

ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกเสีย ให้คำปรึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

มะลิสา งามศรี, พย.ม.^{1*} หงษ์ บรรเทิงสุข, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่ร้ายแรงคือการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือเพื่อลดภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งสำคัญ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกเสียให้คำปรึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับ เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำและการดูแลเบื้องต้น 60 ราย ถูกสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกเสียให้คำปรึกษาจำนวน 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม 1 ครั้ง ร่วมกับการให้การปรึกษารายบุคคลตามคำขอ และการดูแลตามปกติ การประเมินผลโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย โดยวัด 3 ครั้ง คือ ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังโปรแกรมสิ้นสุดทันที และหลังโปรแกรมสิ้นสุด 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีและหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า หลังทดลองสิ้นสุดทันทีและหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

จากผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลสามารถนำการใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกเสียให้คำปรึกษาไปใช้บำบัดผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำและการดูแลเบื้องต้น

คำสำคัญ: การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การฝึกเสียให้คำปรึกษา ภาวะซึมเศร้า โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่ม ผู้สูงอายุในชุมชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: malisa1020@hotmail.com

The Effects of Cognitive Behavioral Therapy Program and Traditional Peer Support on Depression in Elderly

Malisa Ngamsri, M.N.S.^{1*}, Hong Banthoengsuk, M.N.S.¹

Abstract

Depression has far-reaching repercussions on the elderly, affecting them physically, emotionally, mentally, and behaviorally. One dire consequence of depression is suicide, making its reduction a critical concern. This quasi-experimental study aimed to assess the effects of a cognitive behavioral therapy (CBT) program combined with traditional peer support on depression in the elderly population. The research sample consisted of elderly individuals in northeastern communities who either exhibited depressive symptoms or were at risk of developing depression. A total of 60 participants were included, with 30 individuals randomly assigned to both the experimental and control groups. The experimental group underwent an eight-week intervention comprising CBT and traditional peer support, while the control group received a single session of group psychoeducation, along with individualized guidance and routine care. Data were collected through questionnaires administered at three time points: before the program, immediately after its completion, and four weeks post-program. Statistical analysis was performed using repeated measures ANOVA.

The findings demonstrated a significant reduction in depression scores within the experimental group after program completion, with these scores significantly lower than those of the control group ($p < .01$).

These results suggest that a combination of CBT and traditional peer support holds promise as an effective approach for nurses to address early depression in the elderly within the community. This intervention has the potential to enhance the mental well-being of elderly individuals and merits further exploration in clinical practice.

Key words: Cognitive Behavioral Therapy, Depression, Elderly in Northeastern Communities, Group Therapy Program, Traditional Peer Support

¹ Instructor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

* Corresponding author e-mail: malisa1020@hotmail.com

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ นอกจากนี้ พบว่าช่วงวัยที่มีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดคือ กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2017) สำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย จากรายงานการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมา เช่น การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบึงกาฬ พบความชุก ร้อยละ 25.61 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.32 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 18.29 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนจังหวัดขอนแก่น พบร้อยละ 36.9 (Bunloet, 2016) ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไปในทางเสื่อม และส่งผลให้ผู้สูงอายุมิปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์เศร้า จิตใจห่อเหี่ยว สิ้นหวัง มีพฤติกรรมถดถอย ไม่มีจุดหมาย แยกตัวจากสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับเรื่องของตนเอง ไม่มีสมาธิ ต่ำหนืดตนเอง รวมถึงการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่ร้ายแรง พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง การมองโลกและมองตัวเองไปในทางลบ หมกมุ่นกับความทุกข์ผิด ความสูญเสียและความตาย (Samansap & Soonthomchaiya, 2012)

