

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ทยาวิรุ จันทรวินันต์, พย.ม.¹

ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, ประ.ด.²

แสงนภา บารมี, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 18 กรกฎาคม 2562; วันที่แก้ไข: 29 พฤศจิกายน 62; วันที่ตอบรับ: 4 ธันวาคม 2562)

บทคัดย่อ

ในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ปัญหาทางใจจะคงอยู่เป็นระยะเวลานานหากไม่ได้รับการแก้ไขเชิงลึก การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนรับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 28 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนดไว้ แล้วสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลอง 13 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ และแบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุนี้อาจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $F(1, 26) = 12.0$, $p = .002$, $\eta^2 = 0.44$ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และในกลุ่มทดลองระดับภาวะซึมเศร้าก่อนรับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $F(2, 52) = 54.4$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.66$ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มที่ศึกษานุเคราะห์สาธารณสุขควรนำไปดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในบริบทของชุมชน

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม, ทฤษฎีแซทเทียร์, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

¹Corresponding author: ทยาวิรุ จันทรวินันต์, Email: tayawee@knc.ac.th

The Effect of a Group Counseling Program Based on Satir's Model on Depression in Older Adults in Muang District, Nakhon Ratchasima Province

Tayawee Juntarawiwat, M.N.S.¹

Thassanee Thipsungnoen, Ph.D.²

Sangnapa Baramee, M.N.S.¹

(Received: July 18th, 2019; Revised: November 29th, 2019; Accepted: December 4th, 2019)

Abstract

In providing nursing care for older adults who suffer from depressive symptoms, the mental problems will persist for the long term if they are not resolved in depth. This quasi-experimental research aimed to compare the average scores of a group participating in a counselling program based on the Satir model and a group receiving regular care by comparing their average scores on the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) form at three time points: before, after participating in the program, and at a 1-month post-program follow up. The participants were 28 older people recruited from a Sub-District Health Promoting Hospital in Nakhon Ratchasima province during a hospital visit. They were purposively selected based on inclusion criteria and then randomly assigned to the experimental ($n = 13$) or comparison ($n = 15$) group. The research instruments were comprised the group counseling program based on the Satir model and The Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) form. The data were analyzed using one factor repeated measure ANOVA. The results revealed that there was a significant difference in depressive symptoms between the experimental and the comparison groups, $F(1, 26) = 12.0$, $p = .002$, $\eta^2 = 0.44$. Older adults in the experimental group reported a lower score for depressive symptoms than this in the comparison group. In the experimental group, there was a significant difference in the scores for depressive symptoms at the before, after and one-month post-experiment, $F(2, 52) = 54.4$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.66$ time points. The group counseling program based on the Satir model elicited significant decreases in depression among the older adults in the study. Therefore, public health officers should apply the program to caring for older adults with depression in the community context.

Keywords: group counseling program, Satir's model, depression, older adults

¹Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Prabommarajchanok Institute

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Prabommarajchanok Institute

¹Corresponding author: Tayawee Juntarawiwat, Email: tayawee@knc.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ เนื่องมาจากประชากรผู้สูงอายุได้มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ประชากรรวมเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) และคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ซึ่งจะมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป คิดเป็นมากกว่าร้อยละ 20 (กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จากอุบัติการณ์ของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ปัญหาและภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่สูงขึ้นเช่นกัน รวมถึงปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นเป็นอันดับต้นๆ และส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก จากรายงานวิจัยการวิเคราะห์อภิมานของ Volkert, Schulz, Harter, Wlodarczyk, and Andreas (2013) ที่ศึกษาความชุกปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศตะวันตก 16 ประเทศ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุดถึง ร้อยละ 19.4 และเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 16.5 จากงานวิจัยเชิงสำรวจของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program) ซึ่งเป็นวิจัยเชิงสำรวจครัวเรือนแบบภาคตัดขวาง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28.6 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 22.6 และผู้สูงอายุในชุมชนเป็นโรคซึมเศร้าถึง ร้อยละ 1-5 (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2560)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในช่วงบั้นปลายของชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและความผิดปกติของความคิด มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (Taylor, 2014) เป็นสาเหตุสำคัญของการไร้ซึ่งความสามารถและเป็นสาเหตุของความทุกข์ ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง และอาจจะเป็นผลจากโรคร่วมอื่นๆ (The Best Practice Advocacy Centre New Zealand, 2020) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทุก ๆ ด้านของชีวิตผู้สูงอายุ เช่น ส่งผลกระทบต่อพลังงาน ความอยากอาหาร การนอนหลับ การสนใจในการทำงาน งานอดิเรก และสัมพันธ์ภาพ (Robinson, Smith, & Segal, 2018) ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ในต่างประเทศจากงานวิจัยการวิเคราะห์อภิมาน ได้แก่ ปัจจัยความพิการ การเจ็บป่วยด้วยโรคใหม่ ภาวะสุขภาพไม่ดี เคยมีประวัติเป็นซึมเศร้ามาก่อน การรับรู้สุขภาพและความสูญเสีย การนอนผิดปกติ และเป็นเพศหญิง (Cole & Dendukuri, 2003)

สำหรับประเทศไทยปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวและความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน (ชัยวัฒน์ อินไชยา, โสภิต แสงอ่อน, และ พชรินทร์ นินทจันทร์, 2559) ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหากไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือรักษาอย่างถูกวิธีจะทำให้ภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งกลายเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เกิดภาวะทุพพลภาพทำให้ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้จึงส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทำให้รู้สึก

มีคุณค่าลดลง (นภา จิรัฐจินตนา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีความรุนแรงจนนำไปสู่การฆ่าตัวตาย พบว่ามีจำนวนสูงถึงร้อยละ 16.0 (Cahoon, 2012 อ้างถึงใน สาวิตรี สิงหา, 2559) ส่วนในประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด ร้อยละ 8.7 (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

ปัจจุบันมีการรักษาอาการซึมเศร้าหลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และจิตบำบัดต่าง ๆ เป็นต้น การมุ่งเน้นรักษาด้วยยาไม่ได้ทำให้อาการทางใจหมดไป จิตบำบัดจึงเป็นทางเลือกที่สำคัญในการบำบัดรักษาทางจิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรักษาทางจิตด้วยแนวคิดของแซทเทียร์มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้าได้ ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจที่ลึกเพียงพอที่สามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น (นางพาง ลัมสุวรรณ และนิดา ลัมสุวรรณ, 2555) แนวคิดแซทเทียร์อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าไม่ใช่โรคของการเจ็บป่วยที่สัมผัสได้ ไม่ได้ถ่ายทอดทางพันธุกรรม แต่เกิดจากการจัดการประสบการณ์ที่ไม่เหมาะสม ด้วยการใช้รูปแบบของการเก็บกอดความรู้สึกไว้ การสะสมความรู้สึกที่เก็บกดไว้นี้จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรังและอาการเศร้าอย่างรุนแรงมากขึ้น และทำให้หมดพลัง (John, 2000 อ้างถึงใน Callaghan, 2007)

กระบวนการบำบัดด้วยแนวคิดแซทเทียร์ ช่วยให้ผู้สูงอายุในชุมชนที่เผชิญกับปัจจัยภาวะซึมเศร้า และมีการจัดการกับปัญหาที่ผิดวิธี ได้ทำความเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในจิตใจลึกลงไป สำรวจผลกระทบ ต่อจิตใจผ่านการมองพฤติกรรม ความรู้สึก การรับรู้ ความคาดหวัง ความปรารถนา มีการตั้งเป้าหมายใหม่ เรียนรู้ใหม่ เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง รวมถึงคอยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในจิตใจเพื่อให้ การเปลี่ยนแปลงนั้นยังคงอยู่ (นงพงา ลิ้มสุวรรณ และนิดา ลิ้มสุวรรณ, 2555) ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รู้สึก มีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีทางเลือกที่ต้องการตัดสินใจมากขึ้น แก้ไขปัญหา ด้วยตนเอง รับผิดชอบต่อจิตใจของตนเอง และช่วยให้บุคคลมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้นสามารถ เปิดเผย เชื่อมโยงกับคนอื่น กลมกลืนไม่ขัดแย้ง รู้สึกสงบ ไม่ใช่ชีวิตตามอารมณ์ มีพลัง สามารถเผชิญ ปัญหา และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (Banmen, 2002) งานวิจัยที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพการบำบัดด้วยแนวคิดของแซทเทียร์ ประเภททดลองเป็นการศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้าพบว่า การบำบัดด้วยแนวคิดของแซทเทียร์ช่วยลดอาการซึมเศร้า หลังการบำบัดและระยะติดตาม 2 สัปดาห์ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อรณลิน สิงขรณ์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, รพีพรรณ กาญจนการุณ, และวิภากรณ์ ปัญญาดี, 2559) นอกจากนี้ยัง พบว่าการบำบัดด้วยแนวคิดของแซทเทียร์ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เจริญสุข ประพานศรี, 2560)

ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยได้มีแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนตามมาตรฐานแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่การคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย บำบัดรักษาและการส่งต่อ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูอย่างองค์รวม จากการสำรวจสถิติข้อมูลรายงานแบบผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่ง

หนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ในปีงบประมาณ 2561 โดยคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พบว่ายังมีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตาย โดยในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ราย ปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย จากการสอบสวนสาเหตุการตายพบว่ามีปัญหาซึมเศร้ามานานและไม่ได้รับการบำบัดรักษา ผลการสำรวจภาวะซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2561 โดยแบบคัดกรอง 2Q 9Q และ 8Q โดยคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำรพ.สต. พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด (ร้อยละ 25)

