

ผลของกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข
ต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคซึมเศร้า

THE EFFECTS OF GROUP HAPPY REMINISCENCE THERAPY
ON DEPRESSIVE SYMPTOMS IN THAI OLDER PEOPLE
WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

วาสนา เหล่าคงธรรม, พย.บ. (Wasana Laukongtam, RN, B.N.S.)*

สุปราณี พิมพ์ตรา, พย.ม. (Supranee Phimtra, RN, M.N.S.)**

ธรณินทร์ กองสุข, พบ., วท.ม., ศ.ม. (Thoranin Kongsuk, MD, M.Sc., M.Econ)***

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ปรัช.ด. Ph.D. (Somporn Rungreangkulkij, RN, Ph.D.)****

Abstract

Objectives: The objective of this study was to test efficacy of group happy reminiscence therapy (HRT) on depressive symptoms, quality of life, and overall health status in Thai older people with depressive disorders by compare to group supportive therapy (ST).

Methods: This research used a randomized controlled trial based on experimental and control group (ST groups). Participants were thirty Thai older people with mild to moderate level of depressive symptoms. They were randomly allocated into experimental and control group with 15 subjects in each group. Both HRT and ST groups consists of 6 sessions. The data were collected before and after the therapy. Research instruments used in this study were 9-Q depression

assessment, HRSD-17, EQ-5D-5L, and VAS. Chi-square and t-test were used to analyze the data.

Results: Older persons in experimental group had significantly higher mean decreasing depression score than those in the control group. While no significant differences between 2 groups regarding mean decreasing score of HRSD-17, mean increasing score of quality of life, and mean increasing score of overall health status were found. The subjects' remission rates of both groups were about 80 percent and $RR = 1$ (95% $CI = .70 - 1.43$).

Conclusion: Group HRT can reduce level of depressive symptoms in Thai older people with depressive disorders more than ST but the increasing quality of life and overall health

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
E-mail wasana3563@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

***นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

****รองศาสตราจารย์ ระดับ 9 และผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านแพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น

status were not significantly difference.

Keywords: Group happy reminiscence therapy, Thai older people, Depressive disorders

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อทดสอบประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (HRT) ต่ออาการซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มบำบัดประคับประคอง (ST)

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยแบบทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นคนไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอาการเล็กน้อยถึงปานกลางจำนวน 30 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่บำบัดด้วย ST กลุ่มละ 15 คน บำบัด 6 ครั้ง วัดผลก่อนและหลังการบำบัดครั้งสุดท้ายด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม และ HRSD-17 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้วย (EQ-5D-5L) และแบบประเมินสภาวะสุขภาพ (VAS) วิเคราะห์ข้อมูลด้วย chi-square และ t-test

ผลการศึกษา: 1) ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง HRT มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลงมากกว่ากลุ่ม ST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของค่าเฉลี่ยของคะแนน HRSD-17 ที่ลดลง ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะสุขภาพโดยรวมที่เพิ่มขึ้น 3) ทั้งสองกลุ่มมีอัตราการหายจากอาการซึมเศร้าร้อยละ 80 มีค่า RR เท่ากับ 1 (95% CI = .70-1.43)

สรุป: HRT มีผลลดอาการซึมเศร้าของ

ผู้สูงอายุไทยได้มากกว่า ST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่การเพิ่มคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมได้ไม่แตกต่างจากกลุ่ม ST

คำสำคัญ: กลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ผู้สูงอายุไทย โรคซึมเศร้า

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มาพร้อมกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุจากการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทยการศึกษาระดับชาติของธรณินทร์ กองสุข และคณะ (Kongsuk et al., 2008) พบว่าผู้สูงอายุไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 4.1 ซึ่งมากกว่าทุกกลุ่มวัย มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 17.17 (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า, 2557) ปัจจุบันการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพทำให้หายทุเลาคือ การรักษาด้วยยาต้านเศร้า และการบำบัดทางจิตสังคม (Steinbrueck, Maxwell, & Howard, 1983) การรักษาด้วยยาต้านเศร้า SSRI เป็น first line ในการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2009) แต่อาจทำให้เกิดไม่พึงประสงค์ที่สำคัญคือ อาจมีภาวะเกลือโซเดียมในเลือดต่ำ หรือมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร (Bauer et al., 2007) และบางรายอาจเสียชีวิต (Coupland et al., 2011) ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมก็แสดงให้เห็นว่าการบำบัดที่ช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีหลากหลายเช่น Cognitive behavioral therapy (CBT) ซึ่งเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยรักษาควบคู่กับ

