

ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า
และการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า*

**EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY ON DEPRESSION
AND FUNCTIONING OF ELDERLY PATIENTS WITH DEPRESSION**

วัชรีย์ แสงสาย, พย.บ. (Watcharee Sangsai, BSN.)**

รังสิมันต์ สุนทรไชยา, Ph.D. (Rangsiman Soonthornchaiya, RN, Ph. D.)***

Abstract

Objective: The purpose of the quasi-experimental research was to examine depressive and functional scores of elderly patients with depression age over 60 year olds who received Cognitive Behavioral Therapy (CBT).

Methods: Forty samples were elderly patients who were diagnosed with depressive disorder at the outpatient department. The samples were matched pair and randomly assigned into the experimental and the control group, 20 in each group. The CBT in late-life depression was integrated with early experiences, core belief, cohort belief, intergeneration linkages, role value, sociocultural context, negative automatic thought, and depression. The research instruments were 1) Demographic questionnaire, 2) MMSE-Thai 2002, 3) Beck Depressive Inventory scale (Thai version), 4) The Global Assessment of Functioning Scale

(GAF), 5) Automatic Thought scale, and 6) The Daily Problem-Solving Ability Assessment. The descriptive statistics and t-test were used for data analysis.

Results: Major findings were as follows:

1. The depression mean score of elderly patients with depression after receiving CBT was significantly lower than those before ($p < .05$), whereas the functioning mean score was significantly higher than those before ($p < .05$).
2. The depression mean score of elderly patients with depression who received CBT was significantly lower than those who received the regular nursing activities ($p < .05$), whereas the functioning mean score was significantly higher than those who received the regular nursing activities ($p < .05$).

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ ในโครงการศูนย์สร้างสุขภาพภาวะผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ประจำปีงบประมาณ 2555

**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: rangsiman.s@chula.ac.th

Keywords: Elderly, Depression, Functioning, Cognitive Behavior Therapy

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 60 ปี ขึ้นไป แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผู้วิจัยพัฒนาเนื้อหาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยบูรณาการประสบการณ์เดิม แก่นความเชื่อ ความเชื่อเฉพาะกลุ่ม ความสัมพันธ์ระหว่างรุ่น คุณค่าของบทบาทของผู้สูงอายุ สภาพสังคม วัฒนธรรม เชื่อมโยงกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ และภาวะซึมเศร้า เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของบุคคลฉบับภาษาไทย 4) แบบประเมินการทำหน้าที่โดยรวม 5) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ และ 6) แบบวัดความสามารถในการแก้ไขปัญหาประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณาสถิติ

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่การทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่การทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การทำหน้าที่ ผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพต่อชีวิตโดยในปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกทำนายว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากที่สุดลำดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจ (WHO Regional office for South-East Asia, 2001) ในกลุ่มผู้สูงอายุเมื่อเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรกมักไม่ได้รับการวินิจฉัยรักษา เนื่องจากมีการแสดงอาการของโรคอื่นร่วมด้วย (สุดสบาย จุลกัทัพพะ, 2554) ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ จากความพร่องในด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น การไม่ดูแลตนเอง มีอารมณ์ซึมเศร้าหงุดหงิดง่าย คุณภาพชีวิตลดลง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ สุขภาพเสื่อมลง เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและนำไปสู่การเสียชีวิต (Doraiswamy, Khan, Donahue, & Richard, 2002; Karp et al., 2009) จากการศึกษาของ

