



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

อนงค์นาฏ คุณประสาท* เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวที่รับบริการในแผนกยาเสพติดและจิตเวชโรงพยาบาลคลองครักษ์ จำนวน 40 ครอบครัว จับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันด้วยอายุและคะแนนอาการซึมเศร้า สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าของBeck 3) แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า 4) แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดยเครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .81 ,1 และ 1 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .78, .86 และ .85 ตามลำดับ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบ t-test

ผลการวิจัย: 1) คะแนนอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อสรุป: โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สุขภาพจิตศึกษา / การมีส่วนร่วมของครอบครัว / อาการซึมเศร้า / ผู้สูงอายุ / โรคซึมเศร้า / ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



The Effect of Family Psychoeducation Emphasizing Shared Care On Depressive Symptoms of Older Persons with Major Depressive Disorder In Community

Anongnad Kunprasat* Pennapa Dangdomyouth**

Abstract

Purpose: To compare the effect of family psychoeducation emphasizing shared care program on depressive symptoms of older persons with major depressive disorder in community.

Designs: Quasi-experimental research

Method: The research sample consisted of fourteen older persons with major depressive disorder and their families, who met the inclusion criteria and received services at the out-patient department of the Ongkharak Hospital, Department of Psychiatry and Drug Dependence. They were matched-pair by age and depression score and then randomly assigned into experimental and control group with 20 families. The experimental group received Family psychoeducation emphasizing shared care program while the control group received conventional care program. Research instrument were: 1) the Family psychoeducation emphasizing shared care program 2) Beck depression inventory II. 3) Pre-test and post-test of knowledge of major depressive disorder 4) Relationship in family assessment. All the instruments were validated for content validity, Beck depression inventory II, Pre-test and post-test of knowledge of MDD and Relationship in family assessment. their CVI were .81, .1 and 1 respectively. The Chronbach's alpha coefficient reliability were .78, .86 and .85 respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and T-test statistics.

Results: 1) The mean scores of depressions of older persons with major depressive disorder after received the family psychoeducation emphasizing shared care program were significantly lower than those before at the .05 level. 2) The mean scores of depressions of older persons with major depressive disorder who received the family psychoeducation emphasizing shared care program were significantly lower than older persons with major depressive disorder who received routine nursing care at the .05 level.

Conclusion: A Family psychoeducation emphasizing shared care program was effective in reducing depressive symptoms of older persons with major depressive disorder in community.

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2023, 35(3) : 57-68

Article info: received July 31, 2023; revised December 11, 2023 ; accepted December 15, 2023

* Student in Master Degree of Nursing Science Program in Psychiatric and mental health nursing, Faculty of Nursing Chulalongkorn University.

** Assistant Professor. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University Thesis Advisor. E-mail: dpennapa@gmail.com



บทนำ

จากสถิติองค์การอนามัยโลก พบว่า ในปัจจุบัน มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 264 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.4 ของประชากรโลก¹ สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวชด้วยโรคซึมเศร้าเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 15.18 โดยโรคซึมเศร้ามีอัตราการเกิดสูงเป็นอันดับแรกในกลุ่มวัยสูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 18.8 ของประชากรทั้งหมด² จากสถิติของแผนกยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลสงครักษ์ จังหวัดนครนายก ซึ่งมีผู้สูงอายุเข้ารับบริการในปี 2563-2565 จำนวน 6,432, 6,925 และ 22,882 รายตามลำดับ พบผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 51, 55 และ 707 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย ประสิทธิภาพการรับรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ลดลง มักหลีกเลี่ยงสังคม มีความคิดและพฤติกรรมทางลบ บกพร่องในปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่งผลให้รู้สึกเป็นภาระและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ปัจจุบันแม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีอาการสงบลงในระดับที่สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ (Remission) แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ ซึ่งจะเพิ่มโอกาสการกลับเป็นซ้ำในอนาคต⁴ โดยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน แบ่งออก 2 ปัจจัย⁵ คือ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ดังนี้ ปัจจัยเสี่ยง ด้านชีวภาพ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ประกอบด้วย 1. ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า⁶ (Depressive symptoms literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการระบุสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการหรืออาการแสดง การช่วยเหลือตนเองและรูปแบบการรักษา 2. เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful life event) เช่น การสูญเสีย การเจ็บป่วย ปัญหาเศรษฐกิจ 3. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว มักพบปัญหาด้านการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ (expressed emotion) 4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ต่ำ (Self-esteem)⁷ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหลายประการส่งผลกระทบต่อความสามารถของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ที่ลดลง ปัจจัยปกป้อง ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้นเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตและส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการบำบัดรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน⁴ พบว่า มีการบำบัดรักษาด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคมต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การระลึกถึงความหลัง จิตบำบัดประคับประคอง เป็นต้น แต่จากการศึกษาในปัจจุบัน พบว่า ภายหลังจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาและจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ผู้ป่วยมักขาดความรู้ในการดูแลตนเอง คิดว่าตนเองอาการดีขึ้นแล้ว จึงหยุดรับประทานยาและไม่มารักษาย่างต่อเนื่อง⁹ ต้องเผชิญเหตุการณ์ความเครียดต่าง ๆ ในชีวิต มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ไม่กล้าที่จะสื่อสารหรือบอกความต้องการของตนเองกับผู้อื่น ทำให้เกิดปัญหาปฏิสัมพันธ์ตามมา เช่น ปัญหาการสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีการแสดงของอาการซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น โดยมักแสดงอาการหงุดหงิดวิตกกังวลและแสดงอาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับมากกว่าการแสดงอารมณ์ซึมเศร้า ส่งผลให้มักถูกมองข้ามและไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม¹⁰ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อตรงต่อความเครียดและภาวะการดูแลของผู้ดูแลสามารถทำนายระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นและปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล เช่น ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า อีกด้วย