การให้ยาต้านเศร้า (NICE, 2009) อย่างไรก็ตามก็มีการศึกษาที่พบว่าการบำบัดแบบ Interpersonal therapy จะลดอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ดีกว่า CBT (Mello, Jesus Mari, Bacaltchuk, Verdeli, & Neugebauer, 2005) สำหรับ Problem solving therapy ที่เน้นส่งเสริมทักษะแก้ไขปัญหานั้น จากการศึกษาค้นพบว่าช่วยลดอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้ดี (Bell & D’Zurilla, 2009) นอกจากนี้มีการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ช่วยลดอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็คือ Reminiscence Therapy (RT) ซึ่งให้การบำบัดโดยให้ผู้สูงอายุระลึกเหตุการณ์ตามช่วงวัยคือ ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ เพื่อให้ผู้สูงอายุพร้อมรับมือกับปัญหาและลดอาการซึมเศร้าด้วยประสบการณ์ที่ผ่านมา (Butler, 1963)

Reminiscence therapy ถูกออกแบบและพัฒนาให้เป็นการบำบัดเพื่อสนับสนุนการปรับตัวของผู้สูงอายุผ่านการทบทวนชีวิต (Butler, 1963) มีทั้งแบบรายบุคคลและกลุ่ม ใช้เวลา 3 สัปดาห์ถึง 16 สัปดาห์ ความถี่ 2 ครั้ง/สัปดาห์ ถึง 12 ครั้ง/สัปดาห์ บำบัดแต่ละครั้งนาน 60-120 นาที จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผลของ RT ช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลงเพิ่มความภาคภูมิใจและความพึงพอใจในตัวเอง (Song, Shen, Xu & Sun, 2014; Wu, 2011) บรรเทาความเหงาในจิตใจ (Liu, Lin, Chen, & Huang, 2007) รวมทั้งส่งผลให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit, 2007) การนำ RT ที่พัฒนามาจากผู้สูงอายุต่างประเทศมาใช้กับผู้สูงอายุไทยอาจเกิดปัญหาในการบำบัดได้เนื่องจากโครงสร้างของการบำบัด

ของต่างประเทศไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต บริบทวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทย เช่น เนื้อหาที่ให้หวนระลึกความหลังจะเน้นเรื่องราวตามยุคสมัยและต้องเตรียมสื่ออุปกรณ์ที่เข้ากลุ่ม (Stinson & Kirk, 2006) ได้แก่ ของเล่นชิ้นแรกในวัยเด็ก แผ่นเพลงที่ชื่นชอบ รูปภาพพิธีแต่งงานหรืองานเลี้ยงสังสรรค์ กิจกรรมที่ชื่นชอบในวันหยุดในขณะที่การหวนรำลึกความหลังแล้วรู้สึกมีความสุขของผู้สูงอายุไทยไม่เหมือนกับต่างประเทศ ให้ความสำคัญกับการคิด การแลกเปลี่ยนจากประสบการณ์มากกว่าการเตรียมอุปกรณ์ในการเข้ากลุ่ม ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุไทย คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนา “กลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (The group happy reminiscence therapy [HRT])” ขึ้นใหม่ และเพื่อศึกษาว่า “กลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข” มีประสิทธิผลในการบำบัดผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางให้หายทุเลาและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหรือไม่ ทีมผู้วิจัยจึงทำการทดสอบผลในรูปแบบ randomized control trial เปรียบเทียบกับการบำบัดทางสังคมจิตใจที่ใช้ตามปกติคือ กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง (supportive therapy: ST) ที่ใช้บ่อยในคลินิกสุขภาพจิตของ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลจิตเวช (นันทวัช สิริธรรักษ์ และคณะ, 2558) หากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการบำบัดนี้สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ชัดเจน กลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขนี้ก็อาจจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยวิธีทางสังคมจิตใจสำหรับผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทดสอบประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่ออาการซึมเศร้า คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มบำบัด ประคับประคอง

