

## ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ The Effects of a Psycho-Education Program on the Depressive Symptoms Among Older Adults

พงษ์ศักดิ์ อุบลวรรณ<sup>\*</sup> สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว<sup>\*\*</sup> นุชนาถ บรรทมพร<sup>\*\*</sup>  
Pongsak Ubonwanee<sup>\*</sup> Suwanee Keawkingkeo<sup>\*\*</sup> Nutchanart Bunthumporn<sup>\*\*</sup>

<sup>\*</sup>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองควาย อ.สามโคก ปทุมธานี 12160

<sup>\*</sup>Health Promoting Hospital of Tambon KhlongKhwai, Samkhoke, PhatumThani. 12160

<sup>\*\*</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 12120

<sup>\*</sup>Faculty of Nursing, Thammasat University, PhatumThani, Thailand 12120

Corresponding author.E-mail address: pong-sak6123@hotmail.com

### บทคัดย่อ

อาการซึมเศร้าพบมากในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและครอบครัว นำไปสู่ปัญหาสังคม ชุมชน และประเทศ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประชากรที่ศึกษาคือผู้สูงอายุอายุระหว่าง 60-89 ปี จำนวน 66 ราย สุ่มเข้ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน กลุ่มศึกษาได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่าง 2 กลุ่มโดยสถิติ chi-square, Fisher's Exact test และ t-test ผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในกลุ่มศึกษาหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (6.21) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าก่อนใช้โปรแกรม (19.00) ( $p < 0.001$ ) และผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (12.79) มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (0.67) ( $p < 0.001$ ) สรุปคือโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามาประยุกต์ใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ อาการซึมเศร้า สุขภาพจิตศึกษา

พุทธชินราชเวชสาร 2560;34(3):342-9.

## Abstract

Depressive symptoms, commonly found in the elderly, affected their quality of life and their families, thus leading to social, community and national problems. This quasi-experimental research aimed to examine the effects of the psycho-education program on the depressive symptoms among the older adults. The participants were 66 older adults, aged 60-89 years. They were randomized into an experimental group and a control group, 33 persons in each group. The experimental group participated in the psycho-education program with two hours session weekly for eight weeks. The control group received standard care. The results were collected by using the Thai Depressive Inventory (TDI) evaluation form. Data were analyzed by using descriptive statistics included frequency, percentage and mean. The results of both groups were compared with chi-square, Fisher's exact test and t-test. The results showed that the mean scores of depressive symptoms in the experimental group after participated in the psycho-education program (6.21) were lower than the mean scores before engaged the program (19.00) ( $p < 0.001$ ). The difference of the mean score of pre- and post-receiving psycho-education program (12.79) was more than the experimental groups (0.67) ( $p < 0.001$ ). Therefore, the psycho-education program is effective in reducing the depressive symptoms of the older adults. The health personnel can apply the psycho-education program for the elderly to reduce their depressive symptoms.

**Keywords:** older adults, depressive symptoms, psycho-education.

*Buddhachinaraj Med J 2017;34(3):342-9.*

## บทนำ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สรุปว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 โดยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ อาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล ภาวะนอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ ในประเทศอังกฤษ พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 10-15<sup>1</sup> ส่วนในประเทศไทยตะวันตกอื่นๆ พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 19.47<sup>2</sup> ในประเทศไทย มีผู้ประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) พบว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงร้อยละ 72.3 และมีอาการซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 15.6<sup>3</sup> ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีรายงานสถานการณ์ความชุกโรคซึมเศร้ารายใหม่ในประชากรผู้สูงอายุในปีพ.ศ.2560 พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.4 เป็นอันดับที่ 20 ของประเทศ<sup>4</sup>

สุขภาพจิตศึกษาเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตรูปแบบหนึ่ง ด้วยการให้ความรู้ในเรื่องโรคที่เป็นต้นเหตุของโรค ความผิดปกติที่เกิดขึ้น วิธีการบำบัดรักษา และการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุและบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในความผิดปกติที่เป็นอยู่ สามารถป้องกัน และจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดร่วมได้ ผลที่ได้จากการได้สุขภาพจิตศึกษา คือ ความรู้ที่ถูกต้อง ทำให้ผู้มีอาการซึมเศร้าและบุคคลที่เกี่ยวข้องเปลี่ยนความคิด นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพจิตศึกษามีส่วนช่วยแก้ไขพฤติกรรมไม่พึงประสงค์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมซึมเศร้า โดยพฤติกรรมซึมเศร้าเกิดจากความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล และความคิดที่บิดเบือน<sup>5</sup> ดังนั้น การแก้ไขพฤติกรรมซึมเศร้า ทำได้โดยการแก้ไขความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล และความคิดที่บิดเบือน เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีสาเหตุจากการสูญเสียทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน

เหนื่อยหน่าย หดหู่ อ่อนเพลีย ท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด การให้สุขภาพจิตศึกษา กับผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ช่วยลดการเกิดอาการซึมเศร้าได้ และยังป้องกันการไม่ให้ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าอยู่แล้ว มีอาการซึมเศร้ารุนแรงและเรื้อรังมากขึ้น ทั้งยังช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าที่จำเป็นต้องเข้าสู่กระบวนการรักษา รวมถึงการเปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความทุกข์ใจ และรับฟังผู้สูงอายุอย่างเข้าใจ การให้คำปรึกษา การทำกลุ่มบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ การหากิจกรรมที่เหมาะสมตามศักยภาพ ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง และอยู่อย่างมีความสุข การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีให้ความรู้ที่มีจุดมุ่งหมายชัดเจนเป็นวิธีการช่วยผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า ให้มีความรู้และตระหนักในอารมณ์ซึมเศร้าของตนเอง สามารถควบคุม และจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้

ผู้วิจัยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) ของ Anderson C. M. และคณะ<sup>7</sup> มาเป็นแนวคิดการจัดทำโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องอาการซึมเศร้าเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า โดยทำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างเป็นระบบประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการเผชิญปัญหาและการสร้างเครือข่ายทางสังคม เนื่องจากการบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่มีรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ชัดเจนในการลดและป้องกันอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้ผลดี งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อใช้ประกอบการพิจารณากำหนดเป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุต่อไป อนึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาวิทยาศาสตร์ ชุดที่ 3 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลขที่ COA No.099/2559

## วัสดุและวิธีการ

การวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2560 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีอาการซึมเศร้า อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี วิธีการเลือกประชากรกลุ่มศึกษามี 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรก สุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ใช้วิธีจับฉลากแบบไม่แทนที่จำนวน 2 โรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง เป็นกลุ่มทดลอง และอีก 1 แห่ง เป็นกลุ่มควบคุม ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกผู้สูงอายุจากแต่ละโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย โดยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ได้คะแนน 7-12 คะแนน มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน พูดคุยรู้เรื่อง ติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ ฟังภาษาไทยเข้าใจและไม่มีความพิการที่เป็นอุปสรรคในการให้ข้อมูล คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 คน ควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันโดยการจับคู่ (matched pair) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1.1 แบบคัดกรองอาการซึมเศร้าแบบ 2 ข้อคำถาม (2Q) 1.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าแบบ 9 ข้อคำถาม (9Q) 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ข้อคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว 2.1 แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Depression Inventory: TDI) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทยที่ได้รับการพัฒนาโดยมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์<sup>10</sup> การสร้างข้อคำถามอ้างอิงจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย จากการศึกษาในครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.88 และ 3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม

การให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education program) ซึ่งเป็นกรให้ความรู้เรื่องอาการซึมเศร้า การฝึกทักษะการแก้ปัญหา การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาและการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม โดยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษานี้ ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ 8 กิจกรรม กิจกรรมละ 2 ชั่วโมง ใช้เวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้การดูแลตามมาตรฐาน เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อน และหลังการทดลองมาตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง สร้างคู่มือลงรหัส และลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ แจกแจงความถี่และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) และสถิติ Fisher's exact test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติ dependent t-test เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ใช้สถิติ independent t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ผลการศึกษา