ดังนั้นเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจากการดูแลตามปกติมุ่งเน้นที่สร้างความรู้ ทักษะคติต่อภาวะซึมเศร้า ขาดการมุ่งเน้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแก้ปัญหาเชิงลึกด้วยศักยภาพของผู้สูงอายุเอง จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีของแซทเทียร์มาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลง และป้องกันความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งการบำบัดมุ่งเน้นไปที่การให้ผู้ป่วยได้ค้นหาศักยภาพของตนเอง สะท้อนให้เห็นและใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เน้นเปลี่ยนมุมมองทางบวก เรียนรู้จากปัญหา เน้นให้มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีการปรับตัวที่ดี ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม เกิดความสมดุลสอดคล้องกลมกลืนภายในจิตใจมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยงานก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการเข้ารับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยงาน

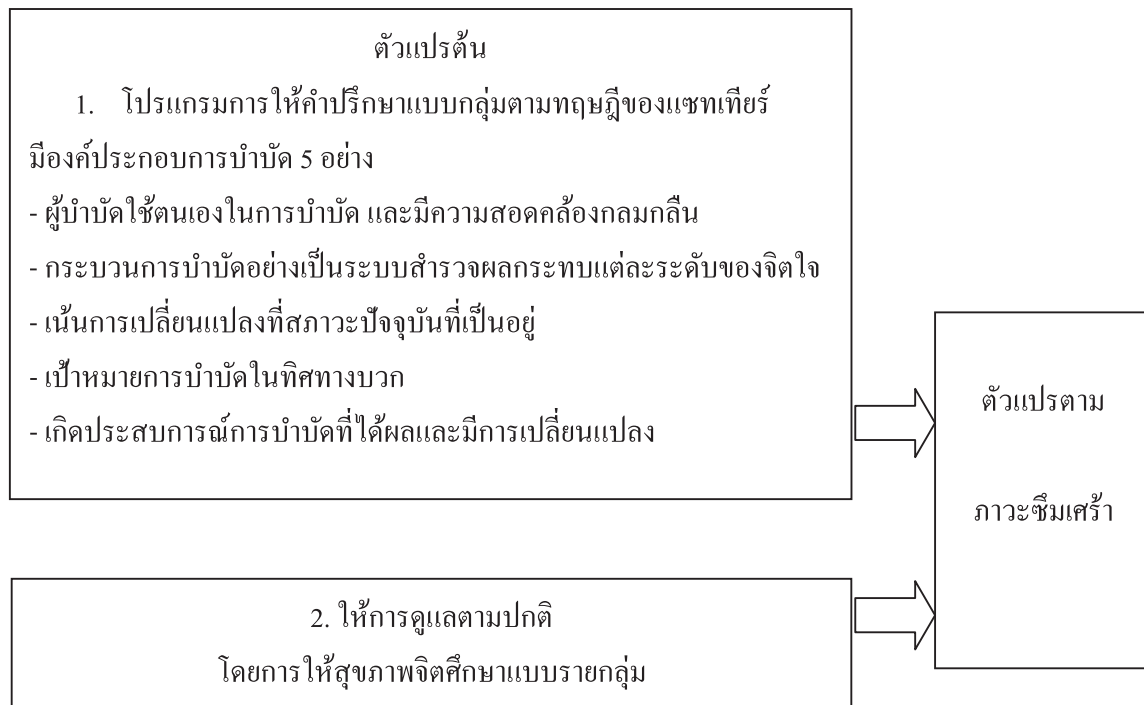
2. ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนหลังการเข้ารับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ทันทีและในระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างจากก่อนเข้าโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กระบวนการให้คำปรึกษาทฤษฎีแซทเทียร์อยู่ในกลุ่มมนุษยนิยม มีความเชื่อเกี่ยวกับคน การปรับตัว และการเปลี่ยนแปลง โดยมองว่าคนจะทำได้ที่สุด คนทุกคนมีคุณค่าเท่าเทียมกัน ความเชื่อเกี่ยวกับการปรับตัวมองว่าทุกคนมีขุมทรัพย์อยู่ภายในที่สามารถช่วยให้ปรับตัวและเติบโตได้ และความเชื่อเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจเป็นไปได้เสมอ (นงพะงา ลีมสุวรรณ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2550) หลักการบำบัดสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดแซทเทียร์ เพื่อส่งเสริมการดึงศักยภาพภายในตนเองมาแก้ไขปัญหาเชิงลึก โดยมีกระบวนการเพื่อให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงและเกิดการเติบโตในรูปแบบของอุปมาอุปไมยที่เรียกว่าภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg metaphor) ทำความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ภายในจิตใจลึกลงไป สร้างความเชื่อมโยงกันในทุกระดับของภูเขาน้ำแข็ง สำรวจผลกระทบต่องิตใจทุกระดับ มีการตั้งเป้าหมายเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (นงพงา ลิมสุวรรณ และนิดา ลิมสุวรรณ, 2555) ช่วยให้ผู้คนที่รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) มากขึ้น เกิดการยอมรับตนเอง ช่วยสนับสนุนมีทางเลือกในการตัดสินใจมากขึ้น (Better choice maker) รับผิดชอบต่องิตใจของตนเอง (Responsible) และช่วยให้บุคคลมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น (Congruent) เชื่อมโยงกับคนอื่น รู้สึกสงบ ไม่ใช่ชีวิตตามอารมณ์ สามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (Banmen, 2002)