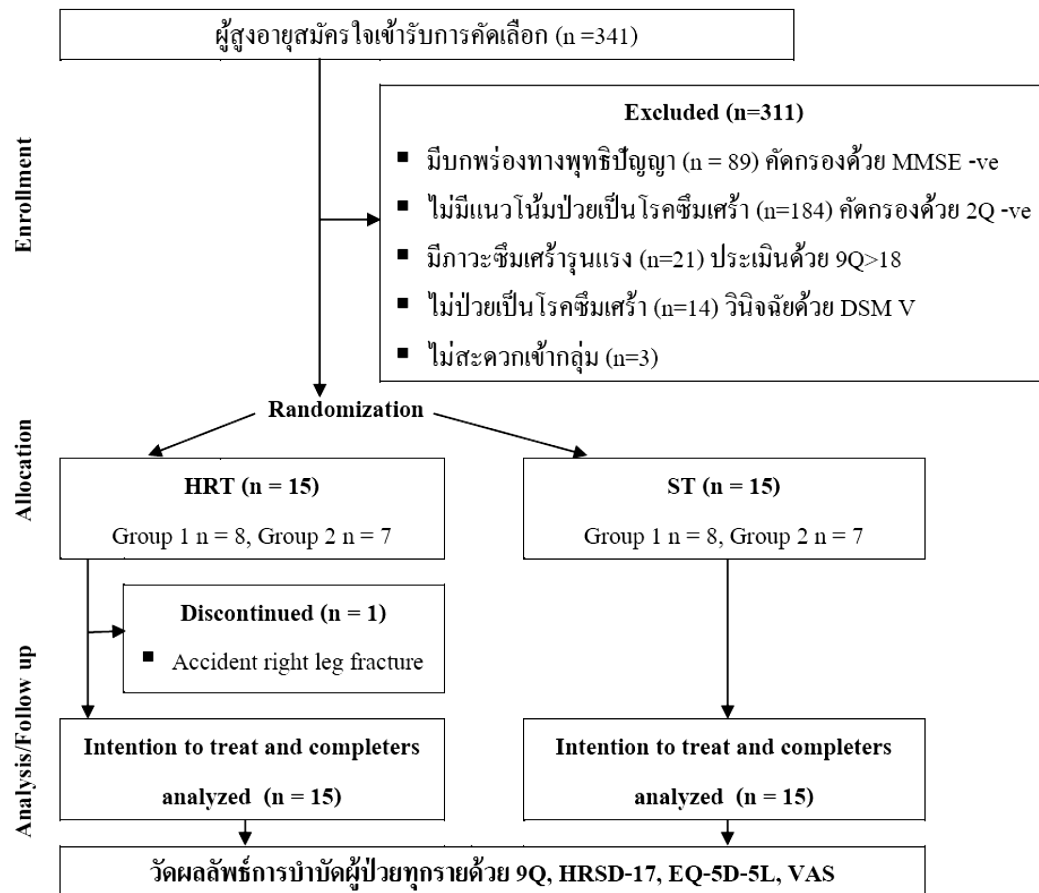
คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขมีอาการซึมเศร้ามามากกว่าผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองหรือไม่
2. ผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขหายจากโรคมามากกว่าผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองหรือไม่
3. ผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองหรือไม่
4. ผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขมีภาวะสุขภาพโดยรวมดีขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองหรือไม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ double-blind randomized controlled trial ประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน – มิถุนายน พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดอำนาจเจริญ คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) คนไทยเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่า major depressive disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013) มีอาการรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า หรือไม่ได้รับยาต้านเศร้าในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา 2) อ่านออก เขียนได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 3) ไม่มีประวัติการป่วยและไม่มีโรคร่วมจิตเวชอื่น ๆ 4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม หรือบกพร่องทางพุทธิปัญญา 5) ไม่มี suicidality ที่มีความรุนแรงในระดับปานกลางขึ้นไป 6) ไม่มีภาวะบกพร่องในการสื่อสาร หรือโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา

โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 30 คน โดยการคำนวณด้วยอัตราการทำหาย (remission) จากงานวิจัยของโจว และคณะ (Zhou et al., 2012) ที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นอิสระต่อกัน (Two independent samples) ระดับความเชื่อมั่น (95%) ที่ระดับนัยสำคัญ $.05 = 1.9\%$ Z_β คือ beta error ที่ $0.2 = 0.84$ ถ้าแทนค่า $Z_\alpha = 1.96$ ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม ประมาณ 15 คน



แผนภูมิแสดงขั้นตอนการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือในการคัดเลือกรวบรวมตัวอย่าง มี 3 เครื่องมือ ได้แก่ (1) แบบทดสอบสมองเสื่อม เบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 พัฒนา ขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2544) มีความเที่ยงเท่ากับ 0.93 ถ้าผลการคัดกรองปกติจะ ถูกประเมินอาการซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ 9Q (2) แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) พัฒนาขึ้นโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2553) มีคำถาม 9 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับความรุนแรง คือ ได้คะแนน < 7 หมายถึง normal, remission ได้

คะแนน $\geq 7-12$ หมายถึง mild ได้คะแนน 13-18 หมายถึง moderate และ ได้คะแนน ≥ 19 หมายถึง severe ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ .821 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .719 ($p < .001$) ค่า ความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio ร้อยละ 85, 72 และ 3.04 (95% CI = 2.16-4.26) ตามลำดับ (3) เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าด้วย DSM-V (APA, 2013)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา

3. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของการบำบัด มี 3 เครื่องมือ คือ (1) แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9Q (ชรินทร์ กองสุข และคณะ, 2553) (2) แบบประเมินอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) แปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า แบ่งเป็น 5 ระดับความรุนแรง คือ 0-7 หมายถึง normal, remission, 8-12 หมายถึง mild, 13-17 หมายถึง moderate, 18-29 หมายถึง severe, ≥ 30 หมายถึง more than depression, psychotic จากการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้เท่ากับ .74 - .86 (3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไปพัฒนาโดยจันทนาพัฒนเกศ และมนทรัตม์ถาวรเจริญทรัพย์ (2554) ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า แต่ละด้านมี 5 ตัวเลือก ซึ่งเรียงตามระดับความรุนแรงตั้งแต่ไม่มีปัญหาจนถึงมีปัญหามากที่สุด (4) Visual analog scale (VAS) เป็นเครื่องมือที่วัดคะแนนสถานะสุขภาพแบบทางตรงด้วยตนเองในวันที่ตอบ เป็นสเกลแนวตั้งขีดบนสุดมีค่า 100 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพสมบูรณ์ที่สุดที่สามารถจินตนาการได้ ส่วนขีดล่างสุดมีค่า 0 คะแนน หมายถึง ความตาย หรือภาวะสุขภาพแย่ที่สุดที่สามารถจินตนาการได้เหมาะสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ มีการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดย Test-retest reliability ได้ค่า weighted Cohen's Kappa coefficient เท่ากับ

.77 (จันทนา พัฒนเกศ และมนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์, 2554)

4. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา (การบำบัด)

4.1 กลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (happy reminiscence therapy: HRT) พัฒนาโดยทีมผู้วิจัย โดยการสังเคราะห์จากวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ทำ focus group กับกลุ่มผู้สูงอายุไทยในชุมชนจำนวน 10 คน เพื่อค้นหาประเด็นหรือเนื้อหาที่ผู้สูงอายุหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข แล้วนำมาสร้างรูปแบบของการบำบัดใหม่ นำรูปแบบที่ได้เสนอผู้เชี่ยวชาญมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจิตเวชจำนวน 2 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 3 คน และได้นำไปทดลองบำบัดกับผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางและยังไม่ได้รับยาต้านเศร้า จำนวน 15 คน พบว่า อาการซึมเศร้าลดลงทุกคน หายจากอาการซึมเศร้าร้อยละ 80 มีการติดตาม 1 เดือน พบว่า การหายจากอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 86.66

4.2 กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy: ST) เป็นการบำบัดช่วยเหลือจิตใจของสมาชิกโดยสมาชิกตามสภาพปัญหาที่พบในขณะนั้น พัฒนาโดย สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2552) มี 3 ระยะ คือระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นหรือระยะสร้างสัมพันธภาพต่อกัน ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการหรือระยะที่ช่วยให้สมาชิกเกิดการแก้ไข ปัญหา และระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างทุกรายยินยอมเข้าร่วมการวิจัยซึ่งสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ และไม่มีผลกระทบใดๆ กรณีที่ไม่ตรงเกณฑ์รับเข้าร่วมการวิจัย จะส่งต่อไปรับบำบัดรักษาตามแนวทางปกติในโรงพยาบาลตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่ได้รับยาต้านเศร้าเนื่องจากมีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งในเวชปฏิบัติทั่วไปจะใช้การบำบัดทางสังคมจิตใจเป็นหลักเป็นไปตามคำแนะนำของแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (คณะทำงานจัดทำแนวทางฯ, 2553) ที่มีการนำไปใช้ทั่วประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554

การดำเนินการวิจัย (การบำบัด)

1. กลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT)

กลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ใช้บำบัดกลุ่มทดลอง ทำการบำบัดในพื้นที่มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) “การสร้างอ่างโอบอุ้ม” ให้สมาชิกรู้จักและไว้วางใจกัน ผ่อนคลายรับความรู้สึกร่วมความเข้าใจกับโรคซึมเศร้า ทราบวัตถุประสงค์การบำบัดเรียนรู้ที่จะรับฟังและแบ่งปันและขั้นตอนที่ 2-5 เป็นการฝึกทักษะการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่างเรื่องกัน คือ 2) “วันวานแห่งความสุข” 3) “วันวานแห่งความรัก” 4) “วันวานแห่งความภาคภูมิใจ” 5) “บทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต” เป็นเหตุการณ์ในอดีตที่มีอุปสรรค แต่สามารถผ่านมาได้ด้วยศักยภาพภายใน เช่น ความ