ประชากรที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน อายุระหว่าง 60-69 ปี ในกลุ่มทดลองร้อยละ 54.5 กลุ่มควบคุมร้อยละ 60.0 เพศหญิง กลุ่มทดลองร้อยละ 72.7 กลุ่มควบคุมร้อยละ 84.8 สถานภาพสมรสคู่ กลุ่มทดลองร้อยละ 51.5 กลุ่มควบคุมร้อยละ 54.5 การศึกษาในระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลองร้อยละ 81.1 กลุ่มควบคุมร้อยละ 66.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในช่วง 1,001-5,000 บาท กลุ่มทดลองร้อยละ 69.7 กลุ่มควบคุมร้อยละ 66.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ กลุ่มทดลองร้อยละ 36.4 กลุ่มควบคุมร้อยละ

39.4 มีโรคประจำตัว กลุ่มทดลองร้อยละ 84.8 กลุ่มควบคุมร้อยละ 87.9 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และประวัติโรคประจำตัว มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 33)		กลุ่มควบคุม (n = 33)		p-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
อายุ (ปี)					0.764**
60-69	18	(54.5)	20	(60.0)	
70-79	14	(42.4)	10	(30.3)	
80-89	1	(3.0)	3	(9.1)	
เพศ					0.694*
หญิง	27	(72.7)	28	(84.8)	
สถานภาพสมรส					0.392**
โสด	3	(9.1)	8	(24.2)	
คู่	17	(51.5)	18	(54.5)	
หย่า/หม้าย/แยก	13	(39.4)	7	(21.2)	
ระดับการศึกษา					0.916**
ไม่ได้ศึกษา	3	(9.1)	1	(3.0)	
ประถมศึกษา	27	(81.1)	22	(66.7)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	(6.1)	9	(27.3)	
อนุปริญญา	1	(3.0)	1	(3.0)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)					0.784**
ต่ำกว่า 1,000	4	(12.1)	2	(6.1)	
1,001-5,000	23	(69.7)	22	(66.7)	
5,001-10,000	6	(18.2)	9	(27.3)	
อาชีพ					0.782**
ไม่ได้ทำงาน	12	(36.4)	13	(39.4)	
เกษตรกรรับจ้าง	7	(21.2)	9	(13.6)	
รับจ้าง	11	(33.3)	11	(33.3)	
ค้าขาย	3	(9.1)	6	(18.2)	
ประวัติโรคประจำตัว					0.550*
มีโรคประจำตัว	28	(84.8)	29	(87.9)	

\*Chi-square test \*\* Fisher's Exact test

คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเท่ากับ 6.21 ลดลงจากก่อนการทดลองที่คะแนนเท่ากับ 19.00 ( $p < 0.001$ ) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม หลังได้รับการดูแลตามมาตรฐาน มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 16.09 แตกต่างจากก่อนการทดลอง 16.76

( $p = 0.670$ ) เมื่อพิจารณาผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน อาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (12.79) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (0.67) ( $p < 0.001$ ) ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า

คะแนน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	
ก่อนการทดลอง	19.00	7.44	16.76	8.48	0.670**
หลังการทดลอง	6.21	3.39	16.09	3.38	< 0.001**
คะแนนลดลง	12.79		0.67		< 0.001**
<b>p-value</b>	< 0.001*		0.990*		

\*Dependent t-test \*\* Independent t=test

## วิจารณ์

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และประวัติโรคประจำตัว ทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแสดงว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่อาจส่งผลต่ออาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผลมาจากโปรแกรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของอาการซึมเศร้าในผู้สูงวัย หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เนื่องจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ส่งผลให้ผู้สูงวัยได้ใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การสะท้อนความคิด การตระหนักรู้ชัดในภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นในวัยนี้ ตลอดจนผลกระทบต่อพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ ดังนั้น การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องทำให้ผู้สูงวัยที่มีอาการซึมเศร้า สามารถเปลี่ยนความคิด นำไปสู่การปรับเปลี่ยนอารมณ์ และพฤติกรรมซึมเศร้า นั่นคือโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีส่วนช่วยแก้ไขพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมซึมเศร้าได้ ตรงกับงานวิจัยของ Beck AT และคณะ<sup>5</sup> ที่อธิบายว่า พฤติกรรมซึมเศร้าเกิดจากความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล และความคิดที่บิดเบือนการแก้ไขพฤติกรรมซึมเศร้าสามารถทำได้โดยการแก้ไขความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล และความคิดที่บิดเบือนด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเช่นนี้ส่งผลให้