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้ามีหลายสาเหตุ จากทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้า เกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบ กล่าวคือเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ตึงเครียด บุคคลจะประมวลเรื่องราวและสร้างโครงสร้างทางความคิด ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลนั้น ๆ เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตอีกครั้ง และไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ บุคคลจะเรียนรู้และประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริง และสะสมความคิดดังกล่าวมาเรื่อย ๆ จนเกิดการเสียสมดุลของโครงสร้างทางความคิด และทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ ทั้งต่อตัวเอง ต่อโลก และต่ออนาคต (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) การให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีนี้จึงเน้นการบำบัดความคิดทางลบเป็นหลัก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยทางชีวภาพ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว จะเคยมีประสบการณ์ ของการมีภาวะซึมเศร้า ที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง (Paungrod, 2015) การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ความเพียงพอของรายได้ และความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Bunloet, 2016) จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเอง พบว่า ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ ไม่มีรายได้ประจำเป็นของตนเองและไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Suwattanakoop & Kanchanatawan, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีวิธีการที่หลากหลาย เช่นการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Ubonwannee, Keawkingkeo, & Bunthumporn, 2017) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ รวมถึงอธิบายการรักษา และการจัดการกับภาวะซึมเศร้าและผลข้างเคียงของการรักษาเป็นต้น การบำบัดความคิดร่วมกับการบำบัดทางพฤติกรรม (CBT) เป็นรูปแบบการช่วยเหลือที่ได้ประสิทธิผลดีและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในประเทศไทยจากการศึกษาพบว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sangsaï & Soonthornchaiya, 2014) และสามารถเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ (Rodcharoen, Kongsuwan & Chanchong, 2019) จากการศึกษาดังกล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิผลดี อย่างไรก็ตามพบว่ารูปแบบการบำบัดเป็นโปรแกรมการบำบัดประกอบ

ด้วยการนัด 5-10 ครั้ง โดยมีระยะเวลา 4-8 สัปดาห์และความถี่ในการบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และเป็นการบำบัดแบบกลุ่มเป็นส่วนใหญ่และมีการเดินทางเพื่อเข้าร่วมการบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในบางบริบท เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง หรือการเดินทางลำบาก รวมถึงการศึกษาผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการผสมผสานกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นยังพบไม่มาก เนื่องจากประเทศไทยมีวัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่หลากหลาย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการผสมผสานกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเพณีผูกเสี่ยว เป็นประเพณีดั้งเดิมของคนอีสานมาแต่อดีตสมัยนานจนไม่สามารถจะสืบค้นได้ว่าเริ่มตั้งแต่เมื่อใด อย่างไรก็ตาม คำว่า “เสี่ยว” ในความหมายของชาวอีสานนั้นหมายถึง เพื่อนรัก เพื่อนตาย เพื่อนร่วมทุกข์ร่วมสุข (Buasri, 2019) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ประเพณีผูกเสี่ยว เป็นประเพณีดั้งเดิมของชาวอีสาน ที่สืบทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ ซึ่งถือได้ว่ามีความสัมพันธ์เชื่อมต่อกับวัฒนธรรมที่สำคัญ ซึ่งนอกจากจะเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพในทางสังคมแล้ว วัฒนธรรมประเพณีดังกล่าวยังสร้างอัตลักษณ์และวิถีชีวิตของความเป็นคนในชุมชนอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา เกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการใช้เทคนิคแบบการผูกเสี่ยวจับคู่เพื่อนเพื่อเป็นเพื่อนให้คำปรึกษา ขณะรับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยังไม่พบว่ามีกรนำรูปแบบการบำบัดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเลย จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนประชากร 900,00 คน คิดเป็นร้อยละ 18.66 (National Health Security Office, 2022) จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในเขตอุบลราชธานีที่ผ่านมาพบว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับเริ่มมีอาการซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 30.47 (Ngamsri, Banthoengsuk, Jaisawang, Somsuvun, & Yaowaboot, 2022) ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพและวิชาการในเขตจังหวัดอุบลราชธานีจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยนำแนวคิดทฤษฎีภาวะซึมเศร้า ผสมผสานกับการผูกเสี่ยวให้คำปรึกษามาสร้างเป็นโปรแกรมการบำบัดเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการผูกเสี่ยวให้คำปรึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

