



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs)

หงษ์ บรรเทิงสุข* มะลิสา งามศรี**

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

รูปแบบงานวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีการดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งหรือเป็นโรคร่วมตั้งแต่สองโรคขึ้นไปในกลุ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 60 ราย เครื่องมือวิจัยคือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) มีความเที่ยงของเครื่องมือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 จัดกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับคู่พิจารณาจากเพศและระดับคะแนนอาการซึมเศร้า แบ่งเป็นกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลโดยการให้คำปรึกษาตามปัญหาที่พบและกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจำนวน 9 กิจกรรม ประกอบด้วย การเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ การจัดกิจกรรมสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและการฝึกทักษะการผ่อนคลาย การปรับโครงสร้างทางความคิดโดยค้นหาความเชื่อที่ผิดและความคิดอัตโนมัติด้านลบ การปรับโครงสร้างทางความคิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การสร้างเสริมรูปแบบการจัดการอาการซึมเศร้าที่เหมาะสม จำนวน 3 กิจกรรม การใช้เทคนิคการพูดกับตนเอง (self-talk) และทบทวนการเรียนรู้ในการฝึกทักษะที่เข้าร่วมในโปรแกรมร่วมกับการวางแผนการนำทักษะไปใช้ในอนาคต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และทดสอบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา: คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป: โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีอาการซึมเศร้าลดลงควรนำโปรแกรมนี้ไปเผยแพร่กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น และควรศึกษาวิจัยในบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม/ อาการซึมเศร้า/ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



The effect of cognitive-behavioral therapy program on depressive symptoms in the elderly with chronic non-communicable disease

Hong Banthoengsuk* Malisa Ngamsri**

Abstract

Purpose: To study the effect of cognitive behavioral therapy program on depressive symptoms in the elderly with chronic non-communicable diseases.

Design: quasi-experimental research.

Methods: The subjects were people aged 60 years and over who were diagnosed by a physician with one disease or two or more comorbidities in the category of chronic non-communicable diseases, total 60 subjects. The instruments were Demographic data record, a cognitive-behavioral therapy program was validated by three experts with a content validity index of .90. and Data collection were used the Thai Elderly Sadness Scale (TGDS) an Alpha coefficient of reliability was .91. They were divided into a control group by receiving counseling according to their problems, experimental group received a cognitive-behavioral therapy program with nine activities, consisting of relationships building, organizing activities that influence feelings and practicing relaxation skills, Cognitive restructuring by searching for false beliefs and negative automatic thoughts, Cognitive restructuring and inappropriate beliefs about depression. Strengthening appropriate depression management patterns for three activities, strengthening appropriate depression management patterns by using self-talk techniques and planning for future use of skills. Data were analyzed using descriptive statistics and the mean was tested using a t-test.

Results: The mean scores of depression symptoms in the experimental group receiving the Cognitive Behavioral Therapy Program were significantly lower than before receiving the program ($p < .05$). The experimental group receiving the cognitive behavioral therapy program was significantly lower than the control group ($p < .05$).

Conclusion: Cognitive-behavioral therapy program reduced depressive symptoms in elderly patients with chronic non-communicable diseases. This program should be distributed to other groups of senior citizens. Further research should be conducted on people at risk of depression.

Keywords: cognitive-behavioral therapy program/depression/elderly chronic non-communicable disease



บทนำ

สถานการณ์ในปัจจุบันพบว่าประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2021 มีประชากรรวมทั้งหมดจำนวน 7,875 ล้านคน ในนั้นมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี 2050 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,963 ล้านคน หรือร้อยละ 22 ของประชากรทั้งหมด¹ ส่วนประเทศไทยในปี 2021 มีประชากรรวมทั้งหมดจำนวน 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมากเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2050 คาดว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็น 1 ใน 6 ของประชากรทั้งประเทศ หรือคิดเป็นร้อยละ 27 ของประชากรทั้งหมด¹ และในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรสูงอายุช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7 ต่อปี²