ผู้สูงวัยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ และผลกระทบของอาการซึมเศร้า วิธีการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีความเข้มแข็ง สามารถลดอาการซึมเศร้าลงได้ในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิดของ Anderson CM และคณะ<sup>7</sup> ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 องค์ประกอบ โดยอภิปรายผลได้ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างแรงจูงใจส่งเสริมให้ผู้สูงวัยเห็นความสำคัญในการเข้าร่วมกลุ่ม เห็นประโยชน์จากการเรียนรู้ทำให้เกิดความต้องการและความพร้อมเรียนรู้มากขึ้น รวมถึงเข้าใจวัตถุประสงค์ การวิจัย และรูปแบบของกิจกรรมการวิจัยที่ตรงกัน เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง และสมาชิกกลุ่มกับผู้วิจัยเพื่อสร้างแรงจูงใจเข้าร่วมกิจกรรมต่อจนจบโปรแกรม องค์ประกอบที่ 2) การพัฒนาความรู้ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1. กิจกรรมเห็นกาย ใจ ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของผู้สูงวัย และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงวัย 2. กิจกรรมเห็นจิต ใช้อารมณ์ ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงวัยที่มีผลกระทบต่ออาการซึมเศร้าและ 3. กิจกรรมจิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบจากอาการซึมเศร้า วิธีการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีความเข้มแข็ง เมื่อผู้สูงวัยเกิดการเรียนรู้สามารถปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมซึมเศร้า ทำให้มีกระบวนการคิด และการรับรู้ที่ดี Beck AT และคณะ<sup>5</sup> อธิบายความสัมพันธ์ของความคิด พฤติกรรม สรีระและ

อารมณ์ว่ามีความสัมพันธ์กันหมด โดยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ได้รับมีกิจกรรมทั้งหมด 3 กิจกรรม ในองค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาความรู้ทำให้อาการซึมเศร้าน้อยลง เมื่อผู้สูงอายุได้รับความรู้เรื่องอาการซึมเศร้า และแนวทางการป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้า จากการให้ความรู้เรื่องอาการซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้า ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจความสัมพันธ์ของการเกิดอาการซึมเศร้า จากความคิด อารมณ์ส่งผลต่อการแสดงอาการซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนความคิดทางลบนำไปสู่ความคิดด้านบวก และการปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่เหมาะสม สามารถลดอาการซึมเศร้าน้อยลงได้ องค์ประกอบที่ 3) การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 เห็นทุกข์ที่ตัวทุกข์ และกิจกรรมที่ 2 แก่ทุกข์ แก่ที่ใจ การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาคือความสามารถในการคิดอย่างเป็นนามธรรมนำไปสู่การแก้ปัญหา การวางแผนในอนาคตและการมองหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น<sup>11</sup> โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับปัญหา เช่น การค้นหาสาเหตุของอาการซึมเศร้าและการจัดการทางอารมณ์และพฤติกรรมตนเอง เพื่อลดอาการซึมเศร้าอย่างเหมาะสมกับแต่ละบุคคล สุณิสรา ศรีโมอ่อน<sup>12</sup> พบว่าทักษะการจัดการกับปัญหามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและสามารถใช้ได้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรังและผู้ที่มีอาการเศร้าที่มีอาการเล็กน้อยได้ NezuAM<sup>13</sup> พบว่าอาการซึมเศร้าน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา การขาดทักษะในการแก้ปัญหาหรือไม่สามารถแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ กิจกรรมนี้เป็น การฝึกทักษะการแก้ปัญหาให้ผู้สูงอายุนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ของบุคคล องค์ประกอบที่ 4) การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา มี 1 กิจกรรม คือกิจกรรมวางใจเป็นสุข ผู้สูงอายุแต่ละคนสามารถเผชิญปัญหาได้แตกต่างกันขึ้นกับความแตกต่างเฉพาะตัว และสถานการณ์นั้นๆ และองค์ประกอบที่ 5) การสร้างเครือข่ายทางสังคม มี 1 กิจกรรม คือกิจกรรมด้านเศร้าด้วยมิตรภาพ คือ การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม หรือการสร้างความช่วยเหลือทางสังคม