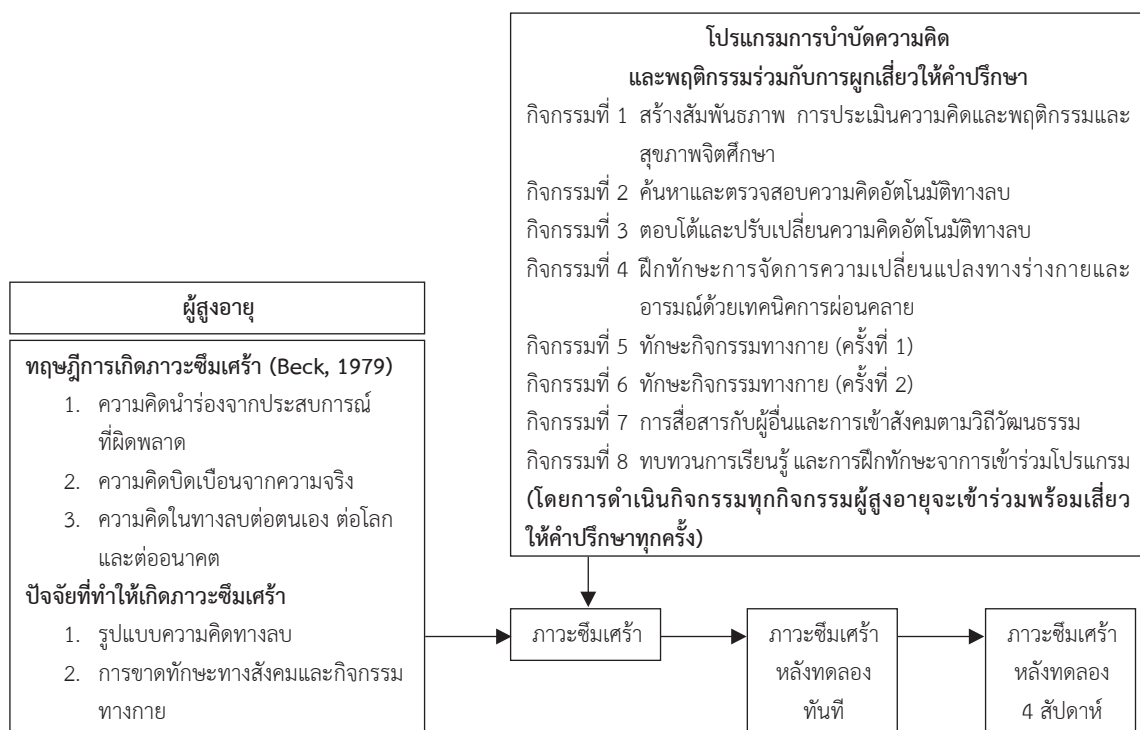
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้าของ Beck et al. (1979) ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบ ซึ่งความคิดอัตโนมัติทางลบนี้เกิดขึ้นเมื่อ บุคคลประสบกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตจะประมวลเรื่องราวและสร้างโครงสร้างทางความคิดขึ้นและเมื่อประสบกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตอีกครั้ง จะเกิดการเรียนรู้และประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริง และสะสมความคิดดังกล่าวมาเรื่อยๆจนเกิดการเสียสมดุลของโครงสร้างทางความคิด และทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ 3 ลักษณะคือ 1) ความคิดทางลบต่อตนเอง

(Negative view of self) 2) ความคิดทางลบต่อโลก (Negative view of world) และ 3) ความคิดทางลบต่ออนาคต (negative view of future)

ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆเนื่องจากวัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทุกด้าน เช่น ด้านร่างกาย อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม ทำให้มีแนวโน้มเกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าได้ โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลโดยมองทุกอย่างในทางลบความคิดว่าตนเองไร้ความสามารถและสังคมไม่ต้อนรับ ไม่มีรายได้ประจำเป็นของตนเองและไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Suwattanakoop & Kanchanatawan, 2014) หรือการเข้าสังคมลดน้อยลง ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ อาจเกิดจากสาเหตุการเสียสมดุลของโครงสร้างทางความคิดโดยมีความคิดทางลบและจากการพร่องกิจกรรมทางสังคมรวมถึงการขาดแหล่งสนับสนุนทางจิตใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อนหรือบุคคลที่รู้สึกสามารถพึ่งพาและไว้วางใจได้

