



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

อุษณีย์ บุญบรรจบ* และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษชั้น 12 พระราม 1 เขตปทุมวัน กทม. 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลหลักที่มารับบริการในแผนกจิตเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 40 ครอบครัว จับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันด้วยอายุและคะแนนภาวะซึมเศร้า สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค เครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.9$)

2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.73$)

สรุป: โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ามีความเข้มแข็งทางใจสูงขึ้นและช่วยให้ภาวะซึมเศร่าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าลดลง

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งทางใจ / ครอบครัวมีส่วนร่วม / ภาวะซึมเศร่า / ผู้สูงอายุโรคซึมเศร่า



The Effect of Family-Involved Resilience Promoting Program on Depression In Older Persons with Major Depressive Disorder

Usanee Boonbunjob* and Pennapa Dangdomyouth**

Abstract

Purpose: To compare depression of the older person with major depressive disorder before and after receiving the family-involved resilience promotion program, and to compare depression among the elderly with the disorder who received the family-involved resilience promotion program and those who received routine nursing care.

Design: A quasi-experimental research

Methods: The samples were 40 elderly patients with the major depressive disorder and their families who met the inclusion criteria and received services in the outpatient department of the Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force. They were matched with similar age and depression scores and then randomly assigned to either experimental or control groups, 20 subjects for each group with their families. The research instruments consisted of: 1) the family-involved resilience promotion program, 2) Beck Depressive assessment. All instruments were verified for content validity by five professional experts. The Cronbach's Alpha Coefficient reliability of the assessment was .90. Data were analyzed using descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation and t-test.

Findings: 1. The mean score of depression among the older person with the major depressive disorder after receiving the family-involved resilience promotion program was significantly lower than those before the experiment at the .05 level of significance ($t = 7.9$).

2. The mean score of depression of the older person with the major depressive disorder who received the family-involved resilience promotion program was significantly lower than that of the older with the major depressive disorder who received routine nursing care at the .05 level of significance ($t = -2.73$).

Conclusion: The family-involved resilience promotion program enables the older with the major depressive disorder has a higher mental strength, and it also helps reduce depression in the older with the major depressive disorder

Keywords: Resilience / Family-involved / Depression / The elderly with the major depressive disorder

* Master Student in Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

**Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Borommaratchachonnani Srisataphat Building, Rama 1 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand. Email: dnayus@yahoo.com



บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตที่เป็นปัญหามากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ คือ การมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า (Department of Geriatric Medicine, 2011) เนื่องจากประชาชนมีอายุยืนขึ้น ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในต่างประเทศพบระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงมาก คือร้อยละ 12.9, 58.0, 91.5 และ 98.9 ตามลำดับ (Kroenke & Spitzer, 2002) จากการสำรวจระบบสาธารณสุขทางจิตเวชในประเทศไทยปี 2551 พบผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำแนกความชุกตามกลุ่มอายุ 60-69 ปีพบร้อยละ 3.3 ช่วงอายุ 70-79 ปีพบร้อยละ 3.9 และอายุ 80 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 5.0 (Kongsuk, 2008) สถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุจะมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 72.3 และมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ร้อยละ 15.6 (Nansupawat, 2009) และจากการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมามีพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 65.9 ระดับปานกลางร้อยละ 30.7 และระดับรุนแรงร้อยละ 3.4 (Puttametta, 2014)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะที่มีความซับซ้อนของความรู้สึก กระบวนการคิด และพฤติกรรมแสดงออกทางอาการและอาการแสดงที่มีความแปรปรวน ในด้านอารมณ์ แรงจูงใจ และด้านร่างกาย โดยมีอาการซึมเศร้า หดหู่ มีลักษณะของการคิดที่บิดเบือน มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้ ลึกลับแยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ซึ่งเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้ มีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ (Beck, 1967) ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิต ที่