Murphy (2000) ที่ทำการศึกษาระยะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 120 คน ในระยะเวลา 2 ปี พบว่าร้อยละ 20 มีอัตราการฆ่าตัวตายมาจากการมีประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวชและภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความพร่องในการดูแลสุขภาพอนามัย การทำหน้าที่ที่งาน ความพร่องของการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันเทียบได้กับความพร่องที่เกิดจากความพิการจากโรคเรื้อรังทางกาย ซึ่งเป็นผลมาจากอารมณ์ที่เศร้ามากและระยะเวลาของอารมณ์เศร้าที่ยาวนานจนกระทบต่อหน้าที่การงานและการทำหน้าที่ประจำวัน (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมักมีอาการและอาการแสดงออกทางด้านร่างกายมากกว่าการแสดงอารมณ์เศร้าโศก หรือความรู้สึกหดหู่ใจ (Alexopoulos et al., 2002) อาการของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุมิลักษณะของความผิดปกติด้านอารมณ์ไม่ชัดเจน ลักษณะอาการ ได้แก่ ไม่สบายทางร่างกาย อารมณ์ซึมเศร้าหรือหดหู่ เบื่ออาหาร หรือขาดความสนใจสิ่งต่าง ๆ มีอารมณ์ที่หงุดหงิดง่าย อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง ไม่มีสมาธิ เคลื่อนไหวช้าลง รู้สึกไม่มีคุณค่าและตำหนิตนเองมากผิดปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความสัมพันธ์กับข้อจำกัดการทำงานที่ (functioning impairment) และการมีข้อจำกัด (disability) ในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยการศึกษามากกว่า 6 ปี พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นมีความเสี่ยงของปัญหาเกี่ยวกับข้อจำกัดในการทำกิจวัตร

ประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 67 และข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ร้อยละ 73 ตามลำดับ (Blazer, 2009) การศึกษาในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีภาวะทุพพลภาพ ซึ่งเป็นความพร่องของการทำหน้าที่ คิดเป็นร้อยละ 53.47 (นภา จิรัฐจินตนา, 2554) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าส่งผลถึงข้อจำกัด หรือปัญหาในการทำงานที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

ปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ ถ้าทั้งบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าบุตรมีโอกาสเป็นโรคสูง และเชื่อว่าสารสื่อประสาทในสมองโดยมี norepinephrine และ serotonin ต่ำ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวินิช, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความรู้สึกสูญเสีย การลดแรงเสริมทางบวก ประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง ความรู้สึกสิ้นหวังหรือยอมจำนน (Lewinsohn, 1985 cite in Laidlaw, Thomson, Dick-Siskin, & Thomson, 2003) 3) ปัจจัยทางด้านการรู้คิด ได้แก่ การคิดเชิงลบที่มีต่อตนเอง โลก และอนาคต ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) และ 4) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคม และการไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง บุตรหลาน และปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และข้อจำกัดการทำงานที่ของผู้สูงอายุ ได้แก่ กระบวนการรู้คิด ความจำ ความสามารถในการแก้ไขปัญหา (Gallo, Christense, & Griffiths, 2003; McGuire, Ford, & Ajani,

2006)

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าและข้อจำกัดของการทำหน้าที่ (functional disability) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประสิทธิภาพของ CBT ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ (Cuijpers, Straten & Smit, 2006; Pinquart & Sorensen, 2006) ทำให้ทนต่อการรักษาได้และดีกว่าการบำบัดรูปแบบอื่น (Laidlaw et al., 2008) ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของ Laidlaw et al. (2003) เพื่อลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยแนวคิดนี้มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยรวมเอาศาสตร์ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาใช้เป็นกรอบในการประเมินโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยอธิบายถึงการเกิดโรคซึมเศร้าตามกรอบมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck et al., 1979) ซึ่งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนี้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเน้นที่ตัวปัญหา การเพิ่มทักษะ และการจัดการกับสถานการณ์ปัจจุบัน (Laidlaw et al., 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า มีเพียง CBT ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผู้ใหญ่ โดยผลการศึกษสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ (กุลธิดาสุภาคุณ, 2549) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ตามแนวคิดของ Laidlaw et al. (2003) เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สำหรับการบำบัดเป็นรายบุคคล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ก่อนการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ไม่แตกต่างกัน

2. ภายหลังจากใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า และมีค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า และมีค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ

4. ภายหลังจากใช้โปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และค่าการทำหน้าที่ของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันจากก่อนการใช้โปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1: สร้างสัมพันธภาพ ประเมินอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย

ครั้งที่ 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และปัญหาที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการทำงานที่ภายใต้กรอบแนวคิด CBT

ขั้นตอนที่ 2: การบำบัดทางความคิด

ครั้งที่ 2) ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ส่งผลต่อปัญหาการทำงานที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 3) ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ สร้างแรงจูงใจ

ขั้นตอนที่ 3: การบำบัดทางพฤติกรรม

ครั้งที่ 4) วิเคราะห์ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 5) ทบทวน CBT และยุติการบำบัด

ภาวะซึมเศร้า
และการทำหน้าที่ของ
ผู้ป่วยสูงอายุ
โรคซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลัง