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม (Beck et al.,1979) ร่วมกับการนำประเพณีการผูกเสี่ยวของทางภาคอีสาน เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าจำนวนกิจกรรม 8 กิจกรรมเป็นจำนวนที่ไม่มากจนเกินไปและมีประสิทธิภาพสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพ การประเมินความคิดและพฤติกรรมและสุขภาพจิตศึกษา กิจกรรมที่ 2 ค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ กิจกรรมที่ 3 ตอบโต้และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์ด้วยเทคนิคการผ่อนคลาย กิจกรรมที่ 5 ทักษะกิจกรรมทางกาย (ครั้งที่ 1) กิจกรรมที่ 6 ทักษะกิจกรรมทางกาย (ครั้งที่ 2) กิจกรรมที่ 7 การสื่อสารกับผู้อื่นและการเข้าสังคมตามวิถีวัฒนธรรมและกิจกรรมที่ 8 ทบทวนการเรียนรู้และการฝึกทักษะจากการเข้าร่วมโปรแกรม โดยเชื่อว่าโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการผูกเสี่ยวให้คำปรึกษาสามารถลดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และในระยะหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ ของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ถึง 75 ปี อาศัยอยู่ในชุมชนเขตจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 641,026 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 60-75 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำและการดูแลเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1. ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายอายุตั้งแต่ 60 ปี ถึง 75 ปี อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เก็บข้อมูลอย่างน้อย 6 เดือน มีภาวะซึมเศร้าจากการประเมินโดยใช้แบบสอบถาม แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS-15) โดยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่าง 6-10 คะแนน ซึ่งเริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำและการดูแลเบื้องต้น 2. ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม 3. สามารถพูด ฟังภาษาไทย และสื่อความหมายได้ดี 4. มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1. มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่า 10 คะแนนขึ้นไป และมีอาการเจ็บป่วยทางกายรุนแรง เช่น บาดเจ็บทางกาย หรือมีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง 2. ถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากกลุ่มเนื่องจากขาดความต่อเนื่อง (Discontinuation criteria) ไม่มาเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมติดต่อกันตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป มีภาวะเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรงหรือมีความผิดปกติทางจิตขณะระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม เช่น หลงผิด หวาดระแวงวิตกกังวลระดับรุนแรง มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงขึ้นหรือพฤติกรรมผิดปกติ เช่น ก้าวร้าว และไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยต่อหรือแจ้งความจำนงค์ขอยกออกจากโครงการการวิจัยหลังจากที่เริ่มการวิจัยแล้วหรือไม่ก็ตาม

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.0 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดขนาดอิทธิพลในระดับกลาง (Medium effect size) พิจารณาขนาดตัวอย่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา (Longchoopool, Thapinta, Ross, & Lertwatthanawilat, 2018) สำหรับการทดสอบด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA, วัดซ้ำ 3 ครั้ง ที่ระดับ 0.25 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 28 ราย/กลุ่ม

เนื่องจากการศึกษานี้มี 2 กลุ่มจึงต้องการกลุ่มตัวอย่างรวมอย่างน้อย 56 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือจำนวนข้อมูลกลุ่มตัวอย่างอาจไม่สมบูรณ์และถูกตัดไป ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งสิ้น 60 ราย เพื่อให้ง่ายในการจัดกลุ่มและการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจึงกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 รายและกลุ่มควบคุม 30 ราย

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Sample Assignment)

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองแบบ Purposive sampling ให้ผู้สูงอายุที่อาศัยในอำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานีเป็นกลุ่มทดลอง เนื่องจากผู้วิจัยสามารถจัดกระทำและควบคุมตัวแปรภายนอกที่อาจรบกวนการทดลองในครั้งนี้ 2. สุ่มอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 อำเภอ มาเป็นกลุ่มควบคุม โดยการจับฉลากได้อำเภอเมือง เป็นกลุ่มควบคุม 3. คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ในเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น 4. สุ่มอย่างง่าย (Random Sampling) จากกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกได้ตามข้อ 3 กลุ่มละ 30 รายโดยวิธีการจับฉลากจับคู่ (Match-paired method) ในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระยะเวลาก่อนเจ็บป่วย และความเพียงพอของรายได้ เพื่อป้องกันการความแตกต่างของค่าพื้นฐานระหว่าง 2 กลุ่ม

กระบวนการจัดเสียให้คำปรึกษา ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าต้องการผูกเสียกับใคร และต้องเป็นการสมัครใจผูกเสียทั้งสองฝ่าย โดยกระบวนการนี้จัดขึ้นก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 1 ของโปรแกรมฯ และมีการทำพิธีบายศรีสู่ขวัญตามประเพณีผูกเสียของทางอีสาน เพื่อให้ผู้สูงอายุให้คำมั่นสัญญาเป็นเสียให้คำปรึกษาตลอดการเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การทำวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองดังรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (Checklist) และเติมข้อความ (Open ended)

2. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS-15) เป็นแบบวัดมาตรฐานซึ่งใช้ได้กับผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศโดยให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบของคำถามแต่ละข้อ พัฒนาโดย Wongpakaran & Wongpakaran (2012) การให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ใช่ ในข้อต่อไปนี้ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ไม่ใช่ ในข้อต่อไปนี้ 1, 5, 7, 11, 13 จากนั้นรวมคะแนน การแปลผล คะแนน 0-5 ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 6-10 เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับความแนะนำเบื้องต้น คะแนน 11-15 มีภาวะซึมเศร้าระดับที่ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการผูกเสียให้คำปรึกษา โดยผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้า (Beck et al., 1979) และประเพณีการผูกเสียวัฒนธรรมการผูกมิตรและสัญญาการเป็นเพื่อนแท้ต่อกัน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา โปรแกรมนี้มี 8 องค์ประกอบกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ การประเมินความคิดและพฤติกรรมและสุขภาพจิตศึกษา กิจกรรมที่ 2 ค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ กิจกรรมที่ 3 ตอบโต้และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์ด้วยเทคนิคการผ่อนคลาย กิจกรรมที่ 5 ทักษะกิจกรรมทางกาย (ครั้งที่ 1) กิจกรรมที่ 6 ทักษะกิจกรรมทางกาย (ครั้งที่ 2) กิจกรรมที่ 7 การสื่อสารกับผู้อื่นและการเข้าสังคมตามวิถีวัฒนธรรม กิจกรรมที่ 8 ทบทวนการเรียนรู้ และการฝึกทักษะจากการเข้าร่วมโปรแกรม (โดยการดำเนินกิจกรรมทุกกิจกรรมผู้สูงอายุจะเข้าร่วมพร้อมเสียให้คำปรึกษาทุกครั้ง) แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยซึ่งผ่านการอบรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นคนดำเนินกิจกรรม โปรแกรมบำบัด หลังการบำบัดทุกครั้งผู้บำบัดจะมอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดและก่อนการบำบัดแต่ละครั้งจะมีการทบทวนการบ้านและการบำบัดในครั้งก่อนทุกครั้ง รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้แสดงความคิดเห็นหรือความต้องการในการบำบัดในแต่ละครั้งด้วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำแผนการจัดกิจกรรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของขั้นตอนการบำบัดความคิดและพฤติกรรม รวมถึงวิธีการดำเนินการบำบัดระยะเวลา และการประเมินผล โดยการทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่า 0.87 การศึกษาความเป็นไปได้ของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม (Feasibility) ด้วยการทดลองทำกลุ่มบำบัดกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนเขตจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 16 คน เพื่อดูความเหมาะสมของเนื้อหาและเวลา รวมทั้งข้อบกพร่องหรืออุปสรรค แล้วนำมาแก้ไขก่อนที่จะดำเนินการวิจัยจริง ผลการศึกษาพบว่า ขนาดกลุ่มมีจำนวนสมาชิกมากเกินไป ทำให้ใช้เวลามากเกินไป และเกิดอุปสรรคในการดำเนินการกลุ่ม เช่น การกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างในการแสดงความคิดเห็น เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงลดจำนวน สมาชิกกลุ่ม

เหลือกลุ่มละ 10 คน และทดลองทำกิจกรรม พบว่า มีความเหมาะสมของเวลากับเนื้อหา และสมาชิกในกลุ่มสามารถแสดงความคิดเห็นได้ทั่วถึง

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้มี 2 ฉบับ คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามปัญหาสุขภาพเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) กับผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.84

วิธีดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2565 ถึง 31 สิงหาคม 2565 รายละเอียดการดูแลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีดังนี้

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกเสียงให้คำปรึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เป็นรายกลุ่มโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมบำบัด ช่วงเวลาการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม จำนวน 8 ครั้ง ช่วงเวลา 13.00-14.30 น. แบ่งการทำกลุ่ม 3 วัน ๆ ละ 1 กลุ่ม คือ วันพุธ และวันศุกร์ วันเสาร์ โดยเรียงตามลำดับกิจกรรม กำหนดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที และในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งมีการมอบหมายการบ้านเพื่อช่วยในการฝึกอย่างต่อเนื่องรวมทั้งสิ้น 7 ครั้ง หากกลุ่มตัวอย่างไม่มาเข้ากิจกรรมในกิจกรรมครั้งใด ผู้วิจัยได้ทบทวนและอธิบายกิจกรรมที่ทำในครั้งที่สมาชิกผู้นั้นขาดไปให้เข้าใจใช้เวลาประมาณ 30 นาที จึงเริ่มกิจกรรมครั้งต่อไป กลุ่มตัวอย่างได้รับคู่มือการเข้าร่วมโครงการ ภายในคู่มือจะประกอบด้วย ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม รายละเอียดแต่ละกิจกรรม ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกกิจกรรม และไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างขณะดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของกลุ่มตัวอย่างและให้การปรึกษาตามคำขอของกลุ่มตัวอย่าง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง คือ วันอาทิตย์ ตามหลักจริยธรรมวิชาชีพหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นคือ การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า รายกลุ่ม 1 ครั้ง โดยนำมาจากกิจกรรมที่ 1 ในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกเสียงให้คำปรึกษา และให้การปรึกษารายบุคคลตามคำขอโดยใช้หลักการให้คำปรึกษาโดยใช้ผู้รับปรึกษาเป็นศูนย์กลางและเน้นการระบายความรู้สึกและการร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญา ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่ขอรับคำปรึกษาและการดูแลตามปกติโดยญาติหรือเจ้าหน้าที่และหากการทดลองได้ผล กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกเสียงให้คำปรึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ ไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติที (T-test) ภาวะซึมเศร้า คำนวณคะแนนเฉลี่ย ทดสอบข้อมูลพบว่า มีการแจกแจงปกติ ทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที (T-test) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองสิ้นสุดทันที และระยะหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures analysis of variance)

จริยธรรมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดย ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อตรวจสอบจริยธรรมวิจัยและได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยรหัส SSJ.UB072 ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2564 เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและประโยชน์ การรักษาความลับ สิทธิในการ

เข้าร่วมการวิจัยและยุติการเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงเกี่ยวกับการดูแลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับในแต่ละกลุ่ม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย ในระหว่างการทดลองไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างดังนี้ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 67.3 ปี ($SD = 0.7$) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 จบชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60 มีความพอเพียงของรายได้ร้อยละ 66.7 มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 16.7 และความดันโลหิตสูงร้อยละ 83.3 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 6-10 ปี ร้อยละ 53.3 กลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง กล่าวคือ มีอายุเฉลี่ย 67.5 ปี ($SD = 0.8$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 66.7 มีความพอเพียงของรายได้ร้อยละ 66.7 มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.3 และความดันโลหิตสูงร้อยละ 76.7 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 6-10 ปี ร้อยละ 50.0 เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			1.00 ^a
• ชาย	6(20.0)	5(16.7.3)	
• หญิง	24(80.0)	25(83.3)	
อายุ			.58 ^t
• พิสัย (ปี)			
60-65	10(33.3)	10(33.3)	
66-70	15(50.0)	13(43.3)	
71-75	5(16.7)	7(23.3)	
• ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	67.3(0.7)	67.5(0.8)	
ระดับการศึกษา			.24 ^a
• ประถมศึกษา	18(60.0)	20(66.7)	
• มัธยมศึกษาตอนต้น	8(26.7)	5(16.7)	
• มัธยมศึกษาตอนปลาย	4(13.3)	5(16.7)	
สถานภาพสมรส			.76 ^a
• โสด	5(16.7)	5(16.7)	
• คู่	18(60.0)	20(66.7)	
• หม้าย	7(23.3)	5(16.7)	
ความพอเพียงของรายได้			.77 ^a
• พอเพียง	20(66.7)	20(66.7)	
• ไม่พอเพียง	10(33.3)	10(33.3)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p
	(n = 30)	(n = 30)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
โรคประจำตัว			.62 ^a
• ความดันโลหิตสูง	25(83.3)	23(76.7)	
• เบาหวาน	5(16.7)	7(23.3)	
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย			.61 ^t
• 1-5 ปี	12(40.0)	13(43.3)	
• 6-10 ปี	16(53.3)	15(50.0)	
• มากกว่า 10 ปี	2(6.7)	2(6.7)	

^a = chi-square test, ^t = t-test

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง จากช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 0-15 คะแนน กลุ่มทดลองในช่วงก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง [$M(SD) = 9.17(1.80)$] และลดลงอยู่ในระดับน้อยทั้งภายหลังการทดลองสิ้นสุดทันที [$M(SD) = 2.30(1.05)$] และภายหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ [$M(SD) = 3.67(2.12)$] กลุ่มควบคุมในช่วงก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง [$M(SD) = 9.10 (1.63)$] และภายหลังการทดลองสิ้นสุดทันที มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงเล็กน้อย [$M(SD) = 6.25(5.92)$] แต่ในช่วงภายหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก [$M(SD) = 8.39(7.51)$]