แสดงออกทางด้านอารมณ์โดยรู้สึกหดหู่ ลึกลับ ไม่มีคุณค่า เฉยเมย โดดเดี่ยว ด้านพฤติกรรมแสดงออกโดยมีท่าทางการเคลื่อนไหวเชื่องช้า ถดถอย ยืนหรือนั่งในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ แยกตัว ไม่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านความคิดมีความคิดหลงผิด ตัดสินใจไม่ได้ ต่ำทอนตนเอง คิดร้ายต่อตนเอง ด้านสรีรวิทยา มีการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับหรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติหลายชั่วโมง (Lueboonthavatchai, 2010) ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัดที่เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ ลึกลับ คิดมาก นอนไม่หลับ หากภาวะซึมเศร้าคงอยู่ต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ก่อให้เกิดความเศร้าเรื้อรังและรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ (Psychiatric disorder) เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่และทำร้ายตนเองในที่สุดและนำมาสู่การฆ่าตัวตายได้ (Cahoon, 2012; Cohen & Krajewski, 2014) ซึ่งการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 70 (Ruangtrakool, 2004)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ปัจจัยสำคัญ คือ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและปัจจัยปกป้อง กล่าวคือ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา ได้แก่ พันธุกรรม เพศ ความผิดปกติของระบบประสาท ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความผิดปกติของบุคลิกภาพ บุคลิกภาพแบบอ่อนไหว และการมีความผิดปกติด้านความคิด ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ได้แก่ การสูญเสีย ปัญหาเศรษฐกิจ และปัจจัยปกป้องการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา (Puttametta, 2014) ทั้งนี้ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการรุนแรงมากขึ้น คือ ปัจจัยปกป้องต่ำกล่าวคือ มีความเข้มแข็งทางใจ



ระดับต่ำ มีความคิดทางลบตลอดเวลา ความสามารถในการรู้คิดและการควบคุมตนเองต่อการดำรงชีวิตลดลง ไม่สามารถปรับตัวที่จะเผชิญกับปัญหา (Heisel, 2006) ดังนั้นจึงควรมีสภาพจิตใจเข้มแข็งเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและต่อสู้กับโรคซึมเศร้าได้ (Department of Mental Health Thailand, 2009)

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวในการดูแลภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างมาก ทั้งนี้เพราะการที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำเนินไปของโรคซึมเศร้า และแนวทางการดูแลจะทำให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น (Sebern, 2005) เพราะครอบครัวมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ทั้งนี้ในความสัมพันธ์ภายในครอบครัวผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ป่วยเรื้อรังจะทำให้ขาดความมั่นคงในชีวิตขาดความสงบสุข รู้สึกสิ้นหวังเหนื่อย มีความท้อเทินทางอารมณ์ส่งผลให้การดำเนินไปของโรคซึมเศร้ารุนแรงขึ้น จะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการมีส่วนร่วม และมีอิทธิพลที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Qualls & Anderson, 2009) โดยเฉพาะการดูแล ช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กล่าวคือ มีการดูแลอย่างใกล้ชิด รับฟังปัญหาสังเกตความผิดปกติต่างๆ ที่อาจแสดงถึงความรุนแรงของอารมณ์ ความรู้สึกไม่มีคุณค่า ความสิ้นหวัง การไม่ยอมให้มีชีวิตอยู่ และมีความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสมาชิกครอบครัวบุคคลในสังคมและชุมชนจะเป็นสื่อกลางที่เข้มแข็งช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งนี้ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้ายังคงอยู่หรือรุนแรงเพิ่มขึ้น คือ การสนับสนุนทางสังคมลดลง

(Richardson et al., 2012; Wang & Zhao, 2012) และการมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว (Taqi et al., 2007) ครอบครัวจึงเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญในการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจากครอบครัว มีการสื่อสารเกี่ยวกับอาการ การเจ็บป่วย สอบถามความรู้สึกและความต้องการร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล และการร่วมมือร่วมใจกันดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จะส่งผลช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ดียิ่งขึ้น (Sebern, 2005)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่สำคัญพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกทางลบที่คิดว่าตนเองต้องพึ่งพาและเป็นภาระของครอบครัว ดังนั้นการมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว เช่น ความรู้สึกที่ดีเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การได้รับการยอมรับ การเป็นที่รัก ได้รับการยกย่อง ความรู้สึกมีคุณค่าและเป็นที่ต้องการของครอบครัวจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นภาระของครอบครัว รู้สึกได้รับการยอมรับนับถือ รู้สึกมีคุณค่าและเป็นที่ต้องการของครอบครัว (Unalan et al., 2015) สิ่งเหล่านี้จะส่งผลดีต่อการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจให้เกิดขึ้น โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