ประชากร คือ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ของ โรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ของ รพ. จิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์ ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงจำนวน 40 คน โดยมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ถึงมาก ประเมินโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะสมองเสื่อมประเมินโดย MMSE-Thai 2002 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะในการวิจัย

แบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (Polit & Hungler, 1999) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน และจับคู่กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้ เพศ คะแนนภาวะซึมเศร้า ระดับคะแนนการทำงานที่ และปริมาณยาที่ได้รับ จับผลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และมีเกณฑ์คัดออกหากมีการปรับเปลี่ยนยาระหว่างรักษาและถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม CBT สำหรับผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Laidlaw et al. (2003) โดยบูรณาการประสบการณ์เดิม แก่นความเชื่อ ความเชื่อเฉพาะกลุ่ม ความ

สัมพันธ์ระหว่างรุ่น คุณค่าของบทบาทของผู้สูงอายุ สภาพสังคมวัฒนธรรม เชื่อมโยงกับความคิดอัตโนมัติด้านลบและภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ครั้งที่ 1) ประเมินประสบการณ์เดิมที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ ครั้งที่ 2) การเชื่อมโยงเหตุการณ์เข้ากับความคิดอัตโนมัติทางลบและสอนให้รู้จักความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ครั้งที่ 3) ฝึกทักษะการปรับความคิดและสร้างแรงจูงใจ ครั้งที่ 4) ส่งเสริมทักษะความสามารถในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน และครั้งที่ 5) ประเมินผลทบทวนความเข้าใจในการเข้ารับการบำบัด โปรแกรมที่สร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีความเห็นตรงกัน 4 ใน 5 ท่าน โดยปรับแก้กิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck et al., 1979) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยเชาวนี ล่องชูผล (2549) เป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .95 และค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาค เท่ากับ .89

2.3 แบบประเมินการทำหน้าที่โดยรวม

(Global Assessment of Function) ของ DSM-IV แปลโดย กรมสุขภาพจิต (2556) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็นช่วงละ 10 คะแนน มีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) เท่ากับ .95

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ ของฮอลลอนและเคนดอลล์ (Hollon & Kendoll, 1980) แปลเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา (2536) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่า CVI = .93 หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาค = .97 และแบบบันทึกความสามารถในการแก้ไขปัญหาประจำวัน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบเลือกตอบ ปฏิบัติได้ ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ได้ ให้ 0 คะแนน มีค่า CVI = .90 มีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .85

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) มีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .93

การดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับ CBT โดยฝึกทักษะความชำนาญกับพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ 2 สัปดาห์

2. ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยประเมินภาวะซึมเศร้าและประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนการทดลอง (pre-test) และจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยในกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ และ

น้ดหมายในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าและประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (post-test)

3. กลุ่มทดลองให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม CBT ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง/ สัปดาห์ ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรม CBT ทุกครั้ง วัดผลหลังสิ้นสุดการบำบัดด้วยโปรแกรม CBT ในครั้งที่ 5 ซึ่งผู้วิจัยกำกับการทดลองทันที โดยใช้แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ และแบบบันทึกความสามารถในการแก้ไขปัญหาประจำวัน

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและสถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test
3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการบอกถึง

วัตถุประสงค์ ระยะเวลาที่ใช้ และตอบคำถามจนเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยจึงจะลงรายชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากมีข้อสงสัยสอบถามผู้วิจัยได้

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ ก่อนการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะทำการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงวกาก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการใช้โปรแกรมผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมถึงการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงวกากลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ไม่แตกต่างจากก่อนการใช้โปรแกรมฯ ดังตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า | \bar{X} | SD | ระดับ | \bar{D} | SD_d | df | t |
|-------------------------|-----------|------|---------|-----------|--------|----|-------|
| กลุ่มทดลอง (n = 20) | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 20.70 | 6.64 | มาก | 4.5 | 2.94 | 19 | 6.82* |
| หลังทดลอง | 16.20 | 4.21 | น้อย | | | | |
| กลุ่มควบคุม (n = 20) | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 19.05 | 5.88 | ปานกลาง | -0.75 | 1.61 | 19 | 2.07 |
| หลังทดลอง | 19.80 | 6.59 | มาก | | | | |