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์ปี 2565 โดยกระทรวงสาธารณสุข ในระบบ Health Data Center มีข้อมูลผู้สูงอายุในระบบ จำนวน 9,527,054 คน พบว่า ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันดับ 1 คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.06 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 และโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 2.43³ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 73 ของประชากรทั้งหมด โดยอัตราการตายสูงสุดคือ โรคหลอดเลือดสมองคิดเป็น 48.70 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็น 32.30 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานคิดเป็น 22.30 ต่อแสนประชากร ภาวะความดันโลหิตสูงคิดเป็น 12.20 ต่อแสนประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็น 11.40 ต่อแสนประชากร⁴ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายทำให้อวัยวะบางส่วนในร่างกายเกิดปัญหา ใช้งานได้ไม่เต็มที่และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำได้เพียงแต่ควบคุมอาการไม่ให้รุนแรงขึ้นหรือลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ซึ่งจะส่งผลกระทบ

ต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ประสิทธิภาพการดำเนินชีวิตลดลง เกิดความเครียด ท้อแท้ ผิดหวัง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้⁵ และทำให้สภาพร่างกายแย่ลง ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วย เช่น มีความวิตกกังวลสูง รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ รู้สึกไร้ค่า ซึมเศร้าและอาจมีความคิดอยากตาย

อาการซึมเศร้าหมายถึงภาวะที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ โดยจะมีอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง วิตกกังวล และมองโลกในแง่ลบ อาการซึมเศร้ามีหลายระดับตามความรุนแรงของการแสดงออก ซึ่งจะประเมินอาการซึมเศร้าโดยแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย⁶ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ซึ่งเป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของ 'ไทย' โดยมีเกณฑ์การวัดคะแนนดังนี้คะแนน 0 - 12 ปกติ คะแนน 13 - 18 มีระดับของภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 19 - 24 มีระดับของภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนน 25 - 30 มีระดับของภาวะซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดเป็นโรคซึมเศร้าได้มักจะพบว่าเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าทำให้ไม่มีความสุข เกิดความทุกข์ รู้สึกสูญเสียความสามารถในด้านต่าง ๆ ครุ่นคิดแต่เรื่องของตนเองและมักเป็นในทางลบ ลักษณะความคิดและพฤติกรรมมักเกิดขึ้นวนเวียน ซ้ำไปซ้ำมา มีความคิดด้านลบ รู้สึกท้อแท้ ขาดกำลังใจและนำไปสู่อาการซึมเศร้า สิ้นหวัง สอดคล้องกับแนวคิดของ Beck⁷ ที่กล่าวว่าอาการซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรมเนื่องจากบุคคลมีความคิดเชิงลบที่บิดเบือน 3 ประการ (cognitive triad) คือ 1) ต่อตนเอง 2) ต่อโลก 3) ต่ออนาคต ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทำให้ประสิทธิภาพการดำเนินชีวิตลดลง จากรายงานการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในชุมชนมีความชุกของอาการซึมเศร้าร้อยละ 25.61 โดยในเพศชายมีความชุกร้อยละ 7.32 ในเพศหญิงร้อยละ 18.29⁸ สำหรับจังหวัดอุบลราชธานีได้มีการศึกษาถึงความชุกของอาการ



ซึมเศร้าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20⁹ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า คือ โรคเมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 40, 33.30 และ 23.50 ตามลำดับ¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพ สุขภาพทางกาย การสูญเสีย การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง ความว่าเหว่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรุนแรงของความเจ็บป่วย^{11,12} นอกจากนี้ยังพบปัจจัยทางด้านการรู้คิดได้แก่ การคิดเชิงลบที่มีต่อตนเองต่อโลกและอนาคต¹³ การไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง เป็นต้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำปัจจัยในเรื่องของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีทั้งการให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการเกิดอาการซึมเศร้า การสร้างเครือข่าย นอกจากนี้ในกิจกรรมแต่ละครั้งผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปรับความคิดใหม่ โดยการค้นหา และพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ ผูกวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการซึมเศร้า วิเคราะห์ได้ว่าอาการซึมเศร้าเป็นอย่างไร แก้ไขปัญหาอย่างไร

ปัจจุบันแนวทางที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ วิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (case management) เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปีและลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่ม แอลกอฮอล์สูบบุหรี่ เน้นการดูแลแบบบูรณาการ มุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการที่ได้รับการรับรองถึงควมมีประสิทธิภาพในระดับสากล ได้แก่ ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง¹⁴ (Chronic Care Model, CCM) โดยเสนอรูปแบบการจัดระบบดูแลโรคเรื้อรัง ซึ่งปรับจากการดูแลสุขภาพในระดับบุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการเน้นการป้องกันมาก

ขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก การปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ของการจัดการโรคเรื้อรังที่มากกว่า การรักษาทางการแพทย์เป็นการให้บริการในเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพในขณะที่ยังไม่ป่วย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยอันส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นระบบการดูแลที่จะส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การดูแลโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพ จะเห็นได้ว่าการดูแลจะเน้นในส่วนของการร่างกายแต่ในการดูแลและประเมินปัญหาทางด้านจิตใจยังไม่มาก

การรักษาอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีหลายวิธีเช่นการรักษาด้วยยา การทำจิตบำบัด การฝึกการแก้ไข้ปัญหา การให้สุศึกษา การเยี่ยมบ้าน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้^{15,16} และทำให้ทนต่อการรักษาได้ดีกว่าการบำบัดรูปแบบอื่น¹⁶ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของอารอน ทีเบค¹³ มาประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อลดอาการซึมเศร้า โดยเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า โดยมีความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นสาเหตุสำคัญ การพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอาการซึมเศร้าได้มีการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ พิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบด้วยหลักเหตุผล ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบที่ไม่เป็นจริง และแก้ไข้ปัญหาความคิดอัตโนมัติให้เหมาะสมจะช่วยลดอาการซึมเศร้าลงด้วยตนเองได้ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิด

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของอารอน ทีเบค¹³ โดยมีความเชื่อว่า อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระมีความสัมพันธ์กัน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของบุคคลจะถูกกำหนดจากความ



คิด หากกระบวนการคิดของบุคคลบิดเบือนไม่ถูกต้อง คิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตไปในทางลบโดยไม่ได้พิสูจน์ความคิดนั้นว่าเป็นจริงหรือไม่เพียงใด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของบุคคลนั้นจะแสดงถึงอาการซึมเศร้า การเปลี่ยนแปลงความคิดจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรม การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความเสื่อมสมรรถภาพทางกายและอายุที่สูงขึ้นถือว่าเป็นปัญหาใหญ่ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า โดยมีความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า เมื่อมีอาการซึมเศร้าจะมุ่งความสนใจไปที่มุมมองด้านลบต่อตนเอง โลกและอนาคต แต่หากผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอาการซึมเศร้าได้ค้นพบความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าของตนเอง และได้ทำการพิสูจน์หรือประเมินความคิดดังกล่าวว่าเป็นความจริงหรือไม่ด้วยหลักเหตุผล รวมทั้งการปรับเปลี่ยนความคิดความคิดอัตโนมัติทางลบที่ไม่เป็นจริง และแก้ไขปัญหานั้นในกรณีพบว่าความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความจริง เมื่อความคิดทางลบที่เป็นเหตุให้เกิดอาการซึมเศร้าเปลี่ยนไปก็จะทำให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้ โปรแกรมการบำบัดนี้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักคือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ และ 3) การปรับเปลี่ยนความคิดหรือการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหามาตามความเป็นจริง ดังนั้นการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และทำการพิสูจน์การคิดตามความเป็นจริงรวมทั้งการปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวจะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานีได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

2. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบวัดก่อนและหลัง โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) อายุ 60 ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งหรือเป็นโรคร่วมตั้งแต่สองโรคขึ้นไปในกลุ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3) มีคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 13 – 24 คะแนนซึ่งหมายถึงซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS)⁶ 4) สื่อสารได้ปกติ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินการพูดและการใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) ของการศึกษานี้โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7¹⁸ โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กำหนดขนาด



อิทธิพลในระดับปานกลาง สำหรับการทดสอบกลุ่มทดสอบ 2 กลุ่ม เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมยังเคยถูกทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขนาดอิทธิพลที่ควรใช้จึงอยู่ในระดับเล็กน้อย (small effect size) แต่จากงานวิจัยที่ผ่านมาได้นำผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต¹⁵ ผู้วิจัยใช้ขนาดอิทธิพลในระดับกลาง ที่ระดับ 0.25 ได้กลุ่มตัวอย่าง 28 รายต่อกลุ่ม เนื่องจากการศึกษานี้มีสองกลุ่มจึงต้องการกลุ่มตัวอย่างรวม 56 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือจำนวนข้อมูลกลุ่มตัวอย่างไม่สมบูรณ์และถูกตัดไป ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10¹⁹ รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลอง 30 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ลำดับที่ 005/2565 เลขที่ HE651001 วันที่รับรอง 15 มีนาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิและการรักษาความลับแล้วให้อ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอเหล่าเสือโก้ก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนเมืองและตำบลเหล่าเสือโก้ก แล้วเข้าพบผู้อำนวยการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขอข้อมูลรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป พร้อมแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้กเป็นกลุ่ม