ความเข้มแข็งทางใจสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถหาวิธีในการแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้กระบวนการที่สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด



ความยากลำบากในชีวิต ช่วยให้สามารถผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Grotberg, 1999) ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เป็นโรคเรื้อรังต้องใช้เวลารักษานาน ภาวะซึมเศร้านับเป็นปัญหาสำคัญ (Eliopoulos, 2013) โดยจะมีอาการเศร้ามาก ไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร ซึ่งถ้าหากไม่สามารถผ่านพ้นวิกฤตนี้ไปได้จะส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำหรือเกิดอาการรุนแรงจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (Beck, 1979) จากการศึกษาของ Melartin et al. (2004) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านั้นจะไม่เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่ภาวะซึมเศร้านั้นจะค่อยๆ เพิ่มความรุนแรง ทั้งนี้การติดต่อสื่อสารทางด้านลบ เช่น การวิจารณ์หรือตำหนิตีเดียและและการไม่มีทักษะในการแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jeste et al. (2013) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นเมื่อความเข้มแข็งทางใจลดลง ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความเข้มแข็งในการยืนหยัดเผชิญต่อสู้กับโรคที่เป็นอย่างเข้มแข็งและแข็งแกร่ง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Schure et al., 2013) ความเข้มแข็งทางใจมีความสำคัญกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทำให้เกิดความเข้มแข็งและมีความมั่นใจทางจิตใจ อันจะเป็นเกราะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นได้ (Burns & Anstey, 2010; Seok et al., 2012)

จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี และหากได้นำครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพาเข้ามาช่วยในการดูแลด้วยตามแนวคิดของ Sebern (2005) จะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามามีภาวะซึมเศร่าลดลง เนื่องจากเป็นกระบวนการร่วมมือกันระหว่างสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพซึ่งจะทำให้กระบวนการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ

ประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น (Wells, 2012) ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจึงนำโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมาใช้เพื่อช่วยเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลที่เหมาะสม และมีภาวะซึมเศร่าลดลง สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

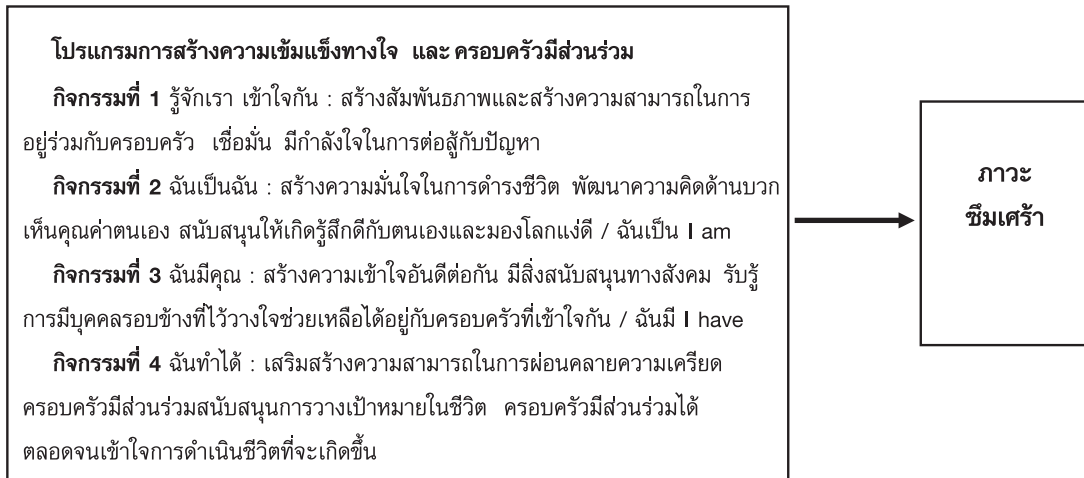
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิด (Grotberg, 1995) กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจหรือการฟื้นคืนทางอารมณ์ เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลที่จะป้องกันการสูญเสีย ลดความรุนแรงในภาวะบีบคั้นที่ต้องเผชิญและผ่านพ้นไปได้ด้วยดี สามารถพัฒนาขึ้นมาได้ไม่ว่าอยู่ในวัยใดก็ตาม ซึ่งได้มาจากการเสริมสร้างให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีพร้อม 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) สิ่งที่เป็น (I am) 2) สิ่งที่มี (I have) 3) สิ่งที่สามารถทำได้ (I can) โดย



