

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*

ปวีณา นพัสตร** ดร. ธังสินันต์ สุนทรไชยา***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ก่อน-หลัง และระยะติดตามผลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและสมาชิกครอบครัวจำนวน 40 คน (คู่) คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป แบ่งกลุ่มโดยวิธีจับคู่ตัวอย่างเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน (คู่)

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแนวทางการบำบัดด้วยความหวังของ Snyder (1994) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) 2) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) และ 3) แบบวัดความหวังสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรครูเดอร์ ริชาร์ดสันและหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบและแบบวัด เท่ากับ 0.89, 0.90 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย สถิติการทดสอบที่สำหรับตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และการทดสอบรายคู่ด้วยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง และระยะติดตาม 2 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง ($X = 18.75$, $S.D. = 4.35$) หลังการทดลอง ($X = 15.50$, $S.D. = 2.98$) และระยะติดตาม 2 สัปดาห์ ($X = 14.35$, $S.D. = 2.52$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง ($X = 15.50$, $S.D. = 2.98$) และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ($X = 14.35$, $S.D. = 2.52$) ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชควรนำโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า โปรแกรมเสริมสร้างความหวัง ครอบครัวมีส่วนร่วม

* วิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Effect of Hope Enhancement Program with Family Participation on Depression of Older Persons with Major Depressive Disorders*

Pavena noppasod, MNS.

Assistant Professor Rungsiman suntornchaiya, Ph.D. (Nursing)

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to compare depression of older person after receiving the hope enhancement with family participation program before the group pre-posttest and follow up. The sample included forty older persons, age 60 years and older, whose diagnosed as depressive disorder and their families, were recruited from the outpatient department. The potential subjects, were assigned by matching to the experimental and the control group, 20 subjects in each group.

The experimental group received the hope enhancement program with family participation for three weeks, while the control group received nursing care as usual. The concepts of hope therapy protocol by Snyder (1994) were derived into the program and validate for content validity by five professional experts. The instrument employed in data collection included 1) Mini Mental State Examination – Thai 2002, 2) Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) and 3) The Hope Questionnaire. The Kuder – Richardson Reliability and Chronbach's Alpha coefficient reliability of the questionnaire for instruments were 0.89, 0.90 and 0.87, respectively. Data were analyzed by descriptive statics, independent t-test, repeated ANOVA, and Newman-Keuls method. The results revealed that the mean scores of depression in the experimental and control groups after the experiment and two week follow-up were significantly different ($p < .05$). In the experiment group, the mean scores of depression before the experiment ($\bar{X} = 18.75$, S.D. = 4.35), after the experiment ($\bar{X} = 15.50$, S.D. = 2.98), and two week follow-up ($\bar{X} = 14.35$, S.D. = 2.52) were significantly different ($p < .05$). However, the mean scores of depression in the experiment group after the experiment and two week follow-up were not significantly different ($p > .05$). The hope enhancement program with family participation used in this study was found to be effectively reduced depression on older persons with major depressive disorder. Thus, health care providers, particularly psychiatric nurses, could apply this program to reduce depression in other psychiatric patient.

Keywords : Depression, The hope enhancement program, Family participation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาในการดูแลสุขภาพเป็นอันดับที่ 5-6 ของโลกและจากการศึกษาวิจัยระหว่างองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับธนาคารโลก (World Bank) และมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard School of Public Health) ใน Global Burden of Disease and Injury Series คาดการณ์ว่าภายในปี 2020 โรคซึมเศร้า (Major depression) จะเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญอันดับสอง รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548)