อดทน มุ่งมั่น เมื่อนึกถึงทำให้มีความสุข 6) “สรุปผลการหวนรำลึกความหลังสู่ความสุข” ทำวันเว้นวัน ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที สมาชิก 7-8 คน/กลุ่ม ผู้บำบัดเป็นพยาบาลจิตเวชมีทักษะและประสบการณ์การทำกลุ่มบำบัดอย่างน้อย 5 ปี ได้รับการอบรมการบำบัดตามแบบ HRT และได้รับการรับรองจากผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น

2. กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy: ST)

กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองใช้บำบัดสำหรับกลุ่มควบคุม ซึ่งมีการบำบัด 6 ขั้นตอน ทำการบำบัดวันเว้นวัน ใช้เวลาครั้ง 90 นาที สมาชิก 7-8 คน/กลุ่ม ผู้บำบัดเป็นพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การทำกลุ่มบำบัดอย่างน้อย 5 ปี ขั้นตอนการบำบัดในแต่ละครั้ง จะดำเนินการใน 3 ระยะคือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกไว้วางใจ เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม 2) ระยะที่ช่วยให้สมาชิกเกิดการแก้ปัญหา เพื่อให้ระบายความรู้สึก เข้าใจปัญหาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้สัมพันธระหว่างบุคคลจากประสบการณ์กลุ่มและประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลการบำบัดคือการหาของอาการซึมเศร้า ระหว่าง 2 กลุ่ม โดย chi-square test ส่วนการเปลี่ยนแปลงอาการโรคซึมเศร้า คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมภายในกลุ่มใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มใช้ independent t-test กำหนด p-value เป็นแบบ 2 tailed และ intention to treat analysis ด้วยวิธี Last

Observation Carried Forward (LOCF)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มี 1 คนในกลุ่ม HRT ที่ออกจาก

การศึกษาเนื่องจากเกิดอุบัติเหตุหกล้ม ไม่สามารถเดินหรือนั่งได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ยกเว้น กลุ่ม ST มีโรคความดันโลหิตสูงกว่า แต่ไม่มีโรคถุงลมโป่งพอง และกลุ่ม HRT ได้รับยาที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าเป็นประจำมากกว่ากลุ่ม ST (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง HRT (n = 15) และกลุ่มควบคุม ST (n = 15)

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่ม HRT (n = 15)		กลุ่ม ST (n = 15)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	- ชาย	4	26.7	3	20
	- หญิง	11	73.3	12	80
สถานะภาพสมรส	- สมรส	9	60	8	53.3
	- หม้าย	6	40	6	40.0
	- แยกกันอยู่	0	0	1	6.7
ระดับการศึกษา	- ไม่ได้เรียน	2	13.33	1	6.67
	- ประถมศึกษา	13	86.67	11	73.33
	- มัธยมศึกษา	0	0	2	13.33
	- ปริญญาตรีหรือมากกว่า	0	0	1	6.67
โรคประจำตัว	- ไม่มีโรคประจำตัว	7	46.67	6	40.0
	- มี (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	8	53.33	9	60.0
	- เบาหวาน	8	61.55	8	50
	- ความดันโลหิตสูง	2	15.38	7	43.75
	- ไตวายเรื้อรัง	1	7.69	1	6.25
	- โรคถุงลมโป่งพอง	2	15.38	0	0
กลุ่มยาที่รับประทานประจำที่มีผลต่ออาการอาการซึมเศร้า					
	- ไม่ได้รับยา	7	46.67	11	73.33
	- ได้รับยา	8	53.33	4	26.67
	- Benzodiazepine	8	88.89	4	100
	- Cyproheptadine	1	11.11	0	0
อายุ		mean = 70		mean = 68	
		SD = 6.92		SD 7.12	

2. ประสิทธิภาพการบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า

ผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคซึมเศร้า หลังสิ้นสุดการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัด HRT และ ST พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลงทั้ง 2 กลุ่มอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2 และ 4) และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการบำบัดในกลุ่ม HRT มีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าที่ประเมินด้วย 9Q ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่รับการบำบัดด้วย ST (ตารางที่ 3 และ 5)

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประเมินด้วย 9Q

คะแนนเฉลี่ยอาการโรคซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	$\bar{D}$	SD_d	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง HRT (n = 15)							
ก่อนทดลอง	12.13	3.021	9.60	3.180	14	11.691	.000
หลังทดลอง	2.53	2.588					
กลุ่มควบคุม ST (n = 15)							
ก่อนทดลอง	11.00	3.505	6.53	2.949	14	8.581	.000
หลังทดลอง	4.47	2.326					

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าที่ลดลงระหว่างกลุ่ม HRT และกลุ่ม ST ที่ประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q

ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าที่ลดลง		SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง HRT (n = 15)	9.60	3.18	2.624	.020
กลุ่มควบคุม ST (n = 15)	6.53	2.95		

Mean difference = 3.07 (95% CI = 0.560 - 5.574)