ใช้กระบวนการที่สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต (Maneerat et al., 2011) โดยพัฒนาองค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจผู้สูงอายุ 5 ด้าน ร่วมกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Sebern (2005) ที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีส่วนร่วมในด้านการสื่อสารข้อมูลการเจ็บป่วย การตัดสินใจในการดูแล และการกระทำร่วมกัน

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมโดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสาร มีการทำความเข้าใจ ค้นหาข้อมูลปัญหาของผู้ป่วย ร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และร่วมจัดการปัญหา ร่วมกับผู้ป่วย เพื่อเป็นการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรมใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาทีเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ตามกรอบแนวคิด ดังนี้



วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pre test-post test control group design)

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุเพศชาย และหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัย

จากจิตแพทย์ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย หรือทางสายเลือดของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้มีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไป ที่มีค่าตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป
2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002)



3. ได้รับแผนการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในกลุ่มเดียวกัน

4. สามารถ พูด ฟัง อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

5. ไม่เคยได้รับการบำบัดโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม

คุณสมบัติของผู้ดูแลหลักที่คัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย มีดังนี้

1. บุคคลที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย หรือทางสายเลือดมีการพึ่งพาอาศัยกันทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ บิดามารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันสม่ำเสมอต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแล

2. อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

3. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยได้ทุกครั้ง

4. สามารถ พูด ฟัง อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการทฤษฎีขีดจำกัดเข้าสู่ศูนย์กลาง (Central Limit Theorem) เป็นทฤษฎีความน่าจะเป็นของการแจกแจงแบบปกติของค่าเฉลี่ยตัวแปรที่มีจำนวนมากซึ่งนำมาหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างซ้ำๆ กัน เพื่อให้ได้ค่าเฉลี่ยที่ดีที่สุดนั้น พบว่า ยังมีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติอยู่ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการประมาณค่าสถิติที่แน่นอนโดยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับงานวิจัยควรมีจำนวนตัวอย่างอย่างน้อยเท่ากับ 30 ขึ้นไป ที่ค่าเฉลี่ยจะมีการแจกแจงแบบปกติ (Rice, 2006) ซึ่งสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยจึงกำหนดใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 ครอบครัว กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว และจับคู่ (Matched-pair) โดยใช้อายุและระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกัน แล้วสุ่มอย่างง่ายโดยจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองก่อนจนครบจากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากแนวคิด Grotberg (1995) ร่วมกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของ Sebern (2005) ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) สิ่งที่คุณเป็น (I am) 2) สิ่งที่คุณมี (I have) และ 3) สิ่งที่คุณทำได้ (I can) และครอบคลุมองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณและด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ มีรูปแบบเป็นการสอน กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น ฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 4 กิจกรรม กลุ่มละ 4 ครอบครัว ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ครั้งละ 60-90 นาที โปรแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนครอบคลุม รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม



ตัวอย่าง จำนวน 3 ครอบครัว ครบทั้ง 4 กิจกรรม
ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูง
อายุโรคซึมเศร้า และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก
ซึ่งเป็นข้อมูลคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck
Depression Inventory) ของ Beck (1961) ประกอบด้วย
ข้อคำถามเกี่ยวกับความซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ
แบ่งคะแนนแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนน
ตามลำดับความรุนแรงของความซึมเศร้า แล้วนับ
คะแนนในทุกข้อคำถามทั้ง 21 ข้อ รวมกัน คะแนน
รวมตั้งแต่ 0-63 คะแนน โดยมีข้อคำถามอาการทาง
จิตใจ 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-15 และข้อคำถามอาการ
ทางกาย 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16-21 เครื่องมือแบบประเมิน
ภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ
Beck (1961) นี้เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน จาก
งานวิจัยของวัชรีย์ แสงสาย (2556) มีค่าความตรง
เชิงเนื้อหาเท่ากับ .89 และหลังนำไปทดลองใช้ใ
นการศึกษานี้พบว่ามีความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟา
ของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)
เท่ากับ .90