จากการสำรวจร่วมกันของ The National Institutes of Mental Epidemiologic Catchment Area (ECA) และ The National Comorbidity Surveys (NCS) พบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้ามัยละ 8-20 (Licinio & Wong, 2005) และจากการศึกษาของ The Dutch Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) พบว่า ประชากรที่มีอายุระหว่าง 55-85 ปี เป็นช่วงอายุที่เกิดโรคซึมเศร้ามากที่สุด การศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยซึ่งทำการสำรวจระดับชาติปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาพบว่า ผู้สูงอายุ ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามัยละ 4 (บุญชัย นวมงคลวัฒนา, 2551) โรคซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุดอย่างหนึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุไทย โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามัยละสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีค่าความชุกของโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วงร้อยละ 17.5-82.3 โดยในเขตเมืองพบว่าอยู่ในช่วงร้อยละ 19.9-80.3 ส่วนในเขตชนบทพบค่าความชุกในช่วงร้อยละ 17.0-84.8 (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้ามัยละมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามัยละสูงอายุ ในผู้สูงอายุนั้นความสิ้นหวังเป็นแบบแผนความคิดที่คาดหวังเชิงลบเกี่ยวกับอนาคต ความสิ้นหวังมีความสำคัญในการทำนายภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย อีกทั้งยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าโดยทำให้อาการรุนแรงขึ้นและนำมาซึ่งการฆ่าตัวตาย ความสิ้นหวังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เฉื่อยชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง แยกตัวออกจากสังคมคิดว่าตนเองไร้ค่า และคิดทำร้ายตนเอง (Uncapher et al., 1998)

Darlington & Bland (1999) ศึกษาเรื่องธรรมชาติและแหล่งของความหวังในผู้ดูแลครอบครัวของผู้ป่วยทางจิตเวชที่รุนแรงจากการศึกษานี้ พบว่าความหวังมีความสำคัญต่อการหายของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความหวัง การสร้างความหวังระหว่างสมาชิกครอบครัวนำมาสู่ความผูกพันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าและมีความหมายต่อสมาชิกครอบครัวซึ่งส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้

Snyder (1994) ได้นำเสนอแนวทางการบำบัดด้วยความหวัง (The Hope Therapy Protocol) โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัด เรียนรู้วิธีการที่จะทำอย่างไรให้เกิดความหวังซึ่งมี

แนวทางที่ชัดเจน Cheavens, Feldman, Gum, Michael, & Snyder (2006) ได้นำแนวคิดความหวังของ Snyder (1994) มาใช้เป็นพื้นฐานในการออกแบบโปรแกรมการรักษาในกลุ่มตามแนวทางการบำบัดด้วยความหวัง (The Hope Therapy Protocol) ในผู้ป่วยจิตเวชพบว่า สามารถลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยได้

ในการศึกษาเกี่ยวกับการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีการจัดโปรแกรมการพยาบาลหลากหลายวิธี เช่น การใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง การทำจิตบำบัดระดับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เป็นต้น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวทางการบำบัดด้วยความหวังตามกรอบแนวคิดความหวังของ Snyder (1994) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาลเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยคาดว่าจะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้

กรอบแนวคิดการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ครั้งที่ 1 ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง

- กิจกรรม 1) การประเมินปัญหาและความหวัง
- กิจกรรม 2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการรักษา
- กิจกรรม 3) การฝึกตั้งเป้าหมาย แก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 2 ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย

- กิจกรรม 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการวางแผนสู่เป้าหมาย
- กิจกรรม 2) เกมบันไดงู ขึ้นบันไดสู่ความสำเร็จ

ครั้งที่ 3 สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย

- กิจกรรม 1) ค้นหาแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจ
- กิจกรรม 2) สอนและฝึกการคิดเชิงบวก

ครั้งที่ 4 ทบทวนเป้าหมาย ไม่หมดหวัง

- กิจกรรม 1) ทบทวนปัญหา เป้าหมายในการจัดการปัญหา และ แนวทางในการปฏิบัติ
- กิจกรรม 2) วิเคราะห์ปัญหา นำเสนอมุมมองต่อปัญหาในทางบวก

ครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนเป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจหนทาง

- กิจกรรม 1) ทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ จากการร่วมกิจกรรม
- กิจกรรม 2) พุดคุยให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนเป้าหมายที่เหมาะสม
- กิจกรรม 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวพุดคุยระบายความรู้สึกต่อกัน

ภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีไม่แตกต่างจากระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Design: Two Groups)

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (DSM IV หรือ ICD-10) ที่เข้ารับการรักษานอกของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอัมพวา โรงพยาบาลนภดล และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ไม่มีภาวะสมองเสื่อม และครอบครัว (ผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกครอบครัว) โดยกำหนดขนาดตัวอย่างจำนวน 40 คน(คู่)แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน(คู่) กลุ่มควบคุม 20 คน(คู่) ซึ่งอย่างน้อยที่สุด

ควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน ค่าสถิติที่คำนวณได้จากตัวอย่างมีค่าใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ของประชากร นั่นคือ สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Polit & Beck, 2004)

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงโดยประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย TGDS ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537) และมีคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป

2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับไทย (MMSE-Thai 2002)

3. สามารถติดต่อสื่อสารได้

4. ไม่มีปัญหาโรคทางกายขั้นรุนแรง เช่น อัมพาต พิกการอวัยวะแขน-ขา

5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ โดยมีการยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์ในการคัดออกจากตัวอย่าง (Exclusive criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย

2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน

คุณสมบัติของสมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแล ที่คัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย มีดังนี้

1. บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์อันดีเครือญาติ รู้จักคุ้นเคยกับบริบทของผู้ป่วย

2. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยได้ทุกครั้ง

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

2. ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าพบตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทดลอง ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการทดลอง

และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใด ๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะถูกเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และผู้วิจัยจะขออนุญาตตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรม ตัวอย่างจะยุติการบันทึกข้อมูลเมื่อไหร่ก็ได้ เมื่ออธิบายจนเข้าใจแล้วสอบถามถึงความสมัครใจ หากตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ปวยลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สภาพทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นข้อมูลคำถามที่ผู้ศึกษาได้กำหนดขึ้น และส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) นำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson Reliability) พบว่าได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson Reliability) พบว่าได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำแนวคิดความหวังของ Snyder (1994) มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม โดยเน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ตามแนวทางการบำบัดด้วยความหวังจากแนวคิดทฤษฎีความหวังของ Snyder (1994) ซึ่งเป็นกิจกรรมการพบกันทั้งสิ้น 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 3 สัปดาห์ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง (set goals) ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 90 นาที กิจกรรม 1) การประเมินปัญหาและความหวัง (30 นาที) 2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการรักษา (30 นาที) และ 3) การฝึกตั้งเป้าหมาย แก้ไขปัญหา (30 นาที)

ครั้งที่ 2 ร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมาย (pathways thinking) ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที กิจกรรม 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการวางแผนสู่เป้าหมาย (30 นาที) และ 2) เกมบันไดงู ขึ้นบันไดสู่ความสำเร็จ (30 นาที)

ครั้งที่ 3 สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย (identify sources of motivation) ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที กิจกรรม 1) ค้นหาแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจ (30 นาที) และ 2) สอนและฝึกวิธีคิดเชิงบวก (30 นาที)

ครั้งที่ 4 ทบทวนเป้าหมายไม่หมดหวัง (monitor progress toward goals) ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที กิจกรรม 1) ทบทวนปัญหา เป้าหมายในการจัดการปัญหา และแนวทางในการปฏิบัติ (30 นาที) และ 2) วิเคราะห์ปัญหา นำเสนอมุมมองต่อปัญหาในทางบวก (30 นาที)

ครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนเป้าหมาย เข้าใจหนทาง (modify goals and pathways as needs) ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 90 นาที กิจกรรม 1) ทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการร่วมกิจกรรม (30 นาที) 2) พุดคุยให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนเป้าหมายที่เหมาะสม (30 นาที) และ 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวพุดคุยระบายความรู้สึกต่อกัน (30 นาที)

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่สร้างขึ้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ถูกต้องเหมาะสมแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) พบว่ามีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ถือว่าผ่านเกณฑ์ หลังการปรับปรุงกิจกรรมให้มีความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 5 ครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสนใจและร่วมมือในการทำกิจกรรม

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามความหวัง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่สร้างโดย อังคณา หมอนทอง (2549) โดยนำมาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านตรวจสอบ พบว่าแบบสอบถามความหวัง มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 30 คนตรวจสอบหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 และนำไปใช้จริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมสถานที่ที่ใช้ทำการทดลอง เตรียมตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง ให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินระดับอาการซึมเศร้า และแบบทดสอบ

สภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย จากนั้นนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ตามความสะดวกของผู้ป่วย และครอบครัว

2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยให้การพยาบาลรายครอบครัว ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม จนครบทั้ง 5 กิจกรรม โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้นประมาณ 3 สัปดาห์