* p < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ

| คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า | Mean | SD | t | p-value |
|-------------------------|-------|------|-------|---------|
| ก่อนทดลอง (n = 20) | | | | |
| กลุ่มควบคุม | 19.05 | 5.88 | .831 | .411 |
| กลุ่มทดลอง | 20.70 | 6.64 | | |
| หลังทดลอง (n = 20) | | | | |
| กลุ่มควบคุม | 19.80 | 6.59 | -2.05 | .048 |
| กลุ่มทดลอง | 16.20 | 4.21 | | |

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ | \bar{X} | SD | \bar{D} | SD_d | df | t |
|-------------------------|-----------|------|-----------|--------|----|--------|
| กลุ่มทดลอง (n = 20) | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 7.25 | 1.2 | 0.95 | 0.01 | 19 | 10.78* |
| หลังทดลอง | 8.20 | 1.19 | | | | |
| กลุ่มควบคุม (n = 20) | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 7.50 | 1.19 | -0.25 | 0.01 | 19 | 2.03 |
| หลังทดลอง | 7.25 | 1.2 | | | | |

* p < .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

| คะแนนการทำหน้าที่ | Mean | SD | df | t | p-value |
|--------------------|------|------|----|------|---------|
| ก่อนทดลอง (n = 20) | | | | | |
| กลุ่มควบคุม | 7.50 | 1.19 | 38 | 6.59 | .514 |
| กลุ่มทดลอง | 7.25 | 1.20 | | | |
| หลังทดลอง (n = 20) | | | | | |
| กลุ่มควบคุม | 7.25 | 1.20 | 38 | 2.51 | .042 |
| กลุ่มทดลอง | 8.20 | 1.19 | | | |

n_1 = กลุ่มทดลอง n_2 = กลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังการทดลองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.51, p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีส่วนช่วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ดังกิจกรรมที่ได้ดำเนินใน ระยะเริ่มต้น (early phase) เป็นการเริ่มต้นสร้าง

สัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของ Laidlaw et al. (2003) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและส่งผลต่อการทำหน้าที่ โดยชี้ประเด็นให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์เดิม ความเชื่อมโยงระหว่างรูน ภาวะสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงบทบาท ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าและส่งผลต่อการทำหน้าที่ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุต้องรู้ถึงความเชื่อมโยงนี้เพื่อจะเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของตน และรวมถึงการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Laidlaw and McAlpine (2008) ที่ศึกษาการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มของการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมกับการรักษาแบบปกติ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ผลการวิจัยพบว่า หลังสิ้นสุดการรักษาในสัปดาห์ที่ 18 และประเมินซ้ำใน 3 เดือน และ 6 เดือน CBT ช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ เนื่องจากเกิดการตระหนักรู้เกี่ยวกับความคิดลบของตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยได้เข้าใจความคิดลบของตนเอง หรือ “ความคิดแวบแรก” ที่เกิดขึ้น หากผู้ป่วยเข้าใจความคิดของตนเอง และได้ทราบความคิดของตนที่เป็นลบหรือบิดเบือนไป จะทำให้เข้าใจตนเองจะเป็นเครื่องมือที่เป็นเป้าหมายนำไปสู่การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม คือเกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความคิดที่ไม่สมเหตุผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2553)

2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เนื่องจากในโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีการดำเนินกิจกรรมการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เชื่อมโยงถึงสิ่งที่เป็นกิจกรรมประจำวัน กับความคิดที่เกิดขึ้น โดยจะนำไปสู่การหาหลักฐานมาสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดลบที่เกิดขึ้นจากการศึกษาของ Gallo et al. (2003) ที่ศึกษาความเชื่อมโยงของอาการซึมเศร้าและข้อจำกัดของการทำหน้าที่ (functional disability) ในผู้สูงอายุ พบว่าความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับข้อจำกัดของการทำหน้าที่อาจจะมีตัวกลางคือ กระบวนการรู้คิด อันได้แก่ ความจำ การแก้ไขปัญหา ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความจำและความสามารถในการแก้ไขปัญหาเป็นตัวกลางสำคัญที่เชื่อมโยงภาวะซึมเศร้าและข้อจำกัดการทำหน้าที่ โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีการทำหน้าที่ของ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการออกแบบโปรแกรมให้มีทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และมีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนภายนอกที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการทดลองโดยจับคู่เรื่องเพศ อายุ ระดับยาด้านเศร้า คะแนนการทำหน้าที่ และคะแนนภาวะซึมเศร้า ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ส่งผลให้ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการศึกษานำร่อง และมีเครื่องมือกำกับการทดลอง ทำให้คุณภาพของโปรแกรมนี้มีความน่าเชื่อถือ สามารถควบคุมความตรงภายในได้อย่างแท้จริง รวมทั้งการออกแบบการทดลองให้มีกลุ่มควบคุม เป็นการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมที่ใช้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนั้นผลของการทดลองนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนี้ สามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. การนำ CBT ไปใช้ควรคำนึงถึงความเหมาะสมและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละคน โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนภาษาให้เหมาะสมกับช่วงวัยของบุคคล

