



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่ออาการซึมเศร้า ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

พรประเสริฐ แก้วคำ* และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

รูปแบบการวิจัย: งานวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คู่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และ 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคกัมป์ภาษาไทย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .81 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: 1) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่ได้โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลของ: ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนได้ และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำสำคัญ: โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ/ อาการซึมเศร้า/ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน



The Effect of Wellness Recovery Action Plan Program on Depressive Symptoms of Older Persons with Major Depressive Disorder in Community

Pornprasert kaewkham* and Pennapa Dangdomyouth**

Abstract

Purpose: To study the effect of wellness recovery action plan program on depressive symptoms of older persons with major depressive disorder in community

Design: Quasi-experimental research

Methods: The sample was older persons with major depressive disorder in community, both females and males aged 60 years and over who were diagnosed by a psychiatrist with major depressive disorder, selected by inclusion criteria, then, equally randomly assigned to an experimental group and a control group with 21 subjects in each group. The experimental group received the wellness recovery action plan program for 3 weeks. The control group received regular nursing care. The research instruments consisted of: 1) the wellness recovery action plan program 2) the Beck depression inventory Thai version. Its CVI was .81. The Cronbach's alpha coefficient reliability of .80. Data were analyzed by using t-test.

Results: 1) The mean score of depressive symptoms after received the wellness recovery action plan program was significantly less than those before, at the .05 level. 2) The mean score of depressive symptoms who received the wellness recovery action plan program were significantly less than the control group who received regular nursing care, at the .05 level.

Conclusion: The result of this study support that the wellness recovery action plan program can reduce the depressive symptoms of older persons with major depressive disorder and more than regular nursing care.

Keywords: Wellness recovery action plan program/ Depressive symptoms/ Older persons with major depressive disorder in community



บทนำ

สถานการณ์ในปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกมีจำนวนประมาณ 700 ล้านคน จำนวนหนึ่งในสามประสบกับความผิดปกติทางจิตในแต่ละปี โดยโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มักพบได้บ่อยและคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าภายในปี ค.ศ. 2050¹ ในประเทศไทยจากการสำรวจและประเมินโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 25,483 คน² โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากถึงร้อยละ 23 ของผู้สูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช จากสถิติในภาคกลาง เขตสุขภาพที่ 5 มีรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึงปี พ.ศ. 2562 พบจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาจำนวน 24,792 คน³ โดยเฉพาะจังหวัดสมุทรสงครามเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีการเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุและเป็นจังหวัดที่มีผู้สูงวัยติดอันดับ 1 ใน 5 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาจำนวน 3,519 คน⁴ ในจำนวนนี้มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาจำนวน 1,288 คน จากรายงานประจำปี 2566 โรงพยาบาลนวลาลัย และโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม พบจำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 67 และ 36 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 35.64 และ 21.30 ต่อจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดที่มารับบริการตามลำดับ และพบว่า อาการซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และยังเป็นสาเหตุที่สำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์มีอาการแสดงในด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม เป็นโรคที่พบได้สูงเป็นอันดับแรกในผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยของโรคนี้

ก่อให้เกิดภาระโรคสูง (burden of disease) เป็นโรคที่ทำให้กระบวนการรับรู้ทางความคิดบกพร่อง และยังเพิ่มอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุจากสถิติช่วงปี พ.ศ. 2564 มีบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าพยายามฆ่าตัวตายชั่วโมงละ 6 คน หรือทั้งปีมากกว่า 53,000 คน และเสียชีวิตประมาณ 4,000 คน ซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของคนไทย⁵ ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนในจังหวัดสมุทรสงคราม 6.32 ต่อประชากรแสนคน และพบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คนหรือคิดเป็น 8.85 ต่ออัตราฆ่าตัวตายทั้งหมดของประชากรในจังหวัด⁶

อาการซึมเศร้า (Depressive symptoms) หมายถึงอาการและอาการแสดงที่มีความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมีอารมณ์ซึมเศร้า หดหู่ มีความคิดอัตโนมัติเชิงลบต่อตนเองและเหตุการณ์ต่าง ๆ รู้สึกตนเองไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและเกิดขึ้นได้ง่ายเนื่องจากมีความเสื่อมทางด้านร่างกายและการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลานาน โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่อยู่ในชุมชนมักจะมีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางทำให้ส่งผลกระทบต่อตนเองและสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่ออายุขัยเฉลี่ยที่ลดลงอันเนื่องมาจากการฆ่าตัวตายและการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคมและการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันที่ลดลงจากผลกระทบของอาการซึมเศร้า ความหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังในการดำเนินชีวิตทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวมากขึ้น อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ายังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง และทำให้กระบวนการรับรู้การรู้คิดบกพร่อง เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและส่งผลกระทบต่อการเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย



ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี 3 ปัจจัยสำคัญ คือ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และปัจจัยปกป้อง จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เป็นปัจจัยที่ลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กล่าวคือ หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น แต่ในขณะเดียวกันถ้าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีปัจจัยปกป้องที่ดี จะช่วยทำให้ระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดลดลง มีผลทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดความเสี่ยงในการที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้ และปัจจัยปกป้องยังเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับตัวในทางที่ดีขึ้นหลังจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกจัดกระทำกับปัจจัยปกป้องประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) ด้านความหวัง การมีความหวังในระดับที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า 2) ด้านความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การมีความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการซึมเศร้าในระดับที่ดีมีผลต่ออาการซึมเศร้าที่ลดลง 3) ด้านการสนับสนุนทางสังคมการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และ 4) ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรับผิดชอบต่อตนเองในระดับดีจะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Maier และคณะ⁸ ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในกลุ่มโรคทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยปกป้องในด้านจิตสังคมอันประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม ความหวังในการดำเนินชีวิต การมีความรอบรู้

ในเรื่องโรคซึมเศร้า และความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยปกป้องทางจิตสังคมที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมส่วนใหญ่จัดกระทำกับปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดและปัจจัยปกป้องโดยเฉพาะปัจจัยปกป้องเพียงด้านเดียวไม่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ซึ่งโปรแกรมเหล่านี้จะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอีกก็จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าขึ้นได้ แต่จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า Wellness Recovery Action Planning Program สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยจัดกระทำกับปัจจัยปกป้องได้หลายด้านตามองค์ประกอบของแนวคิด Wellness recovery action plan (WRAP) ของ Copeland (2002)⁹ โดยเฉพาะปัจจัยปกป้องด้านความหวัง ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความรับผิดชอบต่อตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Cook และคณะ¹⁰ เรื่องผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพต่ออาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการฟื้นฟูสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลง มีการฟื้นฟูสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ Aljeesh and Shawish¹¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mak และคณะ¹² ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพในบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตเวชในประเทศฮ่องกง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลลดลง และมีพลังอำนาจรวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพส่วนบุคคลในระดับที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามใน



ประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะที่จัดกระทำต่อปัจจัยปกป้องทั้ง 4 ด้าน เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยเฉพาะจากการให้บริการพยาบาลของคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภลัยและโรงพยาบาล อัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม มีรูปแบบแนวทางการดูแล ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยการติดตามประเมินผลอาการ ซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง การให้สุขภาพจิตศึกษา แนะนำ การดูแลตนเอง การรับประทานยาและการมาพบแพทย์ ตามนัด ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มนี้ได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืน สู่สภาวะจากแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Wellness Recovery action plan: WRAP) ของ Copeland (2002)⁹ เพื่อจัดกระทำกับปัจจัยปกป้อง ทั้ง 4 ด้านซึ่งเป็นปัจจัยที่ลดระดับความรุนแรงของปัจจัย เสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตส่ง ผลโดยตรงต่อการลดระดับความรุนแรงของอาการ ซึมเศร้า ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถจัดการกับ อาการซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำเนิน ชีวิตได้อย่างปกติสุข

คำถามการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าใน ชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ แตกต่างกันหรือไม่
2. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าใน ชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะแตกต่าง จากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ ฟื้นคืนสู่สภาวะ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ ฟื้นคืนสู่สภาวะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืน สู่สภาวะน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่ สภาวะ
2. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่ สภาวะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดแผนปฏิบัติ การฟื้นคืนสู่สภาวะ (Wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002)⁹ ที่ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ ความหวัง ความรับผิดชอบส่วนบุคคล การศึกษา การสนับสนุนตนเอง และการสนับสนุนทาง สังคม ในการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อ อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่จัด กระทำกับปัจจัยปกป้องด้านความหวัง ความรับผิดชอบ ต่อตนเอง ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า และการ สนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการ ฟื้นคืนสู่สภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรค ซึมเศร้าในชุมชนที่ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนิน กิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลา 3 สัปดาห์ แต่ละสัปดาห์ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลานานครั้ง ละ 45-60 นาที โดยมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ค้นหาและสร้างความหวังในการ ฟื้นคืนสู่สภาวะ เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพให้เกิด ความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ เข้าร่วมโปรแกรมและเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความ หวัง การมีความหวังจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง มีเป้าหมายใน การต่อสู้กับโรคและอาการซึมเศร้า ส่งผลให้สุขภาพจิต ดีขึ้น และพบว่าผู้ที่มีความหวังแรงกล้าจะมีแรงบันดาลใจ มีพลัง มีความมั่นใจ ส่งผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง



กิจกรรมที่ 2 แผนดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาในการฟื้นคืนสู่สภาวะ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองและเกิดความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในระดับที่ไม่เพียงพอจะส่งผลให้มีทัศนคติและพฤติกรรมในการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตและการเข้าถึงกระบวนการช่วยเหลือทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจึงส่งผลต่อระดับความรุนแรงอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าเกิดความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าจะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง

กิจกรรมที่ 3 แผนรับมือสิ่งเร้าและสัญญาณเตือน เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาสิ่งเร้าหรือปัจจัยกระตุ้น สัญญาณเตือนอาการซึมเศร้า ฝึกการตัดสินใจอย่างเป็นระบบในการจัดการตนเองเมื่อมีสัญญาณเตือนเกิดขึ้น การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถค้นหาและจัดการกับสิ่งเร้าหรือแรงกระตุ้นที่เกิดขึ้นได้จะส่งผลให้เกิดการตระหนักรู้ถึงอาการเตือนของโรคซึมเศร้า ก่อนกลับเป็นซ้ำซึ่งทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามลดลง

กิจกรรมที่ 4 แผนรับมือภาวะวิกฤต เป็นกิจกรรมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าวางแผนเพื่อตอบสนองต่อภาวะวิกฤตการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับตนเองและผู้อื่นในการช่วยเหลือจากภาวะวิกฤต การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถรับมือกับภาวะวิกฤตของโรคหรืออาการซึมเศร้าได้นั้นจะส่งผลทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามลดลงและลดโอกาสของการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

กิจกรรมที่ 5 แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นคืนสู่สภาวะ เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีแหล่งสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร จะส่งผลให้เกิด

ความมั่นคงทางสภาพจิตใจ เกิดความพึงพอใจ มีความหวังในการดำเนินชีวิต รู้สึกถึงความรักความเอาใจใส่ของบุคคลในครอบครัวและรับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจึงมีผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง

กิจกรรมที่ 6 สิทธิและความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สภาวะ เป็นกิจกรรมที่เน้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า รับผิดชอบการฟื้นคืนสู่สภาวะและรู้สิทธิของตนเอง การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรับผิดชอบต่อตนเอง จะเกิดการตระหนักมากขึ้น รู้ความต้องการของตนเอง และสามารถระบุวิธีการเผชิญปัญหาและจัดการกับอาการซึมเศร้าได้มากขึ้นส่งผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) และเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) และเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนภากาศและโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง ประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย มีคะแนนอยู่ระหว่าง 14-28 คะแนน
2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบ



สมรรถภาพสมองเบื้องต้นมีคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป 3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและทางจิตจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้ระหว่างการดำเนินการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 ในการคำนวณโดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.79 จากผลการศึกษาวิจัยเรื่อง A Randomized Controlled Trial of Effects of Wellness Recovery Action Planning on Depression, Anxiety, and Recovery¹⁰ กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดค่าอำนาจทดสอบที่ .80 ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