ควบคุม ส่วนผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนเมืองเป็นกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย อธิบายให้เข้าใจถึงการเข้าร่วมและแจ้งการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินอาการซึมเศร้าตามแบบประเมิน TGDS⁶ คัดเลือกเข้าร่วมกลุ่มทดลองที่มีคะแนนอาการซึมเศร้าตั้งแต่ 13 – 24 คะแนน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลองในช่วงเดือน เมษายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง คือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของอารอน ทีเบค¹³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมซึ่งโปรแกรมการบำบัดนี้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักคือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ 3) การปรับเปลี่ยนความคิดหรือการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหามาตามความเป็นจริง ซึ่งเป็นการบำบัดรายกลุ่มและมีจำนวนการบำบัดรวม 9 ครั้ง ใช้เวลานานครั้งละ 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่ม กลุ่มละ 6 คน ดังนี้ ครั้งที่ 1 การเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม และอาการซึมเศร้า ครั้งที่ 2 การจัดกิจกรรมสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ครั้งที่ 3 การปรับโครงสร้างทางกรูติด โดยค้นหาความเชื่อที่ผิดและความคิดอัตโนมัติด้านลบ ครั้งที่ 4 การปรับโครงสร้างทางความคิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ครั้งที่ 5 การสร้างเสริมรูปแบบการจัดการอาการซึมเศร้าที่เหมาะสม (ครั้งที่ 1) ครั้งที่ 6 การสร้างเสริมรูปแบบการจัดการอาการซึมเศร้าที่เหมาะสม (ครั้งที่ 2) ครั้งที่ 7 การสร้างเสริมรูปแบบการจัดการอาการซึมเศร้าที่เหมาะสม (ครั้งที่ 3) ครั้งที่ 8 การสร้างเสริมรูปแบบการจัดการ



อาการซึมเศร้าที่เหมาะสมโดยการใช้เทคนิคการพูดกับตนเอง (self-talk) ครั้งที่ 9 ทบทวนการเรียนรู้ในการฝึกทักษะในการเข้าร่วมโปรแกรม และการวางแผนในอนาคต

โปรแกรมการทดลองได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชจำนวน 1 ท่าน, ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของขั้นตอนการบำบัดความคิดและพฤติกรรม รวมถึงการดำเนินการบำบัดมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .90 และมีการปรับให้เน้นความสำคัญของการให้ผู้สูงอายุเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาในการวิเคราะห์ความคิดอัตโนมัติทางลบ เน้นการอธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในแต่ละกิจกรรม ปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่ายและให้เป็นรูปธรรม การศึกษาความเป็นไปได้ของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม (Feasibility) ด้วยการทดลองทำกลุ่มบำบัดกับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเขตจังหวัดอุบลราชธานีที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของเนื้อหาและเวลา รวมทั้งข้อบกพร่องหรืออุปสรรค ตลอดจนเพื่อให้เกิดทักษะและความชำนาญในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำมาแก้ไขก่อนที่จะดำเนินการวิจัยจริง ผลการศึกษาพบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินกลุ่มมีมากเกินไป ทำให้ใช้เวลานานในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยจึงลดจำนวนลงมาเป็นกลุ่มละ 6 คน และทดลองทำกิจกรรมใหม่ พบว่ามีความเหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมในส่วนของเวลาและเนื้อหา สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นทุกคนและทั่วถึง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย

2.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ

ไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)

เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย⁶ ประกอบด้วย กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยามีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (content validity) เท่ากับ .93 โดยมีเกณฑ์การวัดคะแนนดังนี้คะแนน 0 - 12 ปกติ คะแนน 13 - 18 มีระดับของภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 19 - 24 มีระดับของภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนน 25 - 30 มีระดับของภาวะซึมเศร้ารุนแรง การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 30 ราย โดยใช้สูตร Cronbach' s Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91

ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) หลังจากนั้นจับคู่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ⁸ และระยะเวลาการเจ็บป่วย¹⁹ จนได้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลอง (Experimental group) จำนวน 30 ราย จากนั้นดำเนินการทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคลก่อนดำเนินการทดลอง 1 สัปดาห์ พบกลุ่มควบคุมในวันจันทร์ และพบกลุ่มทดลองในวันพฤหัสบดี

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองแล้วลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาและให้การพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้ก โดยการจัดกิจกรรมการพยาบาลในคลินิกผู้สูงอายุในวันนัดติดตามผลการรักษาจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น



เห็นร่วมกันตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย เพื่อให้ความรู้และสาเหตุ อาการ การรักษาอาการซึมเศร้า การแนะนำเกี่ยวกับปฏิบัติตัวของขณะมีอาการซึมเศร้า การรับประทานยา และให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS

กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจากผู้วิจัย และมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจกวัสดุประสงค์ ขั้นตอนในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองแล้วลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง และให้ทำแบบวัดอาการซึมเศร้า ระยะเวลาการทดลอง และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 5 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 6 คน โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 วัน คือวันอังคาร เข้า 1 กลุ่ม เวลา 10.00-11.30 น. บ่าย 1 กลุ่ม เวลา 13.00-14.30 น. วันพฤหัสบดีเช้า 1 กลุ่ม เวลา 10.00-11.30 น. บ่าย 1 กลุ่ม เวลา 13.00-14.30 น. และวันเสาร์ เข้า 1 กลุ่ม เวลา 10.00-11.30 น. ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที สถานที่ศาลาวัดบ้านโพธิ์เมือง เป็นเวลา 9 สัปดาห์ พร้อมทั้งแจกคู่มือโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าและสมุดการบ้าน

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มทดลอง ในกิจกรรมครั้งที่ 1 คือการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพโดยกิจกรรมรู้จักฉันรู้จักเธอ การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และให้สมุดการบ้านเขียนเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 2 คือจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและการฝึกทักษะการผ่อนคลาย เน้นถึงความสัมพันธ์ของอารมณ์และการแสดงออกของร่างกาย วิธีการจัดการกับอาการซึมเศร้า

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมครั้งที่ 3 คือการปรับโครงสร้างทางการรู้คิดโดยค้นหาความเชื่อที่ผิดและความคิดอัตโนมัติด้านลบ ผู้วิจัยอธิบายความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบผลกระทบของการเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ และให้กลุ่มตัวอย่างได้ค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และสามารถบอกความคิดที่เป็นความคิดอัตโนมัติทางลบได้

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมครั้งที่ 4 การปรับโครงสร้างทางความคิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า กิจกรรมคือการทำความเข้าใจและสามารถค้นหาวิธีการตอบโต้กับความคิดอัตโนมัติทางลบที่เหมาะสมกับตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบให้เป็นความคิดในเชิงบวกที่เป็นไปได้จริง และตระหนักถึงประโยชน์ของความคิดในเชิงบวกที่เป็นไปได้จริง

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมครั้งที่ 5 คือการสร้างเสริมรูปแบบการจัดการอาการซึมเศร้าที่เหมาะสม ครั้งที่ 1) กิจกรรมคือการนำบันทึกของสมาชิกเกี่ยวกับความคิดที่ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า มาร่วมกันประเมินหรือพิสูจน์ และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า พฤติกรรมเมื่อรู้สึกเศร้า และอาการทางสรีระที่มีความเกี่ยวข้องกัน และค้นหาวิธีการแก้ไข ปัญหา เสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหา 3 แบบให้สมาชิกได้เลือกและฝึกปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมครั้งที่ 6 คือการสร้างเสริมรูปแบบการจัดการอาการซึมเศร้าที่เหมาะสม (ครั้งที่ 2) กิจกรรมคือมุมมองและวิธีการในการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาในชีวิตแล้วให้เลือกปัญหา 1 ปัญหาเพื่อฝึกการปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการแก้ไขปัญหา นำการบ้านที่ได้ทำมาบันทึกการฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการแก้ไขปัญหา ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้รู้สึกเศร้า และเกิดพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อมีอาการซึมเศร้า แล้วนำมาประเมินหรือพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบดังกล่าว เมื่อพิสูจน์แล้วว่าความคิดนั้นเป็นความจริงให้ฝึกทำการปรับแก้ไข ปัญหา และฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองในการแก้ไขปัญหา



สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมครั้งที่ 7 คือการสร้างเสริมรูปแบบการจัดการอาการซึมเศร้าที่เหมาะสม (ครั้งที่ 3) กิจกรรมคือนำการบ้านที่ได้ทำการบันทึกการฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการแก้ไขปัญหามาพูดคุยถึงความเข้าใจและปัญหาที่เกิดขึ้นในการฝึก เปิดโอกาสให้ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้รู้สึกเศร้า และเกิดพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อมีอาการซึมเศร้า แล้วนำมาประเมินหรือพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบดังกล่าว เมื่อพิสูจน์แล้วว่าความคิดนั้นเป็นความจริงให้สมาชิกได้ฝึกทำการปรับแก้ไขปัญหา และฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองในการแก้ไขปัญหามา

สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมครั้งที่ 8 คือกิจกรรมการสร้างเสริมรูปแบบการจัดการอาการซึมเศร้าที่เหมาะสมโดยการใช้เทคนิคการพูดกับตนเอง (self-talk) กลุ่มตัวอย่างจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการพูดกับตนเอง (self-talk) และฝึกทักษะการพูดกับตนเอง (self-talk) เมื่อเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบที่เป็นปัญหาลับมารบกวนตนเอง

10. สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรมครั้งที่ 9 คือการทบทวนการเรียนรู้ในการฝึกทักษะในการเข้าร่วมโปรแกรม และการวางแผนในอนาคต เป็นกิจกรรมที่ให้กลุ่มตัวอย่างได้ค้นหาเป้าหมายและสามารถตั้งเป้าหมายของชีวิตได้อย่างเหมาะสม และบอกถึงความก้าวหน้าในการบำบัดและการเรียนรู้ทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ประเมินผลการฝึกโปรแกรมทั้งหมดเพื่อยุติการเข้าร่วมโปรแกรม และประเมินอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS)⁶ และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และโดยใช้สถิติที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Independent-test)

2. วิเคราะห์ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติที่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)

3. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60-65 ปีมากที่สุด จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.67 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.67 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 และมีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.67 มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุดจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.34 ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มในกลุ่มควบคุมมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60-65 ปีมากที่สุด จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33 เป็นเพศหญิงมากที่สุดจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.67 มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.34 โรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุดจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.34 ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองก่อนและกลุ่มควบคุม



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองก่อนและกลุ่มควบคุม

คะแนนอาการซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	X	SD	X	SD			
กลุ่มทดลอง	17.33	1.98	11.36	1.86	58	11.98	.000
กลุ่มควบคุม	17.70	3.01	17.35	1.98	58	0.56	.954

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมก่อนการทดลองเท่ากับ 17.33 (SD = 1.98) และหลังการทดลอง

เท่ากับ 11.36 (SD = 1.86) เมื่อทดสอบด้วยdependent t-test พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่ามีพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนการทดลองเท่ากับ 17.70 (SD = 1.25) และหลังการทดลองเท่ากับ 17.35 (SD = 1.60) เมื่อทดสอบด้วยdependent t-test พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p < .01$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนอาการซึมเศร้า	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t	p-value
	X	SD	X	SD			
ก่อนการทดลอง	17.70	3.01	17.33	1.98	50	0.55	.940
หลังการทดลอง	17.35	1.98	11.36	1.86	47	8.98	.000

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมก่อนการทดลอง เท่ากับ 17.33 (SD = 1.98) และของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เท่ากับ 17.70 (SD = 3.01) เมื่อทดสอบด้วยdependent t-test พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p < .01$)

ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 11.36 (SD = 1.86) และในกลุ่มควบคุม

เท่ากับ 17.35 (SD = 1.98) เมื่อทดสอบด้วยindependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม สอดคล้อง