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถาม ความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยทันที (post-test) สำหรับกลุ่มควบคุมให้ทำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ทันที (post-test) จากนั้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินติดตามผล (Follow up) โดยผู้วิจัยพบทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ 1) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติ Chi-square 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที สำหรับตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) และ 3) ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างกันในแต่ละระยะ จากนั้นทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบแบบรายคู่ของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของตัวอย่างในการทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.5 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 73.32 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 92.5 สถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 47.5 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 47.5 รายได้ต่อเดือนเพียงพอร้อยละ 77.5 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามสมมติฐานข้อ 1

3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามสมมติฐานข้อ 2

4. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีไม่แตกต่างจากระยะติดตามผล 2 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามสมมติฐานข้อ 3

ดังนั้น จากผลวิจัยในครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีผลทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อภิปรายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังมากขึ้นจากที่เคยรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จึงช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลงได้มากกว่า การพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังได้ โดยมีความคิดเกี่ยวกับความหวังที่เพิ่มขึ้น การให้ความหมายในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทำให้มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า กิจกรรมเสริมสร้างความหวังที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้รับนี้ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้แม้เวลาผ่านไป และสิ้นสุดการร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมแล้วก็ตาม โดยเป็นไปตามทฤษฎีความหวังของ Snyder (1994) ซึ่งได้อธิบายกระบวนการคิดที่ทำให้เกิดความหวังของบุคคลเริ่มจากการตั้งเป้าหมาย (set goals) การพัฒนาวิธีการเฉพาะเพื่อบรรลุเป้าหมาย (pathway thinking) และการสร้างและคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการปฏิบัติ (agency thinking) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีความคิดเกี่ยวกับอนาคตในทางบวกและมีความแข็งแกร่งทางจิตใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลงได้ แม้เมื่อเวลาผ่านไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ 1) การจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พยาบาลควรมีเทคนิคการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในแต่ละกิจกรรม ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพูดคุยและบอกเล่าถึงปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เข้าใจ ยอมรับ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยวัยสูงอายุอาจต้องใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งพยาบาลต้องไม่รีบร้อนหรือกดดันให้ผู้ป่วยตอบคำถาม การเลือกสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม ควรเลือกตามความสะดวกของผู้ป่วยและครอบครัว 2) โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นนี้ถือว่า เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ควรมีการขยายผลการดำเนินการในลักษณะนี้ไปในพื้นที่ที่บุคลากรมีความพร้อมในการดำเนินการ และ 3) ควรจัดอบรมพยาบาลเกี่ยวกับเทคนิคการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรู้สึกล้นหล้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป 1) ควรศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่อยู่ในภาวะล้นหล้น เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง หรือโรคทางกายที่รุนแรง เนื่องจากการสร้างหรือคงไว้ซึ่งความหวังเป็นบทบาทของพยาบาล และ 2) ควรประเมินสมาชิกครอบครัวทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของสมาชิกครอบครัวในด้านความหวัง หรือความรู้สึกต่อผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่สมาชิกครอบครัวได้เข้าร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- เทพฤทธิ วงศ์ภูมิ. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2): 103-116.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). *ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญชัย นวมงคลวัฒนา. (2551). *การศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- อังคณา หมอนทอง. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถภาพแห่งตน ความหวังกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in community sample: a pilot investigation. *Social Indicator Research*, 77, 61-78.
- Darlington, Y., & Bland, R. (1999). Strategies for encouraging and maintaining hope among people living with serious mental illness. *Australian Social Work.*, 52(3), 17-24.
- Licinio, J. & Wong. M-L. (2005). *Biology of Depression : From Novel Insights to Therapeutic Strategies*. WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, Weinheim.
- Polit, D. E., & Becker, C. T. (2004). *Nursing research principles and methods*. (7thed). Philadelphia: Lippincott.
- Snyder, C. R. (1994). *The Psychology of hope: You Can Get There from Here*. Free Press. New York.
- Uncapher, H., Gallagher-Thompson, D., & Osgood N. J. (1998). Hopelessness and suicidal ideation in older adults. *The Gerontologist*, 38(1), 62-70.