1.1 โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Wellness recovery action plan: WRAP) ของ Copeland (2002) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำไปปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน พบว่า โปรแกรมมีความเหมาะสมในด้านเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน รูปแบบของกิจกรรมการจัดลำดับของเนื้อหาและมีความเหมาะสมในระยะเวลาของแต่ละกิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย (The Beck depression Inventory second Edition Thai version; BDI-II Thai version) พัฒนาโดย Beck และคณะในปี 1996¹³ แปลและพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยศราวุธ ราชมนี และคณะในปี 2561¹⁴ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .81 และหลังนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery Assessment Scale-Domains and Stages: RAS-DS) ของ Hancock และคณะในปี ค.ศ. 2016¹⁵ แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ศุภลักษณ์ เข็มทอง ในปี พ.ศ. 2559¹⁶ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .90 และหลังนำไปทดลองใช้ (Try out) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมโดยทบทวนวรรณกรรม องค์ความรู้ และแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ฝึกประสบการณ์การทำงานกลุ่มบำบัดผู้ป่วยจิตเวชกับผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด และพัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน สํารวจข้อมูลรายชื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพื่อคัดเลือกกลุ่ม



ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม โรงพยาบาลอัมพวา 21 คน และกลุ่มทดลองโรงพยาบาล นภลัย 21 คน และดำเนินการขออนุญาตในการเก็บ ข้อมูล ซึ่งทั้ง 2 โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติที่ คล้ายคลึงกัน

ระยะดำเนินการทดลอง ก่อนเริ่มดำเนินการ กิจกรรมผู้วิจัยอธิบายชี้แจงข้อมูลรายละเอียดในการทำ วิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างที่ ตอบรับเข้าร่วมการวิจัยลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วม วิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินระดับ อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Pre-test) ดังนี้

กลุ่มควบคุม ระหว่างการดำเนินการทดลองใน สัปดาห์ที่ 1-3 กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามรูปแบบแนวทางของคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

กลุ่มทดลอง ระหว่างการดำเนินการทดลองใน สัปดาห์ที่ 1-3 กลุ่มทดลองจะได้รับการดำเนินการกิจกรรม ตามโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยดำเนินการกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม 6 กิจกรรมใช้เวลา 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยกำกับการทดลองทันทีหลังสิ้นสุดกิจกรรม ที่ 6 โดยใช้แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery Assessment Scale-Domains and Stages : RAS-DS) โดยมีเกณฑ์กำกับการทดลองอยู่ใน เกณฑ์ 76 คะแนนขึ้นไป หากคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ผู้วิจัยจะนำผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามาพบทวนโปรแกรมการ ฟื้นคืนสู่สุขภาพเป็นรายบุคคลจนกว่าจะผ่านเกณฑ์

ระยะประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมิน อาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการทดลอง (Post-test) ของ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 5 ด้วยแบบ ประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (BDI-II) ฉบับภาษาไทย จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มวิจัย งานวิจัยนี้ได้รับการ รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สสจ.สมุทรสงคราม เลขที่โครงการวิจัย COA No. 20/2566 วันที่รับรอง 25 กรกฎาคม 2566 วันที่หมด อายุ 24 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอม และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก มีการแนะนำ ตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการเก็บ รวบรวมข้อมูล รวมถึงระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย โดยข้อมูลจากการวิจัยได้รับการปกปิดเป็นความลับและ ผลการวิจัยจะนำเสนอภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมี สิทธิที่จะออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้องแจ้ง เหตุผล และหากกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จึง ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมใน โครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลมา วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ซึ่งกำหนดค่า ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดดังนี้ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ แจกแจงความถี่ และค่าเฉลี่ยร้อยละ โดยใช้สถิติเชิง บรรยาย (Descriptive Analysis) 2. เปรียบเทียบความ แตกต่างคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในชุมชนกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ ฟื้นคืนสู่สุขภาพ โดยใช้สถิติ Dependent t-test 3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ ทดสอบ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81 เป็น เพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 60-65 ปีร้อยละ 50 มี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ



97.6 มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาร้อยละ 42.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 35.7 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคร้อยละ 92.9 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 42.9 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 1-5 ปีร้อยละ 52.4 มีพฤติกรรมมารับประทานยาที่สม่ำเสมอร้อยละ 61.9 ไม่เคยได้รับการบำบัดรูปแบบอื่นมาก่อนร้อยละ 85.7 และไม่มีผู้ดูแลหลักร้อยละ 54.8

2. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่1)

3. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ากลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่2)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า	Mean	SD	df	t	P-value
ก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	20.38	3.27	20	-8.420	<.001
หลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	15.28	2.49			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า	Mean	SD	df	t	P-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม	20.38	3.27	40	-.454	.652
กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	20.80	2.82			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม	15.28	2.49	40	-5.982	<.001
กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	20.14	2.76			



การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพจะมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ 1 เนื่องจากโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan: WRAP) ของ Copeland (2002)⁹ สามารถจัดการกระทำกับปัจจัยปกป้องด้านความหวัง ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคและอาการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องในด้านจิตสังคมสำคัญที่ส่งผลต่อการลดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า⁸ กล่าวคือปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยบรรเทาหรือลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าตามมา และหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านั้นมีปัจจัยปกป้องร่วมด้วยจะช่วยให้ระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดลดลง มีผลทำให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าลดลง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า แนวคิด The diathesis-stress model เป็นแบบจำลองที่อธิบายว่า ความเครียดในชีวิตเป็นปัจจัยที่กระตุ้นความเปราะบางทางจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า เมื่อบุคคลมีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและความเครียดสะสมในระดับที่เพิ่มมากขึ้น จะไปกระตุ้นความเปราะบางทางจิตใจที่ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า และหากบุคคลมีปัจจัยปกป้องที่แสดงถึงความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มขึ้น

ความผิดปกติที่เกิดจากความเครียดจะลดลง ส่งผลทำให้อาการซึมเศร่าลดลง¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความเปราะบางทางจิตใจและความเครียดที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎี the diathesis-stress model ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความเปราะบางทางจิตใจและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนอาการซึมเศร้า และการขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียดในระดับที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Wellness recovery action plan: WRAP) ของ Copeland (2002)⁹ สามารถจัดการกระทำกับปัจจัยปกป้องซึ่งเป็นปัจจัยที่ลดอิทธิพลและความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อความผิดปกติที่เกิดจากความเครียดลดลง ทำให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Cook และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และการฟื้นคืนสู่สุขภาพของบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวลลดลง และมีระดับคะแนนการฟื้นคืนสู่สุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Aljeesh and Shawish¹¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า หลังสิ้นสุดการทดลองผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีคะแนนอาการซึมเศร่าลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร่าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตาม



สมมติฐานการวิจัยที่ 2 เนื่องจาก ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Wellness recovery action plan: WRAP) ของ Copeland (2002)⁹ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

- 1) ค้นหาและสร้างความหวังในการฟื้นคืนสู่สภาวะ
- 2) แผนการดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาในการฟื้นคืนสู่สภาวะ
- 3) แผนรับมือสิ่งเร้าและสัญญาณเตือน
- 4) แผนรับมือภาวะวิกฤต
- 5) แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นคืนสู่สภาวะ และ
- 6) สิทธิและความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สภาวะ

เพื่อจัดการกับปัจจัยปกป้องด้านความหวัง ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นเป็นปัจจัยปกป้องสำคัญที่ส่งผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความหวังในการดำเนินชีวิต เกิดความรอบรู้เกี่ยวกับโรคและอาการซึมเศร้าในการดูแลตนเอง สามารถรู้ถึงสิ่งเร้าและจัดการอาการเตือนของอาการซึมเศร้าของตน ตลอดจนการวางแผนการรับมือกับภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สามารถเข้าถึงและขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคจากครอบครัวหรือแหล่งสนับสนุนในชุมชน รู้ถึงสิทธิ เสรีภาพในการดำเนินชีวิตและเกิดความรับผิดชอบต่อตนเองใน การที่จะคงไว้ซึ่งการมีสภาวะที่ดี ส่งผลทำให้คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลง ส่วนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่ม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบ ผู้ป่วยนอก มีการค้นหาประเมินปัญหาจิตสังคม คัดกรองอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ประเมินความเสี่ยง คิดทำร้ายตนเอง และมีให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งรูปแบบ การพยาบาลเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการ ซึมเศร้า ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าอันเกิด จากสาเหตุและปัจจัยที่แตกต่างจากผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม โรคอื่น และการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลเป็นการให้ ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การบำบัดรักษา และ แนวทางการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการ