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ประเมินด้วย HRSD-17

คะแนนเฉลี่ยอาการโรคซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	$\bar{D}$	SD_d	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง HRT (n = 15)							
ก่อนทดลอง	13.93	4.415	8.733	3.411	14	9.915	.000
หลังทดลอง	5.20	3.427					
กลุ่มควบคุม ST (n = 15)							
ก่อนทดลอง	13.53	4.549	8.800	5.545	14	6.147	.000
หลังทดลอง	4.73	2.520					

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าที่ลดลงระหว่างกลุ่ม HRT และกลุ่ม ST ที่ประเมินด้วยแบบประเมิน HRSD-17

ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าที่ลดลง	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง HRT (n = 15)	8.73	3.41	.045
กลุ่มควบคุม ST (n = 15)	8.80	5.55	

Mean difference = 0.07 (95% CI = -3.152 - 3.285)

3. ประสิทธิภาพการบำบัดต่อการหายจากอาการซึมเศร้า จากอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากัน มีค่า risk ratio เท่ากับ 1 โดยทั้ง 2 กลุ่มมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าอัตราการหาย อัตราการหายร้อยละ 80 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่หายจากอาการซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดการบำบัด

	กลุ่มทดลอง HRT (n = 15) จำนวน (%)	กลุ่มควบคุม ST (n = 15) จำนวน (%)	RR (95% CI)	p-value
การหายของอาการซึมเศร้า (Remission)	12 (80)	12 (80)	1.00 (0.70-1.43)	1.00

RR = Relative risk ratio, Remission: 9Q score < 7, HRSD-17 score < 8

4. ประสิทธิภาพการบำบัดต่อคุณภาพชีวิต และพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วย HRT ผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคซึมเศร้า หลังสิ้นสุดการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัด HRT และ ST พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 7) และมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดด้วย ST แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ประเมินด้วย EQ-5D-5L

คะแนนเฉลี่ยอาการโรคซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	$\bar{D}$	SD_d	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง HRT (n = 15)							
ก่อนทดลอง	0.817	0.125	-0.071	0.112	14	-2.479	0.027
หลังทดลอง	0.889	0.121					
กลุ่มควบคุม ST (n = 15)							
ก่อนทดลอง	0.743	0.165	-0.068	0.035	14	-1.920	0.075
หลังทดลอง	0.811	0.127					

ตารางที่ 8 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น ประเมินด้วย EQ-5D-5L ในกลุ่ม HRT และกลุ่ม ST

ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น		SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง HRT (n = 15)	- 0.072	0.112	-.088	.931
กลุ่มควบคุม ST (n = 15)	- 0.068	0.137		

Mean difference = 0.004 (95% CI = -0.089-0.082)

5. ประสิทธิภาพการบำบัดต่อภาวะสุขภาพโดยรวม

ผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคซึมเศร้า หลังสิ้นสุดการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัด HRT และ ST พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น (ตารางที่

9) และพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วย HRT มีคะแนนเฉลี่ยของสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดด้วย ST แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ประเมินด้วย VAS

คะแนนเฉลี่ยอาการโรคซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	$\bar{D}$	SD_d	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง HRT (n = 15)							
ก่อนทดลอง	0.630	0.116	- 0.243	0.170	14	- 5.546	.000
หลังทดลอง	0.873	0.096					
กลุ่มควบคุม ST (n = 15)							
ก่อนทดลอง	0.603	0.193	- 0.127	0.167	14	- 2.942	.011
หลังทดลอง	0.730	0.153					

ตารางที่ 10 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยรวมที่เพิ่มขึ้น จากการประเมินด้วย VAS

ค่าเฉลี่ยของคะแนน ภาวะสุขภาพโดยรวมที่เพิ่มขึ้น		SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง HRT (n = 15)	- 0.243	0.170	-1.981	.068
กลุ่มควบคุม ST (n = 15)	- 0.127	0.168		