กับการศึกษาที่ผ่านมา^{15,16} พบว่าผลของการนำแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการทดแทนไตซึ่งถือว่าเป็นโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในที่นี้อาจเกิดจากกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มซึ่งสามารถลดอาการซึมเศร้าได้โดยมีขั้นตอนการบำบัดที่สำคัญคือ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบและปรับความคิดบิดเบือนให้เป็นความคิดใหม่ที่สมเหตุสมผล ทำให้ผู้สูงอายุโรคไตติดต่อเรื้อรังได้รู้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม ซึ่งความคิดอัตโนมัติทางลบและความคิดบิดเบือนมีความเชื่อมโยงกับการเกิดอาการซึมเศร้า โดยส่งผลต่อความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นตามมา¹³ และอาจเป็นเพราะกระบวนการกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงได้เรียนรู้และเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการเปิดโอกาสให้ได้แสดงความคิดเห็นและให้กำลังใจต่อกันและยังได้ส่งเสริมการมีคุณค่าและการยอมรับซึ่งกันและกันส่งผลต่อความสามารถทำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนทั้งความคิดและพฤติกรรมให้มีความเหมาะสม ผู้สูงอายุจะเปลี่ยนมุมมองในการมองโลกจะมองโลกในด้านบวก และมีความหวังมากขึ้น อีกทั้งกระบวนการกลุ่มยังทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ สามารถปรับตัวเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และประยุกต์ใช้โปรแกรมมาวางแผนการดูแลตนเองได้

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้สูงอายุโรคไตติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม อาจเนื่องมาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในครั้งนี้มีรูปแบบกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุเรียนรู้วิธีการสร้างความคิดทางบวกและการควบคุมอารมณ์ เกิดทักษะในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ ที่เผชิญอยู่สามารถปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้อย่าง

เหมาะสม อีกทั้งการใช้กระบวนการของกลุ่มบำบัดยังสามารถก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด สมาชิกผู้สูงอายุได้รับการยอมรับ รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ไม่รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่ท้อแท้และสิ้นหวัง ส่งผลให้การรับรู้คุณค่าในตนเอง สูงขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง ผู้สูงอายุมีกำลังใจและความหวังในชีวิตมากขึ้น¹⁶ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้มีภาวะซึมเศร้าซึ่งผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับการบำบัดผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลงและโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยป้องกัน การกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของFishman²¹และFolkman²² ที่ผลการวิจัยสนับสนุนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในการช่วยลดภาวะซึมเศร้า ส่วนงานวิจัยในไทยพบว่าผลของการปรับพฤติกรรมและปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังพบว่าหลังจากใช้โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมและปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศรียรระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมีระดับความซึมเศร้า ต่ำกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁶ และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและ พฤติกรรมแบบกลุ่มนี้ โดยเน้นที่การปรับความคิดและพฤติกรรมควบคู่กับการเสริมสร้างทักษะการจัดการกับอาการซึมเศร้า การให้เทคนิคการพูดกับตนเองให้กับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยพัฒนากิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชน และเลือกทำในรูปแบบกลุ่ม มีการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันผู้สูงอายุได้มีโอกาสดแสดงความคิดเห็นมีการให้กำลังใจและส่งเสริมการยอมรับซึ่งกันและกันได้รับการปรับเปลี่ยนทั้งความคิดและพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมมากขึ้น และสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันและเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตน ตลอดจนมีการมองโลกในด้านบวก และมีความหวังมากขึ้นลดอาการซึมเศร้าวลง โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบ



กลุ่มนี้เป็นการบำบัดทางเลือกหนึ่งที่พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานในชุมชนสามารถเรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้โดยการจัดโปรแกรมในรูปแบบกลุ่มนี้ ช่วยประหยัดทั้งเวลา ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อการพัฒนางานการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติพยาบาล

1.1 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ ที่มีอาการซึมเศร้าจากความบกพร่องทางความคิด การมีรูปแบบความคิดด้านลบ และการทำหน้าที่ผิดปกติของรูปแบบโครงสร้างทางความคิดที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ส่งเสริมบรรยากาศในการเรียนรู้โดยรูปแบบของกิจกรรมไม่ควรใช้เวลานานเกินไป การพูดคุยควรมีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ไม่สลับซับซ้อน

2. ข้อเสนอแนะด้านการศึกษา

2.1 ภาควิชาควรจัดให้มีการอบรมความรู้เรื่องการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และในภาคปฏิบัติควรมีผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยเฉพาะเพื่อฝึกฝนบุคลากรที่ดูแลผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมให้มีทักษะการบำบัด

