



ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

The Effects of a Group Psychoeducation Program on Depressive Symptoms and Self-Care Behaviors of Older Adults with Depressive Disorder

พิชยานิกา เชื้อกาญจน์¹, รังสิมันต์ สุนทรไชยา², สารรัตน์ วุฒิอาภา³

Pitchayanika Chuakan¹, Rangsiman Soonthornchaiya², Sararud Vuthiarpa³

¹นักศึกษาหลักสูตร พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต

¹Student of M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) Faculty of nursing, Thammasat University

²Faculty of nursing, Thammasat University ³Faculty of nursing, Rattana Bundit University

Corresponding author: Rangsiman Soonthornchaiya; Email: Srangsiman@yahoo.com

Received: June 5, 2024 Revised: July 25, 2024 Accepted: July 30, 2024

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องได้รับสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 64 คน จากคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี สุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน 2) แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย 3) แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ค่าความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคแบบประเมิน เท่ากับ .93 และ .74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรพหุนาม (MANOVA) ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีความแตกต่างกันทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจึงเป็นทางเลือกหนึ่งของการพยาบาลเพื่อลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง; ผู้สูงอายุ; โรคซึมเศร้า; สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม



The Effects of a Group Psychoeducation Program on Depressive Symptoms and Self-Care Behaviors of Older Adults with Depressive Disorder

Pitchayanika Chuakan¹, Rangsiman Soonthornchaiya², Sararud Vuthiarpa³

¹Student of M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) Faculty of nursing, Thammasat University

²Faculty of nursing, Thammasat University ³Faculty of nursing, Rattana Bundit University

Corresponding author: Rangsiman Soonthornchaiya; Email: Srangsiman@yahoo.com

Received: June 5, 2024 Revised: July 25, 2024 Accepted: July 30, 2024

Abstract

Older adults with major depressive disorder need a psychoeducation promoting self-care behaviors. This quasi-experimental research design aims to investigate the effects of a group psychoeducation program on depressive symptoms and self-care behaviors among older adults with depressive disorder. The participants were 64 patients, age over 60, from the outpatient psychiatric clinic at the hospital in Ubonratchathani. These were randomly assigned to an experimental group (n = 32) and a control group (n = 32). The research instruments were the following: 1) An applied program based on transformative model whose content was validated by three experts. 2) The depressive symptoms inventory for Thai older persons with depressive disorder. The reliability of this inventory was determined by a Cronbach's alpha coefficient of .93. 3) Self-care behavior assessment, which also analyzed precision Cronbach's alpha coefficient was .74. The data were evaluated using descriptive statistics and multinomial analysis of variance (MANOVA). The results of the research can be summarized as follows: The mean depressive symptoms scores and self-care behaviors of the older adults with depressive disorder in the experimental group on the posttest were different from the mean depressive scores and self-care behaviors on the pretest. After participating in a group psychoeducation program, the mean depressive scores and self-care behaviors were different from those mean scores of the control group receiving regular nursing care at a statistical significance level of .05. In conclusion, a group psychoeducation program can be used as an alternative nursing activity to reduce the depressive symptoms and increase the self-care behavior of older adults with depressive disorder.

Keywords: self-care behavior; elderly; major depressive disorder; group psychoeducation



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อประชากรมากกว่า 300 ล้านคนทั่วโลก¹ องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2573 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาอันดับ 1 ในกลุ่มโรคทางจิตเวช² จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2563 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลก มีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 18 และพบได้มากในประชากรวัยสูงอายุ³ สอดคล้องกับรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทยที่เข้าถึงบริการสะสม พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมของไทย มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2562-2566 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมจำนวน 1,249,883 คน, 1,354,047 คน, 1,474,408 คน, 1,489,527 คน และ 1,542,384 คน ตามลำดับ⁴ ซึ่งพบอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนถึงร้อยละ 25.61⁵ อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับความคิดปกติกของความคิด ส่งผลให้มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น⁶ สอดคล้องกับรายงานของจากกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2565 พบผู้สูงอายุไทยที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 91,139 คน เป็นผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตาย 2,309 คน⁷ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายมักเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เกิดความเบื่อหน่ายในการดำเนินชีวิตหลังเข้าสู่วัยชรา และรู้สึกไม่มีคุณค่า⁸