Mean difference = 0.116 (95% CI = - 0.010 - 0.243)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน แต่กลุ่ม HRT ได้รับยาที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าเป็นประจำ Benzodiazepine มากกว่ากลุ่ม ST ผลการบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า จากประเมินด้วย 9Q แสดงให้เห็นว่า ทั้ง HRT และ ST สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ และพบว่า HRT สามารถลดอาการซึมเศร้าได้มากกว่า ST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย กลุ่ม HRT เน้นเพิ่มทักษะการคิดทางบวก การจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึก (Stinson & Kirk, 2006) ส่วนกลุ่ม ST จะเน้นการดูแลช่วยเหลือจิตใจของสมาชิกกลุ่มโดยสมาชิกด้วยกัน ตามสภาพปัญหาในขณะนั้น ไม่ได้เน้นการฝึกทักษะเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึก ประสบการณ์ ปัญหาของตนต่อกลุ่ม (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2552) แต่เมื่อประเมินด้วย HRSD-17 พบว่าทั้ง HRT และ ST สามารถลดอาการซึมเศร้าได้แต่การเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับหลายการวิจัย ที่พบว่า RT ช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง (Bohlmeijer et al., 2007; Song, Shen, Xu, & Sun, 2014) เนื่องจาก HRT ช่วยเพิ่มทักษะการคิดบวกจากเรื่องราวในอดีตที่ทำให้เกิดความสุข และเพิ่มทักษะการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก แต่การที่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม HRT และ ST อาจเป็นไปได้ว่าแบบประเมินอาการซึมเศร้า HRSD-17 มีการประเมินอาการทางกายเป็นจำนวนมาก 9 ใน 17 ข้อ (ชรณินทร์ กองสุข, เกษรภรณ์ เคนบุปผา, จินตนา ลีจึงเพิ่มพูน, พุ่มระหง ไซยพันโท, และสิริธร บุตรวงศ์, 2549) เช่น ระบบทางเดินอาหาร อาการปวดตามร่างกายทั่วไปอาการ

ทางระบบสืบพันธุ์ การนอนไม่หลับ เป็นต้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปอาจพิจารณาเลือกแบบประเมินให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

กลุ่ม HRT และ ST ช่วยให้ผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหายไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของแวง (Wang, 2005) เนื่องจากการบำบัดในรูปแบบกลุ่มจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยการบำบัดที่เกิดขึ้นในกระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดีขึ้นหรือแทบไม่มีอาการเลยเมื่อวัดผลหลังสิ้นสุดการบำบัดสุดท้ายอย่างไรก็ดีในการศึกษาครั้งนี้มิได้มีการติดตามผลระยะยาว ซึ่งจากการศึกษาของ ชือและชาง (Chueh & Chang, 2013) ที่ติดตามอาการซึมเศร้าในผู้หญิงที่ได้รับการบำบัดด้วย RT และ Counseling ในระยะ 1, 3 และ 6 เดือน พบว่าการหายจากอาการซึมเศร้าของกลุ่ม RT มีมากกว่า Counseling อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรติดตามผลในระยะยาว

ผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหลังจากได้รับการบำบัดด้วย HRT มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก HRT ทำให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ ซอง และคณะ (Song et al., 2014) แต่เมื่อเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน นั้นหมายถึงการบำบัดในระยะสั้น ทั้ง HRT และ ST สามารถทำให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ส่วนผลการบำบัดต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ทั้ง HRT และ ST ทำให้ภาวะสุขภาพโดยรวมตามการรับรู้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากในการบำบัดทั้ง 2 ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการ

แก้ปัญหา และชื่นชมให้กำลังใจกันและกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของจีน (Chin, 2007) ถึงแม้ว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน หากพิจารณาตาม ค่าคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวม HRT จะมากกว่า ST ทั้งนี้เนื่องจาก HRT จะทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกที่เป็นสุขต่อ เหตุการณ์ในอดีตที่ก้าวผ่านมาได้อย่างมีความสุข

อาจจะกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็น โรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่ม HRT มี อาการซึมเศร้าลดลงมากกว่าผู้สูงอายุไทยที่ป่วย เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่ม ST จากการประเมินด้วย 9Q แต่ได้ผลไม่แตกต่างกัน จากการประเมินด้วย HRSD-17 โดย HRT สามารถ เพิ่มคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมให้ดีขึ้น ไม่แตกต่างจาก ST ซึ่งทั้งสองกลุ่มทำให้หายจาก อาการซึมเศร้าในระยะ 2 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม ใน การศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง และการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประสิทธิผลที่ เกิดขึ้นตามลักษณะทางคลินิกของการดำเนินโรค และการบำบัดด้วย HRT น่าจะเป็นอีกทางเลือก หนึ่งของการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพ ในการบำบัดโรคซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้สูงอายุ ชมรม ผู้สูงอายุวัดป่าแสนอุดม ศูนย์ชุมชนโพธิ์ตากจังหวัด อุบลราชธานี บ้านพักคนชราโยเซฟ ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น และบุคลากรเครือข่ายงานสุขภาพ จิต รพ.สต.หนองแก รพช. เสนางคนิคม จังหวัด อำนาจเจริญ รพท.วารินชำราบ รพช. เขื่อนโน รพช. พิบูลมังสาหาร รพช.นาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี ที่เสียสละเวลาในการร่วมพัฒนาการบำบัดนี้

เอกสารอ้างอิง

คณะทำงานจัดทำแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถาน บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ กรม สุขภาพจิต (2553). *แนวทางการจัดการโรค ซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปใน สถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ*. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์ศิริธรรมออฟเซต.