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 เพื่อเป็นการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมว่ายังคงมีประสิทธิภาพต่อไปอีกหรือไม่จึงควรมีการติดตามผลในระยะยาว 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

3.2 ควรนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้ในการศึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล นอนไม่หลับ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีที่สนับสนุนทุนวิจัยในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. World Health Organization (WHO). The world health report 2013. Research for universal health coverage. Geneva: WHO.2013.
2. Institute for Population and Social Research, Situation of the Thai older persons: Mahidol University; Nakhon Pathom. 2021; 5-6. https://ipsr.mahidol.ac.th/post_research/situation-of-the-thai-older-persons-2021/.
3. Division of Non communicable diseases Ministry of health. Non communicable diseases. <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/141165/>
4. Division of Non communicable diseases Ministry of health .Annual report 2017. <http://www.thaincd.com/NCDReport60.pdf>
5. Department of mental health (2562). “Depression” breaks your heart. Check the list of causes and symptoms. <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30114><https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30114>.
6. Train the Brain Forum Committee. The Geriatric Depression Scale (TGDS). Siriraj Hospital Gazette 1994; 46(1): 1-9.
7. Beck AT. Cognitive therapy for challenging problems. New York: The Guilford Press. 2005.



8. Arkhom B. 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* 2016; 31(1): 25-33. (In Thai)
9. Sararuk M , Chuntuang C, Chutakulkit S. Factors related to depression among elderly in non- communicable diseases patients receiving services at phoyai sub-district health promoting hospital warin chamrap district ubon ratchatthani province. *Research and Innovation for SDGs in the Next Communicable Diseases Patients Receiving Services at Health Normal* 2022: 241-251. (In Thai)
10. Paungrod N. The study on depression in nonthaburi province elderly. *Princess of narathiwas university journal of humanitics and social scinces* 2005; 2(1): 63-74. (In Thai).
11. Duangnate k. Prevalence and factors associated depress among NCD patients primary care unit of phukieo chalerprakiat hospital. *medical journal of srisaket surin burirum hospital* 2022; 36 (1) 13-24. (In Thai)
12. Suksawat B, Hengudomsub P, Nabkasorn C. 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* 2017; (25)1: 95-107.
13. Beck JS. *Cognitive Behavior therapy: Basic and beyond* (2nd edition). New york: The Guilford press. 2011.
14. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. [Internet]. 1998 (cited 2020 June 11);1(1):2–4. Available from: <https://access.portico.org/Portico/auView?auid=vark%253A%252F27927%252Fphwwtrq3nv&auViewType1=PDF>
15. Noisong A. The effects of a cognitive behavioral therapy program on the anxiety and depression among patients receiving renal replacement therapy. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science in psychiatric and mental health nursing faculty of nursing Thammasat university academic year copyright of Thammasat university. 2018 <http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2018/Tu20185814030051898911267pdf>.
16. Suksawat B, Hengudomsub P, Nabkasorn C. The effects of Cognitive Behavioral Modification Program on hope and depression among community-dwelling older adults. *The journal of faculty of nursing burapha university* 2017; 25 (1); 95-107. (In Thai)
17. Laidlaw K, Mcalpine S. Cognitive behavior therapy : How is it different with older people?. *Journal of Rational- Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 2008; 26; 250-62.
18. Thato R. *Nursing research : concepts to application* (fourth edition). Chulalongkorn University Printing House. 2018.



19. Little RJA, Rubin DB. Statistical analysis with missing data (2nd ed). New York : John Wiley & Sons. 2002.
20. Chaiyasung P, Sutawatnatcha S, Intakan P, Linchanatcin S. Predictors of depression among older adult with chronic disease in urban area. Journal of Nursing and Education 2013; 6(1): 27-37. (In Thai)
21. DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, Reardon JP, Lovett ML, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. Archives of General Psychiatry 2005; 62(4): 417-22.
22. Fishman B, Losscalo M. Cognitive behavioral interventions in management of cancer pain: Principle and applications. Medical Clinics of North America 1978; 71: 271-287.
23. Folkman S, Chesney M, Mckusick L, Ironson G, Johnson DS, Coates TJ. Translation coping theory into an intervention. In J. Eckenrode (Ed.). The social context of stress: New York: Plenum 1991; 409-416.