ในบริบทของสังคมไทย สถาบันครอบครัวถือเป็นสถาบันสำคัญที่ทำหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ เปรียบเสมือนเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีความสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อีกทั้งยังส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแลรักษา และการ



พื้นหายจากอาการซึมเศร้า¹¹ โดยเฉพาะหากครอบครัวมีความรู้และความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยก็จะมีความเห็นใจ สงสาร ห่วงใย และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา^{9,12} พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถลดอาการซึมเศร้า การกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะการรักษาด้วยยา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980)¹³ ร่วมกับการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลของ Sebern (2005)¹⁴ มาพัฒนาเป็นโปรแกรม ซึ่งจะทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยด้วยความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เกิดการยอมรับและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและก่อให้เกิดการดูแลร่วมกันเมื่อกลับไปอยู่ภายในชุมชน

คำถามการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
2. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าวางกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานในการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมฯ โดยนำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980)¹³ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2) การพัฒนาความรู้ (education) 3) ทักษะการแก้ไขปัญหา (problem solving skills) 4) ทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และ 5) การสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005)¹⁴ ซึ่งเชื่อว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังเป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 1) การสื่อสาร 2) การตัดสินใจ 3) การกระทำร่วมกัน ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมครอบครัวในการดูแลอย่างลึกซึ้งและเข้มข้นมากขึ้นในการลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experimental Research) ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ อายุและคะแนนอาการซึมเศร้า¹⁵ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD-10 ที่มารับบริการในแผนกยาเสพติดและจิตเวชของโรงพยาบาลองค์รักษ์ จังหวัดนครนายก โดยมีคุณสมบัติในการคัดเข้า



(Inclusion criteria) 1.1 มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง ตั้งแต่ 14-28 คะแนน 1.2 ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยแบบประเมิน MMSE ต้องมากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป 1.3 สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 1.4 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2. ครอบคลุมผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) 2.1 ผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต มีการพึ่งพาอาศัยกันทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง เป็นต้น 2.2 ช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2.3 ไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีอาการทางจิตและ/หรืออาการทางกายกำเริบที่รุนแรง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบที่ระดับ 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 ค่าขนาดอิทธิพลกลุ่ม (effect size) ที่ระดับ 0.97 โดยพิจารณาเทียบเคียงกับผลการศึกษากันต์ฤทัย ปานทองและเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2561)¹⁶ ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 40 จึงได้ขนาดกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัวและกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว รวมทั้งสิ้น 40 ครอบครัว¹⁷

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล โดยผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข

ตามข้อเสนอแนะ และดำเนินในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ระยะเวลา 60-90 นาที โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ระยะเวลา 90 นาที ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1) สร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน (joining) แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจและให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาจุดเด่นหรือคุณลักษณะเชิงบวกของตนเอง/ครอบครัว พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน และกิจกรรมที่ 2) รอบรู้ดูแลกัน (family education) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงลักษณะอาการ การดำเนินของโรคการรักษาและการพยาบาลผ่านกิจกรรมเกมส์บัตรคำนำความรู้ และแลกเปลี่ยนความต้องการในการดูแลเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการนำไปปฏิบัติร่วมกันในการลดอาการซึมเศร้า