ซึมเศร้า ซึ่งทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลงได้ เช่นกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการ ซึมเศร้ากลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฟื้นคืนสู่ สภาวะส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ลดลงมากกว่าการที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะเป็นโปรแกรมที่ ถูกนำมาใช้ในการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะและลด อาการซึมเศร้าในบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลหรือบุคลากรที่จะนำ โปรแกรมไปใช้จะต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงแนวคิดการ ฟื้นคืนสู่สภาวะอย่างชัดเจน และต้องปรับรูปแบบ กิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หรือผู้ป่วยซึมเศร้ากลุ่มอื่น ๆ ที่จะนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่ สภาวะต่ออาการซึมเศร้าเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่อง รวมถึง การศึกษาตัวแปรตามอาการซึมเศร้าเปรียบเทียบกับ ระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะก่อนและหลังการทดลอง และควรมีการศึกษาในบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ในช่วงอายุอื่น ๆ และบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช อื่นที่มีอาการซึมเศร้า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลภลาลัย โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัด สมุทรสงคราม และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความ ร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการวิจัยในครั้งนี้



Reference

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World population ageing 2019: Highlights [Internet]. New York: United Nations; 2019 [cited 2023 Jun 14]. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
2. Ministry of Public Health. Assessment of depressive disorder (9Q) in the elderly group, Fiscal Year 2566 [Internet]. [Nonthaburi]: Ministry of Public Health; [updated 2024 Jun 14; cited 2023 Jun 14]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=574437c29aff8d1709da55677abc4b03&id=1cabe82729905e268bb97fed7cb117dd#
3. Department of Mental Health. Report on access to services of elderly depressed patients, the cumulative number since the year 2009 to present as of 30 September 2019 [Internet]. [cited 2023 Jun 14]. Available from: https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-30-09-19_mix.pdf
4. Department of Mental Health. Report on access to services for patients with depression, fiscal year 2023, February (HDC database) [Internet]. [cited 2023 Jun 14]. Available from: https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-02-23-mix_HDC.pdf
5. Department of Mental Health. Open the statistics of depression and Thai society's Emotional silence of the new generation. [Internet]. [Nonthaburi]: Ministry of Public Health; [updated 2022 Jan 18; cited 2023 Jun 14]. Available from: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459>
6. Suicide Prevention of Thailand. The National Data Suicide Rates of Thailand in the Year 1997-2020, died according to the house registration [Internet]. [Nonthaburi]: Khon Kaen Rajanagarindra Hospital; [date unknown; cited 2023 Jun 14]. Available from: https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/english/stat_province10.asp?ndead=2
7. Puttametta M, Soonthornchaiya R. Selected factors related to depression of the older persons with depressive disorder in the central region. JPNMH. 2016; 30(2):69-82. [In Thai].
8. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Luppa M. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+: A systematic review. PLoS One. 2021;16(5):1-38.
9. Copeland ME. Wellness recovery action plan. OTMHealth. 2002;17(3-4):127-50.
10. Cook JA, Copeland ME, Floyd CB, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano L, et al. A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery. Psychiatr Serv. 2012;63(6):541-7.



11. Aljeesh YI, Shawish MA. The efficacy of wellness recovery action plan (wrap) on patients with major depressive disorder in Gaza strip. *Int J Psychiatry*. 2018;3(1):2-3.
12. Mak WWS, Tsoi EWS, Wong HCY. Brief Wellness Recovery Action Planning (WRAP(®)) as a mental health self-management tool for community adults in Hong Kong: A randomized controlled trial. *J Ment Health*. 2024;33(2):236-43.
13. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
14. Rachamanee S, Kornpetpanee S, Wongupparaj P. Development of the multitask computer program for assessing depression with electroencephalogram measurements in Thai adolescents. *Research Methodology and Cognitive Science* 2018;16(1):122-137.
15. Hancock N, Scanlan JN, Bundy AC, Honey A. Recovery assessment scale-domains and stages (RAS-DS) manual-version 2. [Sydney]: The University of Sydney; 2016.
16. Hancock N, The University of Sydney. RAS-DS (Recovery Assessment Scale-Domains and Stages)-Thai Translation [Internet]. [cited 2023 Jun 14]. Available from: https://ras-ds.net.au/wp-content/uploads/2020/07/RAS-DS_2016_Thai.pdf.
17. Ingram RE, Miranda J, Segal ZV. Cognitive vulnerability to depression. [place unknown]: Guilford Press; 1998.
18. Colodro-Conde L, Couvy-Duchesne B, Zhu G, Coventry WL, Byrne EM, Gordon S, et al. A direct test of the diathesis-stress model for depression. *Mol Psychiatry*. 2019;23(7):1590-6.