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีของแซทเทียร์ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการวิจัยของ ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน (2557) โดยการเพิ่มเติมพลวัตรกลุ่มและกระบวนการกลุ่มลงไปเพื่อให้เกิดแรงผลักดัน รวมทั้งเนื้อหากลุ่ม กระบวนการกลุ่ม ให้เกิดแบบแผนพฤติกรรมกลุ่มที่ครอบคลุม เป็นการบำบัดแบบรายกลุ่ม (Group counselling) ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 8 ครั้ง อธิบายกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2561 ถึง กันยายน 2561 สถานที่เก็บข้อมูล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งจังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 558 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2556) ดังนี้จากสูตร

$$n = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 Sp^2}{d^2}$$

กำหนดค่าที่ได้ $n_1 = 6$, $n_2 = 6$, $M_1 = 18.5$, $M_2 = 13.8$, $Sp_1 = 2.07$, $Sp_2 = 3.25$ กำหนดค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$, $Z_{\beta} = 0.84$ จากงานวิจัยของ พิณลักษณ์ นิติภากรณ์ (2547) ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 5.34 คน ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 15 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างที่อาจขาดหายไปในช่วงการทดลอง (Drop out) ตามหลักการทำการระบวนการกลุ่ม ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมควรมีจำนวนสมาชิกประมาณ 5-15 คน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2552) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้สามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมได้ สื่อสารได้เข้าใจ ไม่เจ็บป่วยเป็นโรคร้ายแรงที่อยู่ในระยะที่แสดงอาการ เช่น โรคปอด โรคหัวใจและโรคเอดส์ มีคะแนนความซึมเศร้าตั้งแต่ 13 - 24 คะแนน (เล็กน้อยถึงปานกลาง) และไม่ได้รับยาต้านรักษาอาการซึมเศร้า ไม่มีภาวะสมองเสื่อม สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ มีความคิดฆ่าตัวตาย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และได้รับยาจิตเวช

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน โดยการจับคู่ (Pair-matching) กลุ่มละ 15 คน โดยให้มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ อายุ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง จับฉลากสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มเปรียบเทียบ 15 คนได้รับการดูแลปกติ ซึ่งในระหว่างดำเนินการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองขอยุติการวิจัยจำนวน 2 คน คงเหลือกลุ่มทดลอง 13 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน รวมเป็น 28 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA 007/2561 อนุมัติวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งการเก็บรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาในภาพรวม ใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วย ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจยินยอมหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมกลุ่มการศึกษา สามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ขณะทำการวิจัยกลุ่มตัวอย่างเกิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัย หรือผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยพิจารณาส่งต่อเพื่อการรักษา ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลจะเป็นผู้ติดต่อโดยตรงกับกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของแซทเทียร์ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากงานวิจัยของทัศนีย์ทิพย์สูงเนิน (2557) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีของแซทเทียร์ต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ และได้รับอนุญาตจากเจ้าของโปรแกรมให้นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รายละเอียดของโปรแกรมมีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 *สานรักสานความสัมพันธ์* เพื่อสร้างความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง สร้างความไว้วางใจ ผ่อนคลายและเพื่อให้สมาชิกทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เวลาจำนวนครั้ง และสถานที่ในการให้คำปรึกษาและการเข้ากลุ่มให้คำปรึกษา ใช้เวลา 60-90 นาที

กิจกรรมที่ 2- 6 *ประสานพลังกาย พลังใจเผชิญปัญหา* เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม ระบายความรู้สึกโดยเล่าถึงความในใจหรือความรู้สึกที่ไม่สบายใจที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ตามระดับขั้นรูปแบบของอุปมาอุปไมยที่เรียกว่าภูเขาน้ำแข็งและค้นหาสาเหตุของปัญหาที่จะนำมาสู่การวางแผนช่วยเหลืออย่างเหมาะสม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันและให้สมาชิกกลุ่มเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ใช้เวลา 60-90 นาที

กิจกรรมที่ 7 *สะท้อนชีวิตใหม่จากพลังใจเปี่ยมสุข* ให้สมาชิกเจ้าของปัญหาทุกคน บอกผลการนำแนวทางแก้ปัญหาที่เลือกไปใช้ในชีวิตประจำวัน ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน สะท้อนมุมมองทางบวกจากพลังกลุ่มเน้นเสริมสร้างกำลังใจให้สมาชิกสามารถมีพลังในการดำเนินชีวิตเผชิญกับปัญหา ณ ปัจจุบัน ใช้เวลา 60-90 นาที