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ระยะเวลา 60 นาที ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3) ยอมรับ ปรับใจ (problem solving skills) เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถตั้งเป้าหมายและแก้ไขปัญหา ร่วมกันในการดูแลผ่านการฝึกฝนสถานการณ์จำลองปัญหาในชีวิตประจำวันโดยใช้ทักษะการสื่อสารทางบวกและการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) แลกเปลี่ยนมุมมอง ความรู้สึกและความคิดเห็นเพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการจัดการกับปัญหา

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ระยะเวลา 60 นาที ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 4) จิตสดใส ใจเป็นสุข (coping skills) เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม เช่น การหายใจบำบัด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดกดจุด เป็นต้น

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ระยะเวลา 60 นาที ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5) แหล่งรวมพลังใจ (social



support) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของแหล่งสนับสนุนทางสังคมและได้ทำกิจกรรมร่วมกันและเรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชนเพิ่มมากขึ้นผ่านใบงานบันทึกการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าและแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว

2.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II) พัฒนาโดยศราวุธ ราชมณี และคณะ¹⁸ เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า มีคำถาม 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-63 คะแนน มีค่าความเที่ยง .82 โดยแบ่งระดับความรุนแรงอาการซึมเศร้า เป็น 4 ระดับ คือ 0-13 คะแนน ระดับน้อยที่สุด (minimal depression) 14-19 คะแนน ระดับน้อย (mild depression) 20-28 คะแนน ระดับปานกลาง (moderate depression) 29-63 คะแนน ระดับรุนแรง (severe depression) โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .81 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Try out) จำนวน 30 คนที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .78

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ปรับปรุงโดย วราพร ศรีภิรมย์และคณะ⁹ มีข้อความจำนวน 16 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI = 1 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86 และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดย บุชราคม จิตอารีย์¹⁹ เพื่อประเมินระดับสัมพันธภาพของ

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 16 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI = 1 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก วันที่ 18 พฤษภาคม 2566-17 พฤษภาคม 2567 เอกสารรับรอง NPHO 2023-011 กลุ่มตัวอย่างได้อ่านเอกสารเข้าร่วมวิจัยและได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยและขั้นตอนของการวิจัย สามารถจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล และมีการลงลายมือไว้ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอาการทางจิตและ/หรืออาการทางกายกำเริบที่รุนแรงผู้วิจัยจะพิจารณาสิ้นสุดการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยและเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัยผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยทบทวนตำราเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์

2. ระยะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัวเพื่อให้เหมาะสมในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดและนัดหมายวัน เวลา สถานที่ดำเนินการวิจัย โดยภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้ากับผู้ป่วยและแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวกับครอบครัวในกลุ่มทดลองทันที หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค



ชิมเต๋าร้าภายหลังการทำกิจกรรมต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะให้ซักถามข้อสงสัยและให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นรายบุคคลจนกว่าจะผ่านเกณฑ์ และหากครอบครัวมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่าก่อนการทำกิจกรรม ผู้วิจัยจะซักถามปัญหาและให้ทำกิจกรรมที่ 3 เพิ่มเติมเป็นรายครอบครัวจนกว่าจะมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวสูงขึ้น โดยในสัปดาห์ที่ 1-4 กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากการศึกษาพบว่าความรู้และสัมพันธภาพภายในครอบครัวมีผลต่ออาการชิมเต๋าร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

3. ระยะเวลาประเมินผลการวิจัย นัดหมายกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการประเมินระดับอาการซึมเศร้า โดยดำเนินการประเมินผลอาการซึมเศร้าหลังการทดลอง (Post-test) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 6

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	8	40.0	5	25.0	13	32.5
หญิง	12	60.0	15	75.0	27	67.5
อายุ (ปี)						
60-75 ปี	18	90.0	15	75.0	33	82.5
76 - 80 ปีขึ้นไป	2	10.0	5	25.0	7	17.5
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ปี)	5.10 (S.D.= 3.20)		5.80 (S.D.= 3.82)		5.45 (S.D.=3.49)	

การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา จำนวนร้อยละ แจกแจงความถี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square test และสถิติ Fisher's exact test 2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า ด้านเพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.5 เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 32.5 ซึ่งมีความสอดคล้องกับสถิติผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลางพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย⁵ และพบว่า เพศหญิงจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้

มากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า ด้านอายุ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-75 ปี โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างอายุอยู่ในช่วง 60-75 ปี ร้อยละ 90 และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างอายุอยู่ในช่วง 60-75 ปี ร้อยละ 82.5

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	8	40.0	9	45.0	17	42.5
หญิง	12	60.0	11	55.0	23	57.5
อายุ (ปี)						
21-40 ปี	1	5.0	2	35.0	8	20
41-60 ปี	8	40.0	5	25.0	13	32.5
61-80 ปี	11	55.0	8	40.0	19	47.5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
สามี/ภรรยา	13	65.0	8	40.0	21	52.5
บุตร/หลาน	6	30.0	11	55.0	17	42.5
พี่น้อง	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย						
1-15 ปี	7	35.0	7	35.0	14	35.0
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	13	65.0	13	65.0	26	65.0

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว พบว่า ด้านเพศ ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 60 เพศชายร้อยละ 40 และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 55 เพศชายร้อยละ 45 ด้านอายุ

ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 61-80 ปี ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่สามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 52.5 ด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย พบว่า มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 65



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล

อาการซึมเศร้า	\bar{X}	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	16.65	4.83	19	13.13	<.001*
หลังการทดลอง	5.95	3.86			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	17.30	3.80	19	2.09	.050
หลังการทดลอง	14.90	7.62			

*p < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้า ที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล มีค่าแตกต่างกันเล็กน้อย

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อาการซึมเศร้า	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	16.65	4.83	38	-4.73	.639
กลุ่มควบคุม	17.30	3.80			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	5.95	3.86	28.14	-4.685	<.001*
กลุ่มควบคุม	14.90	7.62			

*p < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันแต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีอาการซึมเศร้ามานานเล็กน้อย



การอภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดบรรยากาศของความไว้วางใจ การสำรวจข้อดีของตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดการมองเห็นคุณค่าของตนเอง อีกทั้ง การมีส่วนร่วมในการทบทวนแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ช่วยสนับสนุนการฝึกปฏิบัติการคิดค้นบวก ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดทัศนคติที่ดี มองโลกในแง่ดี มีความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้เข้าใจถึงลักษณะอาการ การรักษา การพยาบาล นำไปสู่ความสำเร็จในการพยาบาล²⁰ นอกจากนี้ กระบวนการกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้สมาชิกเกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน (Empathy) สามารถพูดคุย ให้กำลังใจกันภายในกลุ่ม ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าได้ดีขึ้น ฝึกทักษะในการแก้ปัญหาพร้อมกับครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน โดยผ่านการตั้งเป้าหมาย ปรับเปลี่ยนรูปแบบการมองปัญหาในเชิงบวก คิดหาเหตุผลและทางออกในการแก้ปัญหาพร้อมกัน มีทักษะการสื่อสารทางบวก และการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ซึ่งกันและกัน จึงช่วยสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อกลับไปอาศัยอยู่ร่วมกันภายในชุมชน ส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดช่วยให้บุคคลได้ใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{9,12} พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถลดอาการซึมเศร้า การกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะการรักษาด้วยยา แต่กิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล ไม่ได้ส่งเสริมในด้านการให้สุขภาพจิตศึกษาเพียงอย่างเดียว ยังได้มีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทุกกิจกรรม โดยผู้วิจัยทำหน้าที่กระตุ้นให้

ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสื่อสาร แลกเปลี่ยน และกระทำร่วมกันในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรับรู้ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พร้อมทั้งดูแลและให้กำลังใจ ช่วยเหลือสนับสนุนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้ามลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการปฏิบัติการพยาบาลอย่างยิ่ง²⁰ จะเห็นได้ว่าการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้ามลดลง มีกำลังใจในการเผชิญปัญหาและสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวภายในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม โดยมีการสื่อสาร การแบ่งปันข้อมูล ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลจนนำไปสู่การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน ซึ่งการสื่อสารที่เพิ่มขึ้นจะช่วยพัฒนาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว การได้รับฟังปัญหาของผู้ป่วยจะทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจและเกิดความรู้สึกเหมือนเป็นบุคคลคนเดียวกันในการดูแล ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกดีกับตนเองมากขึ้น มีกำลังใจในการเผชิญปัญหาและมีความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับครอบครัวภายในชุมชน²⁰ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การประเมินอาการและปัญหาของผู้ป่วย การให้คำปรึกษา การให้ความรู้การรับประทานยา และการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ระดับคะแนนอาการซึมเศร้ามลดลงได้เช่นกัน แต่จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า หากเพิ่มกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมฯ ในการดูแลเพิ่มเติม เช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพโดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เป็นต้น ก็จะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีประสิทธิภาพสูงสุด และส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีระดับอาการซึมเศร้ามลดลงได้อย่างมาก