จันทนาพัฒนเกศิชและมนตรัตน์ถาวรเจริญทรัพย์. (2554). *เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L: การทดสอบคุณสมบัติการวัดและ คำนวณภาระโรคประจักษ์ในประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2557, จาก <http://www.hitap.net/>

ธรรณิทธิ์ กองสุข, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, จินตนา ลีจิงเพิ่มพูน, พุระหง ไซยพันโท, และสิริธร บุตรวงศ์. (2549). *การประเมินโรคซึมเศร้า: การทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซต.

ธรรณิทธิ์ กองสุข, ศุภชัย จันทร์ทอง, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวดี, รุ่งมณี ยิ่งยืน, จินตนา ลีจิงเพิ่มพูน, และคณะ. (2553). *ความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบ ประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม เมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17)*. นำเสนอ ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 9 ประจำปี 2553.

นันทวิช สัทธีรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, และพนม เกตุมาน. (2558). *จิตเวชศิริราชDSM-5. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์*

- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 235 - 246.
- ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2557). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ปี 2557. สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2557, จาก <http://www.thaidepression.com>
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2544). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002/คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.*
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2552). *การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.*
- American Psychiatric Association. (2013). *Criteria for major depressive episode: DSM-V.* Retrieved January 12, 2015, from <https://www.dsm5.org>
- Bauer, M., Bschor, T., Pfermrig, A., Whybrow, P., Angst, J., Versani, M., et al. (2007). World federation of societies of biological psychiatry guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care. *The world journal of biological psychiatry*, 8(2), 67 - 104.
- Bell, A. C., & D’Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 348-353.
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(3), 291-300. Retrieved June 15, 2014, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0020280>
- Butler, R. N. (1963). The life-review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76. Retrieved June 15, 2014, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14017386>
- Chin, A. M. H. (2007). Clinical effects of reminiscence therapy in older adults: A meta-analysis of control trials. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 17(1), 10-22. doi: 10.1016/S1569-1861(07)70003-7.
- Chueh, K. H., & Chang, T. Y. (2013). Effectiveness of group reminiscence therapy for depressive symptoms in male veterans: 6-month follow-up. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(4), 377-383. doi: 10.1002/gps.4013.
- Coupland, C., Dhiman, P., Morriss, R., Arthur, A., Barton, G., & Hippisley-Cox, J. (2011). Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: Population based

- cohort study. *British Medical Journal*, 343, 1-15. doi: 10.1136/bmj.d4551.
- Kongsuk, T., Pengjuntr, W., Kittirattanapaiboon, P., Kenbubpha, K., Sukawaha, S., Leejong-permpoon, J., et al. (2008). The prevalence of major depressive disorders in Thailand. Presented in WPA section on epidemiology and public health - 2010 meeting prediction in psychiatric epidemiology: From childhood and adolescence to adulthood July 11-14, 2010 - Lisbon, Portugal.
- Liu, S. J., Lin, C. J., Chen, Y. M., & Huang, X. Y. (2007). The effects of reminiscence group therapy on self-esteem, depression, loneliness and life satisfaction of elderly people living alone. *Mid-Taiwan Journal of Medicine*, 12(3), 133-142. Louis, MO: The C.V. Mosby Co.
- Mello, M. F., Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdelli, H., & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255, 75-82.
- NICE. (2009). *Depression: The treatment and management of depression in adults*. Retrieved March 22, 2014, from <https://www.nice.org.uk>
- Song, D., Shen, Q., Xu, T. Z., & Sun, Q. H. (2014). Effects of group reminiscence on elderly depression: A meta-analysis. *International journal of nursing sciences*, 1(4), 416-422. Retrieved December 12, 2014, from <http://www.sciencedirect.com/science/article>.
- Steinbrueck, S. M., Maxwell, S. E., & Howard, G. S. (1983). A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(6), 856 - 863. Retrieved February 27, 2014, from <http://www.jameslindlibrary.org/steinbrueck-sm-maxwell-se-howard-gs-1983>
- Stinson, C. K., & Kirk, E. (2006). Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 208-218.
- Wang, J. J. (2005). The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 57-62. Retrieved March 12, 2014, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.1248>
- World Health Organization. (2009). *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care*. Retrieved June 15, 2014, from http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/
- Wu, L. F. (2011). Group integrative reminiscence therapy on self-esteem, life satisfaction and

depressive symptoms in institutionalized older veterans. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), 2195-2203. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03699.

Zhou, W., He, G., Gao, J., Yuan, Q., Feng, H., & Zhang, C. K. (2012). The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese community-dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(3), 440-447.