กิจกรรมที่ 8 *เติมพลังชีวิต พิชิตปัญหา* วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทุกคนแลกเปลี่ยนผลที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา ตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง และการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นและยุติการ

ให้คำปรึกษา ใช้เวลา 60-90 นาที

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ศาสนา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้แหล่งที่มาของรายได้ ปัญหาสุขภาพ

2.2 แบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (The Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]) เป็นแบบวัดที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยได้รวมกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและสมอง จิตแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศ มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยแปลผลคะแนนดังนี้ คะแนน 0 - 12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 13 - 18 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) คะแนน 19 - 24 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression) คะแนน 25 - 30 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเศร้ารุนแรง (Severe depression) การทดสอบความเที่ยงตรงต้นฉบับมีค่าความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ .94 เพศชายเท่ากับ .91 โดยมีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ .93 (สาวิตรี สิงหา, 2559)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช 1 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) มีค่าเท่ากับ .85 และนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .92 และเครื่องมือที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ .85

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการทดลอง

1.1 การเตรียมตัวผู้นำกลุ่ม การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มจำนวน 2 คน ดำเนินการตามโปรแกรมการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง ได้เตรียมตัวตั้งแต่การศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับแนวคิดแซทเทียร์โดยการเรียนจากอาจารย์ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ซึ่งเป็นเจ้าของโปรแกรม ผ่านการสังเกตการณ์การบำบัด และฝึกทดลองกระบวนการบำบัดด้วยแนวคิดแซทเทียร์กับผู้สูงอายุ ณ บ้านพักคนชรา เป็นระยะเวลา 1 เดือน และมีการเตรียมเอกสารคู่มือการบำบัด วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการดำเนินการบำบัด

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้ช่วยวิจัยเป็นนักศึกษาพยาบาล ทำหน้าที่ติดต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายรายละเอียดโปรแกรมฯ แบบสอบถาม แบบประเมิน ตลอดจน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งการเก็บรักษาความลับ สอบถามความสมัครใจยินยอมหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมกลุ่มการศึกษา เมื่อยินดีเข้าร่วมกลุ่มวิจัย ให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นตอนทดลอง

2.1 ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลก่อนเริ่มการทดลองในสัปดาห์แรกให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยเก็บข้อมูลพร้อมกันเป็นกลุ่มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และก่อนเริ่มกิจกรรมแต่ละกลุ่มได้มีกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อสร้างบรรยากาศด้วยความอบอุ่นเป็นกันเองและผ่อนคลายมากที่สุด

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีของแซทเทียร์ 1 กลุ่ม จำนวน 13 คน กำหนดจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งในวันอังคารและวันเสาร์ ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 8 ครั้ง รวมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และซึ่งเป็นเวลาเดียวกับที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่ศึกษา 1 กลุ่ม จำนวน 15 คน เป็นการให้สุศึกษาเรื่องราวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ฝึกทักษะการจัดการภาวะซึมเศร้าด้วยการออกกำลังกาย การนวด เป็นต้น

3. ขั้นตอนหลังการทดลอง

3.1 ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองผู้วิจัยกล่าวปิดโครงการวิจัยและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.2 ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย ฉบับเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3.3 ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองระยะติดตาม 1 เดือนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย ฉบับเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยติดตามเก็บข้อมูลเป็นกลุ่มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติทีอิสระ และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way ANOVA repeated measure)

ผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเริ่มการศึกษามีกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน ในระหว่างดำเนินการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองขอยุติการวิจัยจำนวน 2 คน คงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 28 คน เป็นกลุ่มทดลอง 13 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติไค-สแควร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 23.0 เพศหญิงร้อยละ 76.9 มีอายุเฉลี่ย 74.6 ปี ($SD=8.30$) ทุกคนจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 100) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) และมีปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 100) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.8) ว่างาน (ร้อยละ 69.2) และมีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 69.2) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชายร้อยละ 20.0 เพศหญิงร้อยละ 80.0 มีอายุเฉลี่ย 72.7 ปี ($SD=7.78$) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 46.6) ทุกคนจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 100) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ว่างาน (ร้อยละ 66.6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 700 บาท (ร้อยละ 53.8) ความไม่เพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 66.6) มีปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 100) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 13)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 15)	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1. เพศ (คน)				
ชาย	3	23	3	20
หญิง	10	76.9	12	80
2. อายุ (เฉลี่ย)	74.6 ($SD=8.30$)		72.7 ($SD=7.78$)	
3. สถานภาพสมรส				
คู่	7	53.8	7	46.6
อย่าร้าง	1	7.69	2	13.3
หม้าย	5	38.4	6	40.0
4. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	13	100.0	15	100.0
5. นับถือศาสนาพุทธ	13	100.0	15	100.0
6. อาชีพ				
ว่างงาน	9	69.2	10	66.6
รับจ้าง	1	7.69	2	13.3
เกษตรกร	3	23.0	3	20.0