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล โปรแกรมฯ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในทุกกลุ่มโรคในวัยผู้สูงอายุ ที่ต้องการการดูแลเนื่องจากการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจและสามารถนำไปปรับใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัวและ

ชุมชนได้อย่างเหมาะสม

ด้านการวิจัย ควรมีการติดตามผลของโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อความคงไว้ซึ่งการประเมิน ระดับสัมพันธ์สภาพและอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

Reference

1. World Health Organization. Depression Rates by Country 2022. Geneva: WHO; 2022.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai elderly 2020. Bangkok: IPSR Mahidol University; 2020. [In Thai].
3. Medical Record Librarian Ongkharak Hospital. Annual statistical report 2022. Nakhonnayok: Department of Psychiatry and Drug Dependence Ongkharak Hospital; 2022. [In Thai].
4. Lortrakul M, Sukanich P. Ramathibodi Psychiatry. 4thed. Bangkok: Beyond enterprise; 2015. [In Thai]
5. Putthameta M, Sunthonchaiya R. Selected factors related to depression of the older persons with depressive disorder in the central region. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2016;30(2):69-82. [In Thai].
6. Nguyen T, Tchetgen T, Kawachi I, Gilman S, Walter S, Glymour M. The role of literacy in the association between educational attainment and depressive symptoms. SSM-population health. 2017;3:586-93.
7. Phuttharod P. The effects of a resilience enhancement program on self-esteem and depression in older persons with a depressive disorder. NRRU Community Research Journal. 2021;15(1):70-82. doi: <https://doi.org/10.14456/nrru-rdi.2021.6>. [In Thai].
8. Kongphisansophol A. Factors related to resilience among older persons with major depressive disorder. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2016;30(2):127-142. [In Thai].
9. Sripirom W, Jongjitphibul N., Wannarit K. The effect of psychoeducation program on patients with major depressive disorder at the psychiatric outpatient unit, Siriraj Hospital. Journal of Nursing division. 2022;49(2):1-11. [In Thai].
10. Anderson I, Ferrier I, Baldwin R, Cowen P, Howard L, Lewis G, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. Journal of Psychopharmacology [Internet]. 2008;22(4):343. Available from: <https://research-ebSCO-com.chula.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=126ca842-9d5c-3494-9486-c2d30c2ca1da>



11. Intapun M, Upasen R. The effect of family based interpersonal psychotherapy on depression in patients with major depressive disorder. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19 (Suppl):175-183. [In Thai].
12. Nurhidayati T, Pandin G, Nadya C. Systematic review psychoeducation of elderly with depression in public health: Philosophical study [Internet]. *MedRXIV*. 2022. Available from: doi.org/10.1101/2022.09.27.22280394.
13. Anderson CM., Hogarty GE., Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin* 1980; 6(3): 490-505.
14. Sebern M. Shared Care elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advance Nursing* 2005;52: 170-179.
15. Noppasot P, Sunthonchaiya R. The Effect of Hope Enhancement Program with Family Participation on Depression of Older Persons with Major Depressive Disorders. *Journal of the police nurse*. 2015;7(1):83-94. [In Thai].
16. Panthong P, Dangdomyouth P. The Effective of Resilience Quotient Emphasizing Mindfulness-Based Program on Depression in Older Persons with Major Depressive Disorder. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2018;25(2):105-118. [In Thai].
17. Grove SK, Burns N, Gray JR. *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2013.
18. Rachamanee S, Kompetpanee S, Wongupparaj P. Development of the multitask computer program for assessing depression with electroencephalogram measurements in thai adolescents. *Research Methodology* 2018;16:122-137. [In Thai].
19. Jitaree B. The factors influencing depression amongst the elderly at a Community in Nakhonpathom province. [dissertation]. Bangkok: Christian university; 2012. [In Thai].
20. Boonbunjob U, Dangdomyouth P. The Effect of Family-Involved Resilience Promoting Program on Depression In Older Persons with Major Depressive Disorder. *Journal of nursing science Chulalongkorn university*. 2018; 30(2), 110-123. [In Thai]