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบ
ประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทย
(Maneerat et al., 2011) เพื่อประเมินระดับความ
เข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย
ข้อคำถาม 24 ข้อ มี 5 ด้าน ผ่านการตรวจสอบความ
ตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิต
และจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (Content Validity : CVI
= 1) และหลังนำไปทดลองใช้ในการศึกษานี้พบว่า
มีความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค
(Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91

เกณฑ์กำกับการทดลอง สำหรับการวิจัยครั้งนี้
เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 แล้วผู้วิจัยจะประเมินความ
เข้มแข็งทางใจทันที โดยกลุ่มทดลองต้องมีความเข้ม

แข็งทางใจระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 73 คะแนนขึ้นไป)
จึงถือว่าผ่านเกณฑ์ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนน
ความเข้มแข็งทางใจไม่ผ่านเกณฑ์ มีจำนวน 7 คน
ผู้วิจัยได้ร่วมทบทวนความรู้ความเข้าใจ ให้ข้อมูล
สร้างความเข้มแข็งทางใจและการให้คำปรึกษาราย
ครอบครัว จากนั้นจึงทำการประเมินซ้ำ พบว่าผู้สูง
อายุโรคซึมเศร้ามีระดับคะแนนความเข้มแข็งทางใจสูง
(คะแนนตั้งแต่ 73 คะแนนขึ้นไป) และผ่านเกณฑ์
ครบทุกคน

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรม
แพทย์ทหารอากาศ ซึ่งได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม
2559 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตาม
เกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้อ่านเอกสารเข้า
ร่วมการวิจัยและได้รับการชี้แจง โดยผู้วิจัยเข้าพบ
กลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทดลอง ระยะเวลา
ที่ใช้ วิธีการทดลอง และผลประโยชน์ที่ได้รับ
พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอม
ให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใดๆ สามารถยุติการเข้าร่วมได้
โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อ
การรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะถูก
เก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม
เท่านั้น และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึก
ข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างจะยุติ
การบันทึกข้อมูลได้ทันที เมื่ออธิบายจนเข้าใจแล้ว
สอบถามถึงความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับ
การเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้วิจัยลงชื่อในเอกสารยินยอม
เข้าร่วม

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. **ขั้นเตรียมการทดลอง** ผู้วิจัยเตรียมตนเอง
ทั้งด้านความรู้และการพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำ
กลุ่มในกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้สูงอายุ เตรียมผู้ช่วยวิจัย



เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไม่น้อยกว่า 5 ปี เพื่อทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและเตรียมสถานที่ รวมทั้งการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และนัดหมายตารางเวลาสำหรับดำเนินการทดลอง

2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 กลุ่มทดลองได้เข้าทำกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งจำนวนผู้เข้ากลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว เป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 4 ครอบครัว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันจนครบ 4 สัปดาห์ หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยทำการกำกับทดลองด้วยแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทย (Maneerat et al., 2011) ทันที

2.3 กลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1-4 ดูแลให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการให้คำแนะนำการใช้ยา การสังเกตอาการข้างเคียง และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ประเมินผลการทดลอง (Post-test) ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1961) ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 ไปแล้ว 1 สัปดาห์ โดยนัดกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 5 และกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 5