(มีต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 13)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 15)	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
7. ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอ	9	69.2	10	66.6
เพียงพอ	4	30.7	5	33.3
8. มีปัญหาสุขภาพ	13	100.0	15	100.0

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คะแนนภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(26) = 0.18, p = .854, d = 0.044$) ส่วนหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(26) = 4.54, p < .001, d = 1.70$ และ $t(26) = 2.88, p = .008, d = 1.09$ ตามลำดับดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระยะก่อนรับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลา	คะแนนภาวะซึมเศร้า				<i>t</i>	<i>p</i>
	กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 13)		กลุ่มเปรียบเทียบ (<i>n</i> = 15)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	17.6	2.46	17.5	2.07	.18	.854
หลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที	7.23	4.92	14.8	3.98	-4.54	.000
หลังได้รับโปรแกรมฯ 1 เดือน	9.07	4.70	13.6	3.60	-2.88	.008

จากการทดสอบสถิติตามข้อตกลงเบื้องต้นความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่า ใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ทดสอบกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติทั้งหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที ($p = .136$) และระยะติดตามผล 1 เดือน ($p = .20$) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีการแจกแจงแบบปกติ ทั้งหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที ($p = .17$) และระยะติดตามผล 1 เดือน ($p = .20$) และการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น Compound symmetry โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Mauchly's Test of Sphericity ได้ค่า $p = .92$ คือ ระดับความสัมพันธ์ของการวัดตัวแปรตามแต่ละกลุ่มมีความสัมพันธ์เท่า ๆ กัน และความแปรปรวนในการวัดซ้ำแต่ละครั้งมีขนาดเท่า ๆ กัน ($p > .05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way ANOVA repeated measure)

Source of Variation	Sum Square	df	Mean Square	F	p
Between group	1058.953	27			
Group	334.286	1	334	12.0	.002
Error	724.667	26			
Within group	1347.286	56			
Time	766.433	2	383	54.4	.000
Time* group	214.433	2	107	15.2	.000
Error	366.400	52	7.05		

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $F(1, 26) = 12.0$, $p = .002$, $\eta^2 = 0.44$ โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและในกลุ่มทดลองคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $F(2, 52) = 54.4$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.66$ โดยภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีต่ำกว่าระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลาวัดที่ต่างกันรายคู่ (ก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน)

ช่วงเวลา (A)	ช่วงเวลา (B)	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ภาวะซึมเศร้า (A-B)	SE	p-value
Time1	Time2	10.5	1.31	<.05
	Time3	8.61	1.30	<.05
Time2	Time1	-10.5	1.30	<.05
	Time3	-1.84	1.19	>.05
Time3	Time1	-8.61	1.30	<.05
	Time2	1.84	1.19	>.05

Time1 หมายถึง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

Time2 หมายถึง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที

Time3 หมายถึง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผล 1 เดือน

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลาวัดที่ต่างกันรายคู่ คือ ก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรมฯและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ก่อนได้รับโปรแกรมฯและระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันทีมีคะแนน น้อยกว่าระยะติดตามผล 1 เดือนแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุ มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นโครงการทั้งหมดจำนวน 28 คน เป็นกลุ่มทดลอง 13 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน นำมาอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 คือกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนน ภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง จำนวน 13 คน ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง มีความกังวล ไม่สบายใจ หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป รู้สึก สิ้นหวัง เพราะคิดว่าตัวเองไม่มีคุณค่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของ แซทเทียร์ พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลง ส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ จะเห็น ว่าภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างชัดเจน

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งความรู้สึก อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมมีภาวะซึมเศร้า ลดลง เกิดจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงและเติบโตภายในจิตใจ ในรูปแบบของอุปมาอุปไมยที่เรียกว่า ภูเขาน้ำแข็ง ผู้สูงอายุได้มีการระบายความรู้สึกและเล่าถึงความไม่สบายใจ สำนวณสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ภายใน จิตใจลึกลงไป มองเห็นและตระหนักรู้ในตนเองผ่านความเชื่อมโยงกันในทุกระดับของภูเขาน้ำแข็ง สำนวณพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก สำนวณผลกระทบต่อจิตใจทุกระดับ มีการตั้งเป้าหมาย มุมมองใหม่ให้กับตนเองผู้สูงอายุได้ค้นหาศักยภาพของตนเอง สะท้อนให้เห็นและใช้ศักยภาพของตนเอง อย่างเต็มที่ เน้นเปลี่ยนมุมมองทางบวก เรียนรู้จากปัญหา เน้นให้มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีการปรับตัวที่ดี ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม เกิดความสมดุลสอดคล้องกลมกลืนภายในจิตใจมากขึ้น (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, และคณะ, 2550) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงสีหน้าจากการไร้ซึ่งความหวัง เปลี่ยนเป็นสีหน้าแห่งรอยยิ้ม มีพลังในการดำเนินชีวิต มองเห็นทางเลือกที่หลากหลายในการช่วยแก้ไข ปัญหาอย่างมีเหตุผล มีขอบรับทุกสิ่งทุกอย่างมีเกิดและดับลงโดยไม่ยึดติดมองเห็นคุณค่าและสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีความพึงพอใจชีวิตที่ผ่านมาทั้งสุขและทุกข์จนไม่มีอาการเบื่ออาหารนอนไม่หลับ