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) ในภาพรวมพบว่ามีความแตกต่างกันของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 222.13, df = 3, p < .01$) รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	493.09	3	164.36	222.13	.000
ภายในกลุ่ม	85.83	116	.74		
รวม	578.92	119			

$p < .01$ SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean Square

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนน หลังการทดลองสิ้นสุดทันที [$M(SD) = 2.30(1.05)$] และหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ [$M(SD) = 3.67(2.12)$] น้อยกว่า ก่อนการทดลอง [$M(SD) = 9.17(1.80)$] อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ในส่วนของกลุ่มควบคุมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองสิ้นสุดทันที [$M(SD) = 6.25(5.92)$] น้อยกว่าก่อนการทดลอง [$M(SD) = 9.10(1.63)$] อย่าง

ไม่มีนัยสำคัญ ($p > .01$) นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ [$M(SD) = 8.39(7.51)$] มากกว่าหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองสิ้นสุด ทันที	หลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์
กลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง	-	3.86*	4.06*
หลังการทดลองสิ้นสุดทันที			4.23*
กลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง	-	-4.23 ^{ns}	-2.03*
หลังการทดลองสิ้นสุดทันที			-4.33*

* $p < .01$, ^{ns} = not significant

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 60-70 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้า มากกว่าเพศชาย (Paungrod, 2015, Malai, Chaiyoyingyong, Dangdomyouth, & Cheaplamp, 2019) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการผูกเสี่ยวให้คำปรึกษาสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้ และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งในระยะหลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 4 สัปดาห์ อธิบายได้ว่า โปรแกรมฯ เป็นรูปแบบการบำบัดแบบกลุ่ม ร่วมกับการผสมผสานวิถีวัฒนธรรมอีสานด้วยการจับคู่ผูกเสี่ยวเพื่อเป็นที่ปรึกษากันระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม โดยการจับคู่ผูกเสี่ยวนี้เป็นการจับคู่ตามความสมัครใจของผู้สูงอายุ พัฒนากิจกรรมในโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ร่วมโปรแกรมได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามประเพณีท้องถิ่น สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้มาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีการสร้างสัมพันธ์ภาพต่อเนื่องระหว่างสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุ ที่สำคัญผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมจะมี “เสี่ยว” ซึ่งเปรียบเสมือนเพื่อนรักและสนิทตามความเชื่อและประเพณีอีสานอีกด้วย และมีขั้นตอนการประเมินความคิด การให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและสร้างความเข้าใจเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ฝึกการสังเกตความคิด และค้นหาความคิดทางลบโดยวิธีการร่วมกันคิดวิเคราะห์และปรึกษากันกับเสี่ยวให้คำปรึกษา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ค้นหาความคิดทางลบและตระหนักถึงผลกระทบของความคิดทางลบต่ออารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง และปรับเปลี่ยนความคิดทางลบให้เป็นความคิดใหม่ที่เหมาะสม และร่วมกันฝึกทักษะการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับตนเองซึ่งกิจกรรมทางกายช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย และคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกายที่แข็งแรง ตลอดจนการมีสุขภาพจิตที่ดี (Longphasuk, 2019, Chantakeeree, 2016) และนอกจากนั้นในการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 7 เป็นกิจกรรมการฝึกทักษะการสื่อสารกับผู้อื่นและการเข้าสังคมตามวิถีวัฒนธรรม ซึ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีบุคคลให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน เป็นแหล่งประโยชน์ในการดูแล ส่งผลให้มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้า

ส่งผลกระทบ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์เศร้า จิตใจห่อเหี่ยว สิ้นหวัง มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัวจากสังคมไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่มีสมาธิ และดำเนินตนเอง รวมถึงการรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองลดลง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Suksawat, Hengudomsut, & Nabkasorn (2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวัง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าโปรแกรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Longchoopol et al. (2018) ที่ศึกษาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมไทยแบบกลุ่มสำหรับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุหญิง : การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม พบว่า อาการซึมเศร้าของกลุ่มการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทุกช่วงเวลาลดลงต่ำกว่าก่อนเริ่มโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ หลังสิ้นสุดโปรแกรมทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกหายใจให้คำปรึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ แตกต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมพบว่าหลังการทดลองทันทีที่มีคะแนนเฉลี่ย $[M(SD) = 6.25(5.92)]$ ซึ่งลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง $[M(SD) = 9.10 (1.63)]$ แต่ระดับคะแนนยังอยู่ในระดับมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีแนวโน้มสูงขึ้น $[M(SD) = 8.39(7.51)]$ เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ การลดลงของระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองทันทีอธิบายได้ว่าผู้วิจัยได้มีการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม 1 ครั้ง โดยนำมาจากกิจกรรมที่ 1 ในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกหายใจให้คำปรึกษา จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Ubonwannee et al. (2017) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง/สัปดาห์ ในการศึกษาในกลุ่มควบคุมได้รับสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม 1 ครั้ง โดยเป็นเพียง 1 กิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกหายใจให้คำปรึกษาเท่านั้น จึงอาจไม่เพียงพอในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกหายใจให้คำปรึกษาสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้โดยพยาบาลที่ใช้โปรแกรมควรได้รับการอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพให้เหมาะสมตามบริบทของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพัฒนาต่อยอดการนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกหายใจให้คำปรึกษาไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่มีปัญหาการกำเริบของโรค
2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกหายใจให้คำปรึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตอื่น เช่น ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีภาวะเครียด และมีภาวะวิตกกังวล