จากนั้นแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินครบถ้วน จึงนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงบรรยายในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ไม่มีสูญหายทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 เป็นเพศชาย ร้อยละ 25 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 62.5 อายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 32.5 และอายุระหว่าง 80-89 ปี ร้อยละ 5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 45 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45 อาชีพว่างงาน ร้อยละ 47.5 ลักษณะการอยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 45 สภาพเศรษฐกิจเพียงพอ ร้อยละ 75 โรคประจำตัวอื่น นอกเหนือจากโรคซึมเศร้า พบว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ร้อยละ 17.5 ลักษณะผู้ดูแลหลักผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 27.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 32.5 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 17.5 ลักษณะการอยู่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุและครอบครัว ร้อยละ 35 สภาพเศรษฐกิจส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 90 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุคือ บุตร ร้อยละ 52.5 รองลงมาคู่สมรส ร้อยละ 27.5 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 52.5

ผลการวิเคราะห์ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และ 2



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ภาวะซึมเศร้า	ก่อน	หลัง	SD	t	df	p-value
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)				
กลุ่มทดลอง (n = 20)	23.05 (6.2)	13.85 (6.7)	5.17	7.9	19	.00
กลุ่มควบคุม (n = 20)	23.20 (6.1)	20.00 (7.5)	6.04	2.4	19	.03

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	t	df	p-value
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)			
ก่อนทดลอง	23.20(6.1)	23.05(6.2)	-.077	38	.94
หลังทดลอง	20.00(7.5)	13.85(6.7)	-2.73	38	.01

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นถึงค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 23.05 คะแนน และหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 13.85

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 23.05 และก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 23.20 และคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 13.85 และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 20.00 คะแนน

การอภิปรายผล

การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างจากหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่ง



สำคัญและจำเป็นต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวคิดประกอบไปด้วย การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน โดยผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ คือ พยาบาล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยต้องมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งร่วมกัน กล่าวได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเกิดจากอิทธิพลของหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน ซึ่งครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลอย่างมาก ดังนั้น การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคมะเร็งจึงควรนำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วม ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งรู้สึกดีกับตนเอง มีกำลังใจและความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับครอบครัว ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลดลง

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งหลังโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 13.85 คะแนน และกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 20.00 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) หมายความว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับการโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมภาวะซึมเศร้าลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ มีกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความรู้สึกมีคุณค่าใน

ตนเอง เห็นในข้อดี มีความคิดด้านบวก มีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง มีทักษะในการสื่อสารทางบวกที่ดีมีประสิทธิภาพ เกิดการเรียนรู้จากปัญหาที่เผชิญนำไปสู่การพัฒนาเป็นบทเรียนไปสู่อะไรที่ดีกว่าและสามารถแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม เลือกทางเลือกที่ดีที่สุดให้ตนเอง มีกำลังใจที่จะต่อสู้แก้ไขกับปัญหาอย่างเข้มแข็ง และสามารถจัดการปัญหาและวิกฤตของชีวิต รวมทั้งสามารถพัฒนาตนเองตามเป้าหมายในชีวิตได้ เป็นการเสริมสร้างปัจจัยปกป้องในตัวบุคคล ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งทางใจในการฟื้นตัว (bound back) จาก การเผชิญความทุกข์ยากลำบากในชีวิต อีกทั้งเป็นการลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงไปได้ (Grotberg, 1995) ทำให้ความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นส่งผลให้คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง (Jeste et al., 2013) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมส่งผลให้กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลการวิจัยนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติลดลงเล็กน้อย ซึ่งทั้งนี้เพราะการพยาบาลตามปกติช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งได้ แต่หากเพิ่มกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเพิ่ม เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การนำครอบครัวมามีส่วนร่วม เป็นต้น จะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งมีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การเริ่มดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมควรมีการสร้างสัมพันธภาพทุกครั้ง มีการรับฟังปัญหา การระบายความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งและ



ผู้ดูแลหลัก เพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ใช้โปรแกรม กับผู้เข้าร่วมกิจกรรม

2. การศึกษาวิจัยต่อเนื่อง ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และมีการติดตามระยะยาว โดยติดตามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นระยะตามเหมาะสม เช่น ทุก 1, 3, และ 6 เดือน

3. ควรมีการศึกษาผลโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้า ร่วมกับปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ความรู้สึก

มีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม อาการซึมเศร้า ความสิ้นหวัง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณการสนับสนุนทุนวิจัย จากทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับ นิลิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทุนสนับสนุนการวิจัย จาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

.....