หรือความคิดที่จะทำร้ายตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของอรณลิน สิงขรณ์และคณะ (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้แซทเทียร์โมเดลเป็นฐานต่ออาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทย โรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้แซทเทียร์โมเดลเป็นฐานมีค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แนวคิดแซทเทียร์มีเป้าหมายช่วยให้บุคคลได้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น มีความภูมิใจในตนเอง มั่นใจและพอใจในตนเอง ตลอดจน เกิดการยอมรับตนเอง โดยการบำบัดจะช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีทางเลือกที่ต้องการตัดสินใจมากขึ้น แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง รับผิดชอบต่อจิตใจของตนเอง และช่วยให้บุคคลมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น (นงพงา ลิ้มสุวรรณ และนิดา ลิ้มสุวรรณ, 2555) สามารถเปิดเผยเชื่อมโยงกับคนอื่น กลมกลืนไม่ขัดแย้ง รู้สึกสงบ ไม่ใช่ชีวิตตามอารมณ์ มีพลัง สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข เป้าหมายคือการสร้างบริบทที่ส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการเพื่อเติมเต็มความเป็นมนุษย์มากขึ้น (Haber, 2002)

กระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการที่มีแบบแผน กิจกรรมจะสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นอันเดียวกันภายในกลุ่ม ความรู้สึกคล้ายคลึงกันเข้าอกเข้าใจกันทำให้เกิดความไว้วางใจกัน ระบายปัญหาความรู้สึกอย่างอิสระทำให้ความรู้สึกทุกข้อใจ อาการซึมเศร้าลดลงและกระบวนการกลุ่มที่สนับสนุนการช่วยเหลือซึ่งกันและกันรับฟังปัญหา แลกเปลี่ยนแนวทางแก้ไขปัญหาก็ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มองเห็นความจริงของชีวิต สร้างความหวัง เกิดการยอมรับทุกๆ สิ่งที่เกิดขึ้นจากแรงผลักดันที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มตามพลวัตรกลุ่ม (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2552) เป็นพลังของกระบวนการกลุ่ม ประกอบกับผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกลุ่มด้วยความยืดหยุ่น คำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลัก มีความไวต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุ ด้วยการสะท้อนความรู้สึกของผู้สูงอายุออกมา สำรวจและสร้างความตระหนักรู้ในพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความรู้สึกด้วยบุคลิกของผู้วิจัยทำที่ที่อบอุ่น เปิดใจกว้างยอมรับ โดยไม่ตัดสินพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ค้นหาและดึงศักยภาพผู้สูงอายุขึ้นมาอันเป็นพลังภายในที่มีค่ามหาศาล เสริมแรงทางบวกด้วยการชื่นชม ให้กำลังใจอย่างจริงใจ ภายใต้บรรยากาศกลุ่มแบบเป็นกันเอง ผ่อนคลาย ปัจจัยเหล่านี้จึงช่วยเพิ่มความมั่นใจ ความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุมากขึ้นมีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าลงได้ สะท้อนถึงแนวคิดพื้นฐานแซทเทียร์ ที่สำคัญที่สุดเกี่ยวกับการรักษาคุณค่าของการเคารพสิทธิของบุคคลและให้ความสำคัญกับลักษณะของบุคคลในการบำบัดมากกว่าเทคนิค รวมถึงความซื่อสัตย์จริงใจการแสดงออกทางอารมณ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยเป็นปัจจัยในการบำบัดรักษา (Brothers, 2013) ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของแซทเทียร์โมเดลเป็นการบูรณาการผสานกระบวนการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเติบโตทั้งผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดให้มีความสมดุลกลมกลืนของชีวิตอย่างสมบูรณ์