2. ควรทำการศึกษาผลของ CBT ต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ ร่วมกับปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น คุณภาพชีวิต หรือความสามารถในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2556). *Global Assessment of Function (GAF) Scale* Retrieved 12 March, 2013, from <http://www.dmh.moph.go.th/gaf.asp>.

กุลธิดา สุภาคุณ. (2549). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

เขาวนีย์ ล่องชูผล. (2549). *ผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.

นภา จิรัฐจินตนา. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.

ลักดา แสนลีหา (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). *แบบทดสอบ*

สภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สุดสบาย จุลกัทัพพะ. (2554). *ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.

อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ. (2554). *ผลของจิตบำบัดระดับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Alexopoulos, G. S., Borson, S., Cuthbert, B. N., Devanand, D. P., Mulsant, B. H., Olin, J. T., & Oslin, D. W. (2002). Assessment of late life Depression. *Society of Biological Psychiatry*, 52, 164-174.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.

Blazer, D. G. (2009). Depression in late life: review and commentary. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 12(1), 33-39.

- Cuijpers, P., Straten, A., & Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*, 1136-1149.
- Doraiswamy, P. M., Khan, Z. M., Donahue, R. M. J., & Richard, N. E. (2002). The spectrum of quality of life impairment in recurrent geriatric depression. *Journal of Gerontology Medical sciences, 57A*, M134-M137.
- Gallo, C. J., Christense, H., & Griffiths, K.M. (2003). Functioning and depression in patients under cognitive behavior psychotherapy. *Medical Journal of Australia, 182*, 627-632.
- Gallo, J. J., Rebok, G. W., Tennsted, S., Wadley, V. G., & Horagas A. (1996). Linking depressive symptoms and functional disability in late life. *Aging & Mental Health, 7*, 469-480.
- Karp, J. F., Skidmore, E., Lotz, M., Lenze, E., Dew, M. A., & Reynolds, C. F. (2009). Use of the late-life function and disability instrument to assess disability in major depression. *Journal of American Geriatrics Society, 57*(9), 1612-1619.
- Laidlaw, K., & McAlpine, S. (2008). Cognitive behavior therapy: How is it different with older people? *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 26*, 250-262.
- Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2003). *Cognitive Behaviour Therapy with Older People*. Chichester, West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Lisa C. McGuire, L. C., Ford, E. S., & Ajani, U. A. (2006). Cognitive functioning as a predictor of functional disability in late life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(1), 36-42.
- McGuire, C. L., Ford, E. S., Ajani, U. A. (2006). Cognitive functioning as a predictor of functional disability in late life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(1), 36-42.
- Murphy, E. (2002). Social origins of depression in old age. *British Journal of Psychiatry, 141*, 153-142.
- Murphy, E. (2000). Late-life depression people aged 65+ account for relatively high number of suicide deaths. *Canadian Pharmacists Journal, 138*(1), 31-36.
- Pinquart, M., & Sorensen, J. (2006). Gender difference in caregiver experiences: an update meta-analysis compare of pharmacotherapy and psychotherapy. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 61B*(1), 33-45.
- Polit, D. F., & Huger, B. P. (1999). *Nursing research principle and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ronald, D., Adelman, R. D., Greene, M. G., Friedmann, E., & Cook, M. A. (2008).

Discussion of Depression in Follow-Up Medical Visits with Older Patient. *Journal of American Geriatrics Society*, 56, 16-22.

World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2001). *conquering depression: you can get out of the blue*. New Delhi WHO Regional Office for South-East Asia.