References

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Burns, R. A., & Anstey, K. J. (2010). The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Testing the invariance of a uni-dimensional resilience measure that is independent of positive and negative affect. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 527-531.
- Cahoon, C. G. (2012). Depression in older adults. *AJN The American Journal of Nursing*, 112(11), 22-30.
- Cohen, D., & Krajewski, A. (2014). Interdisciplinary geriatric resilience interventions: an urgent research priority. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 30(3), 199-206.
- Department of Mental Health Thailand. (2009). *RQ: Resilience Quotient*. Nonthaburi: Deenadoo. (In Thai)
- Department of Geriatric Medicine. (2011). *Institute for Health Systems Research and Development 4 regions*. Retrieved on 6 Jan 2017, from <http://www.static.agingthai.org.files/content/4regions.pdf>. (In Thai)
- Eliopoulos, C. (2013). *Gerontological nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Grotberg, E. H. (1995). A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit.
- Grotberg, E. H. (1999). Countering depression with the five building blocks of resilience. *Reaching Today's Youth*, 4(1), 66 -72.
- Heisel, M. J. (2006). Suicide and its prevention among older adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(3), 143-154.



- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Martin, A. v. S., & Kraemer, H. C. (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry*. 170(2), 188-196.
- Kongsuk, T. (2008). *The Prevalence of Major Depressives in Thailand: Results from the Epidemiology of Mental Disorders National Survey 2008*. Retrieved on 19 July 2016, from <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf>. (In Thai)
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9 : a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric annals*. 32(9), 509-515.
- Lueboonthavatchai, P. (2010). *Psychosocial Treatment for Depressive Disorder*. Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)
- Maneerat, S., Isaramalai, S., & Boonyasopun, U. (2011). A Conceptual Structure of Resilience among Thai Elderly. *International Journal of Behavioral Science*. 6(1), 25-40.
- Melartin, T.K., Rytsala, H.J., Leskela, U.S., Lestela-Mielonen, P.S., Sokero, T.P., & Isometsa, E.T. (2004). Severity and comorbidity predict episode duration and recurrence of DSM-IV major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 65(6), 810-819.
- Nansupawat, W. (2009). Mental Health of the Elderly. *Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division*. 27(1), 27-32. (In Thai)
- Puttamettha, M. (2014). *Selected factors related to depression of the older persons with depressive disorder. in the central region*. Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing. Faculty of Nursing Chulalongkorn University. (In Thai)
- Qualls, S. H., & Anderson, L. N. (2009). Family therapy in late life. *Psychiatric annals*. 39(9), 844-850.
- Rice, J. (2006). *Mathematical statistics and data analysis*. Nelson Education.
- Richardson, T. M., Friedman, B., Podgorski, C., Knox, K., Fisher, S., He, H., & Conwell, Y. (2012). Depression and its correlates among older adults accessing aging services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 20(4), 346-354.
- Ruangtrakool, S. (2004). *Stress and Psychiatric Symptom*. Bangkok: Rueankaew. (In Thai)
- Sangsai, W., & Soonthronchiya, 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), 104-106.
- Schure, M. B., Odden, M., & Goins, R. T. (2013). The association of resilience with mental and physical health among older American Indians: The native elder care study. *American Indian and Alaska native mental health research*. 20(2), 27.
- Sebern, M. (2005). Shared Care, elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advance Nursing*. 52(2), 170 -179.



- Seok, J. H., Lee, K. U., Kim, W., Lee, S. H., Kang, E. H., Ham, B. J., ... & Chae, J. H. (2012). Impact of early-life stress and resilience on patients with major depressive disorder. *Yonsei medical journal*, 53(6), 1093-1098.
- Taqi, A. M., Itrat, A., Qidwai, W., & Qadri, Z. (2007). Depression in the elderly: Does family system play a role? A cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 7(1), 57.
- Unalan, D., Gocer, S., Basturk, M., Baydur, H., & Ozturk, A. (2015). Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. *European Geriatric Medicine*, 6(4), 319-324.
- Wang, J., & Zhao, X. (2012). Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(3), 574-579.
- Wells, M. (2012). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(2), 45-54.