ส่วนสมมติฐานที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีที่ต่ำกว่าระยะติดตามผล 1 เดือนเนื่องจากกิจกรรมของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของแซทเทียร์มีการฝึกปฏิบัตินำไปใช้ในชีวิตจริงจากแนวทางทางเลือกที่ผู้สูงอายุได้ตัดสินใจเลือก และรับผิดชอบในผลของทางเลือกนั้นด้วยตนเองทำให้เกิดความตระหนักในการลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความรู้สึกไปในทางที่เติบโตในบริบทของตนเอง มีการสะท้อนผลการฝึกปฏิบัติในทุกครั้งของการบำบัด รวมถึงการสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองในทางบวก โดยการเชื่อมั่นอย่างแรงกล้าว่าทุกคนมีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลงได้เสมอ กิจกรรมบำบัดจะต้องฝึกประสบการณ์เพื่อนำมาสู่การเปลี่ยนแปลง มองปัญหาไม่ใช่ปัญหา แต่วิธีการแก้ปัญหาคือปัญหาที่เป็นปัญหา (Brothers, 2013) ดังนั้นการบำบัดจึงมุ่งเน้นไปที่การปรับปรุงการเผชิญปัญหาแทนที่จะเป็นเพียงแค่แก้ปัญห ความรู้สึกเป็นของเราสามารถเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงได้ การบำบัดกำหนดเป้าหมายเชิงบวกและแก้ไขประสบการณ์เชิงลบ เป็นแนวทางในการบำบัดนำมาสู่การเปลี่ยนแปลง (Banmen, 2002)

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์เป็นแนวทางการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผลลัพธ์การบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ศึกษาได้ รูปแบบกระบวนการบำบัดสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจเชิงลึกด้วยการดึงศักยภาพพลังบุคลิกภายในของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลออกมาและพลังพลวัตรกลุ่มในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เปลี่ยนแปลงจากการแก้ไขปัญหามาแบบเกื้อหนุนให้เกิดทางเลือกมุมมองชีวิตใหม่เข้าใจตนเอง ความต้องการ ความคาดหวัง ความปรารถนา นำไปสู่การมีเป้าหมายมองเห็นทางออกในการแก้ไขปัญหามองเห็นคุณค่าในตนเอง ยอมรับตนเองและเกิดความสอดคล้องในดำเนินชีวิตเป็นไปในทางทิศทางบวกขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. บุคลากรสาธารณสุขควรนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีของแซทเทียร์ไปใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าในบริบทของชุมชน
2. บุคคลที่สนใจควรศึกษาวิจัยผลลัพธ์ต่อเนื่องของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีของแซทเทียร์ในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระยะยาว 6 เดือน และ 12 เดือนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. นนทบุรี: วัชรินทร์ พี.พี.
- เจริญสุข ประพานศรี. (2560). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีของแซทเทียร์ (Satir) ที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค*. สืบค้นจาก <http://www.edu-journal.ru.ac.th/index.php/abstractData/viewIndex/1717.ru>

- ชัยวัฒน์ อินเิชยา, โสภณ แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นันทจันทร์. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 17-33.
- ทัศนีย์ ทิพย์สุนเนิน. (2557). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีของเซทเทียร์ต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ. เอกสารไม่ตีพิมพ์. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา.
- นางพาลิมสุวรรณ และนิดา ลิมสุวรรณ. (2555). การทำจิตบำบัดโดยใช้ Satir Model. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 251-258.
- นางพาลิมสุวรรณ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2550). Satir Model. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(1), 1-6.
- นภา จิรัฐจินตนา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 20(3), 49-61.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. นครปฐม: พรินเตอร์ จำกัด 999.
- พินลักษ์ณ์ นิติกากรณ์. (2547). ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2552). *การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สาวิตรี สิงหาด. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 18(3), 15-16.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2560). *แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุสำหรับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล*. สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ: นนทบุรี.
- อรนลิน สิงขรณ์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, รพีพรรณ กาญจนการุณ, และวิภากรณ์ ปัญญาดี. (2559). ผลของโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดลเป็นฐาน ต่ออาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(3), 21-35.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2556). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัทวิทยพัฒน์.
- Banmen, J. (2002). The Satir model: Yesterday and today. *Contemporary Family Therapy*, 24(1), 7-22.
- Brothers, B. J. (2013). *Virginia Satir: foundational ideas*. New York: Routledge.
- Callaghan, M., (2007). *The Wisdom Box*. Retrieved from <https://satirpacific.org/uploads/photos/Wisdom-Box/29-2007-Spring.pdf>

- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147-1156.
- Haber, R. (2002). Virginia Satir: An integrated, humanistic approach. *Contemporary Family Therapy*, 24(1), 23-34.
- Robinson, L., Smith, M. & Segal, J. (2018). *Depression in older adults: signs, symptoms, treatment*. Retrieved from <https://www.helpguide.org/articles/depression/depression-in-older-adults.htm>
- Taylor, W. D. (2014). Depression in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 371(13), 1228-1236.
- The Best Practice Advocacy Centre New Zealand. (2020). *Best Practice Journal issue 11*. Retrieved from https://bpac.org.nz/BPJ/2008/February/docs/bpj11_depression_pages_19-25.pdf
- Volkert, J., Schulz, H., Harter, M., Wlodarczyk, O. & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in western countries: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 339-353.