ได้เรียนรู้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงตัวเองไปในทางที่ดีขึ้น
อย่างไร

ประมวลภาพตัวอย่างการทำกิจกรรมโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มๆ



ประมวลภาพตัวอย่างการทำกิจกรรมโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มฯ (ต่อ)



ประมวลภาพตัวอย่างการทำกิจกรรมโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มฯ (ต่อ)



ประมวลภาพตัวอย่างการทำกิจกรรมโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มฯ (ต่อ)



ประมวลภาพถ่ายตัวอย่างการทำกิจกรรมโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มฯ (ต่อ)



ประมวลภาพตัวอย่างการทำกิจกรรมโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มฯ (ต่อ)