ด้วยสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยและจำนวนเซลล์สมองที่ลดลงของผู้สูงอายุหรือแม้กระทั่งสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์อย่างซีโรโทนิน (serotonin) นอร์อีพิเนพรีน (norepinephrine) และ โดปามีน (dopamine) ที่ปริมาณลดลง ความรู้สึกไม่มีคุณค่า การพลัดพรากหรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงบทบาท จากที่เคยเป็นผู้ดูแลทุกคนในครอบครัวกลับกลายมาเป็นผู้พึ่งอาศัย รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ⁹ เหตุการณ์หรือความเครียดต่าง ๆ ในชีวิต การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือมีกิจกรรมทางสังคมลดลง ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา ว่าเหว่ รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เศร้า และนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าในที่สุด¹⁰

การให้สุขภาพจิตศึกษา ช่วยให้มีความรู้ มีทักษะและประสบการณ์ในการจัดการปัญหา โอเร็ม¹¹ กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการรับรู้ ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องเกิดจากประสบการณ์ เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้จะเกิดการกระตุ้นความคิดและความรู้สึกออกมาเป็นพฤติกรรม หากบุคคลมีการรับรู้ตนเองและมีประสบการณ์ในด้านลบ ย่อมส่งผลให้บุคคลมีการแสดงออกของพฤติกรรมในด้านลบ นั่นคือ มีอาการซึมเศร้ามากขึ้นและมีการดูแลตนเองลดลง การบำบัดบุคคลเหล่านี้จึงต้องเน้นที่การรับรู้และยอมรับภายในตัวบุคคล เพื่อนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ย่อมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต และเห็นคุณค่าในตนเอง

จากการรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลในเขตจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมที่เข้าถึงบริการในโรงพยาบาล เท่ากับ 51,729 คน 55,116 คน 57,906 คน 57,516 คน และ 59,549 คน ตามลำดับ⁴ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยปี พ.ศ. 2563 จังหวัดอุบลราชธานี พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 21,697 ราย เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 56.99⁴ ซึ่งมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น จากการสัมภาษณ์บุคลากรในคลินิกสุขภาพจิตเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปัญหาหลักที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ คือ ผู้ป่วยไม่มาตามนัด รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และกลับเป็นซ้ำหรือกลับมารักษาซ้ำ

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลมากขึ้น การรักษาที่ได้รับจะเน้นการรักษาด้วยยามากกว่า การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยเน้นให้ผู้สูงอายุดูแลและจัดการปัญหาด้วยตนเองไม่พึ่งพาผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษามาใช้ในการลดอาการซึมเศร้าวร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อช่วยผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดการรับรู้ยอมรับ และเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นของตนเอง เกิดประสบการณ์



และทักษะในการจัดการปัญหา จนเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องกับศักยภาพของตนเองผ่านกระบวนการกลุ่ม ที่ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมแรงทางบวกภายในกลุ่ม เกิดเป็นพลังกายและพลังใจในการเผชิญ อากาการซึมเศร้าและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษา มีความแตกต่างกัน
2. อาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