มีความจำเป็น เพราะการขาดแหล่งสนับสนุนด้านสังคม หรือการความช่วยเหลือทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ การมีเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคมหรือการสร้างความช่วยเหลือทางสังคมช่วยให้กำลังใจแนะนำในสิ่งที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้เรื่องใหญ่เป็นเรื่องเล็กได้ หรือบางครั้งมีเพื่อนคอยรับฟังในเวลาที่ต้องการระบายความรู้สึกเศร้า เสียใจเป็นสิ่งที่ดี เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า ต้องมีเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ครอบครัว เพื่อนๆ เป็นต้น เพื่อให้กำลังใจและพาผู้ที่มีอาการซึมเศร่ากลับสู่สังคมตามเดิม

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม สาเหตุ อาการ อาการแสดง และแนวทางป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้า โดยการใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การสะท้อนคิด การตระหนักรู้ขีดในภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นในวัยนี้ การปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้อาการซึมเศร้าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมลดลง ภายหลังจากเสร็จกิจกรรมมีการบ้านให้ผู้สูงอายุกลับไปทำทุกครั้ง ทำให้เกิดการทบทวนการฝึกการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมด้วยตนเอง สามารถฝึกการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมด้วยตนเอง และเมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า ผู้สูงอายุสามารถแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม แทนการแสดงอาการซึมเศร้า จัดการกับปัญหาสุขภาพต่างๆ ตลอดจนจัดการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันด้วยการพึ่งตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าได้ มีข้อจำกัดบางประการของงานวิจัยนี้ คือไม่ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มมีผู้ดูแลประจำ หรือถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังก่อนมาฝึกโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา อาจมีผลต่อประสิทธิผลของโปรแกรม

สรุปคือการศึกษาครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามาประยุกต์ใช้ในการลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

## เอกสารอ้างอิง

1. Anderson DN. Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age Ageing* 2001;30(1):13-7.
2. Volkert J, Schulz H, Härter M, Włodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries-a meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2013;12(1):339-53.
3. Nantsupawat W, Sirivattanamatanon J, Hornboonherm P. Mental Health of the Elderly. *J Nurs Assc Thailand North-East* 2009;27(1):27-32.
4. Ministry of Public Health, Department of Mental Health, Depression Research and Information Center Access to services for patients with depressive disorder [database on the Internet]. [Cited 01/05/2559] Available from [http://www.thaidepression.com/www/report/main\\_report/](http://www.thaidepression.com/www/report/main_report/).
5. Beck AT, Alford BA. *Depression: Causes and treatment*. 2nd ed. Baltimore : University of Pennsylvania Press; 2009.
6. Lueboontawatchai O. *Mental Health and Psychiatric Nursing*. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2011.
7. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull* 1980;6(3):490-505.
8. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2006;163(9):1493-501.
9. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008 ;76(6):909-22.
10. Lotrakul M, Sukanich P, editor. *Ramathibodi essential psychiatry*. 2 nd ed. Bangkok: Beyon Enterprise. 2005
11. Miller D. *Enhancing adolescent competence: strategies for classroom management*. United States of America: West/Wadsworth; 1998.
12. Srmo-on S, Pornchaikate Au-Yeong A, Seeherunwong A. *Problem Solving Therapy for Reducing Depressive Symptoms in Adults: Evidence-Based Nursing*. Thai J Nurs Council 2011; 26(3) 107-16.
13. Nezu AM. Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54(2):196-202.