References

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

- Buasri, U. (2019). Phuk Seow ceremony, faculty of humanities and social science center of arts and culture Khon Kaen University, Thailand. Retrieved from <http://www.mcukk.com/buddhasilpa/files/siaw.pdf>
- Bunloet, A. (2016). Prevalence and factors associated with depression among the elderly community residents with chronic diseases in Samliam Urban Primary Care Unit, Khon Kaen. *Srinagarind Med J*, 31(1): 25-33. [In Thai]
- Chantakeeree, C. (2016). Promoting exercise behavior for vulnerable elderly. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(2), 1-13. [In Thai]
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Longchoopol, C., Thapinta, D., Ross, R., & Lertwatthanawilat, W. (2018). The Thai group cognitive behavior therapy intervention program for depressive symptoms among older women: A randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(1), 74-85. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/78778>
- Longphasuk, N. (2019). Physical Activity in Older Adults: Applying Self-Efficacy Theory. *Vajira Nursing Journal*, 21(2), 61-76. [In Thai]
- Malai, C., Chaiyoyingyong, R., Dangdomyouth, P., & Cheaplamp, S. (2019). Factors related to depression Among older adults in community, Ratchaburi province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(3), 67-76. [In Thai]
- National Health Security Office. (2022). *Population structure report*. Retrieved from: <https://ubon.nhso.go.th/starter/region/poppyramid.php>
- Ngamsri, M., Banthoengsuk, H., Jaisawang, D., Somsuvun, C., & Yaowaboot, A. (2021). Prevalence of stress depression and resilience of the elderly during the COVID-19 pandemic. *Journal of Srivanalai Vijai*, 11(2), 1-16. [In Thai]
- Paungrod, N. (2015). The study on depression in Nonthaburi province elderly. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences*, 2(1) Retrieved from <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/pnuhuso/article/view/53509>. [In Thai]
- Rodcharoen, S. , Kongsuwan, V., & Chanchong, W. (2019). The effects of self-guided cognitive behavioral modification program on self-esteem and depression of elders with major depressive disorder. *Nursing Science Journal of Thailand*, 37(3), 91-106. [In Thai]
- Ruangtrakul, S. (2014). *Textbook of psychiatry* (10th ed.). Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University.
- Samansap, N., & Soonthomchaiya, R. (2012). Selected factors related to hopelessness among elderly patients with major depression. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(3), 57-70. [In Thai]
- Sangsai, W., & Soonthornchaiya, R. (2014). Effect of cognitive behavior therapy on depression and functioning of elderly patients with depression. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 28(3), 104-116. [In Thai]

- Suksawat, B., Hengudomsub, P., & Nabkasorn, C. (2017). The effects of group cognitive behavioral modification program on hope and depression among community-dwelling older adults. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(1), 95-107. [In Thai]
- Suwattanakoop S, & Kanchanatawan, B. (2014). A comparative study of depression between the elderly living in their own home and those in nursing home for the aged, Mueang district, Chiang Mai. *Chula Med J*, 58(3), 341. [In Thai]
- Ubonwannee, P., Keawkingkeo, S., & Bunthumporn, N. (2017). The effects of a psycho-education program on the depressive symptoms among older adults. *Buddhachinaraj Medical Journal*, 34(3), 342-349. [In Thai]
- Wongpakaran N., & Wongpakaran T. (2012). Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: A report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*, 12(1), 11-17. doi: 10.1111/j.1479-8301.2011.00383.x
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>