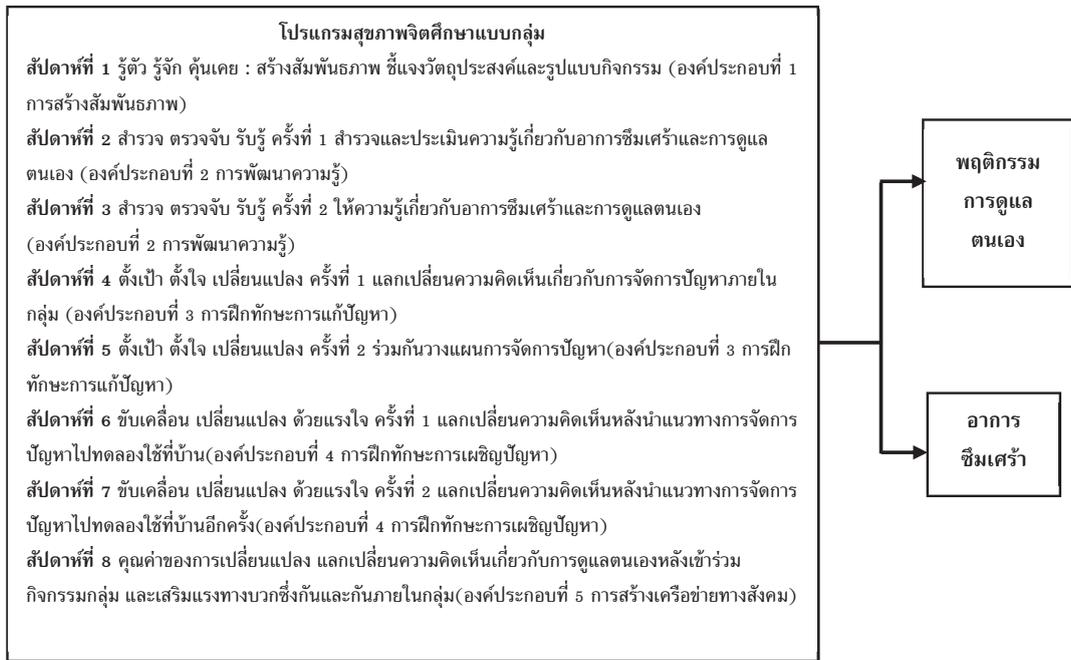
การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สัน¹² เป็นกระบวนการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ โดยเน้นที่อาการหรือปัญหาที่เกิดขึ้น และการจัดการกับปัญหานั้นๆ แอนเดอร์สันได้นำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา มาใช้ครั้งแรกกับการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทจนแนวคิดนี้แนวคิดนี้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายเนื่องจากการบำบัดที่มีระบบ และกระบวนการชัดเจนตามองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (joining) องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาความรู้ (education) องค์ประกอบที่ 3 การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (problem solving skills) องค์ประกอบที่ 4 การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา (coping skills) และองค์ประกอบที่ 5 การสร้างเครือข่ายทางสังคม (social support)

โปรแกรมนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบของกิจกรรมกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที เริ่มด้วยการทำความรู้จักกันและสร้างข้อตกลงภายในกลุ่มร่วมกัน เกิดสัมพันธภาพอันดีงาม เกิดความไว้วางใจ สมาชิกเต็มใจที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเอง ก่อเกิดเป็นบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ เกิดการรับรู้ เข้าใจ และยอมรับตนเองและผู้อื่น ผ่านการแลกเปลี่ยนเหตุการณ์ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา เพื่อทบทวนปัญหาและผลกระทบของโรคซึมเศร้า เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางการเผชิญปัญหา

จากนั้นให้ตั้งเป้าหมายของตนเองเพื่อลดอาการซึมเศร้าและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง แล้วนำแนวทางการเปลี่ยนแปลงตนเองไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน แล้วนำผลการปฏิบัติมาแลกเปลี่ยนกับสมาชิกอื่น โดยผู้วิจัยคอยชี้แนะ และส่งเสริมให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามศักยภาพของตนเอง และเน้นการเปลี่ยนแปลงที่ตัวสมาชิกเอง ไม่เปลี่ยนแปลงผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม เมื่อสมาชิกเปลี่ยนแปลงตนเองตามเป้าหมายและแนวทางที่ตนเองวางแผนไว้ จะส่งผลให้เกิดการรับรู้การเปลี่ยนแปลงภายในและแสดงพฤติกรรมใหม่ออกมา แล้วนำผลที่ได้จากการเปลี่ยนแปลง มาพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ผ่านการชื่นชมการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกภายในกลุ่ม ซึ่งช่วยให้สมาชิก มีกำลังใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ทบทวนการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่เกิดขึ้น ประเมินความพร้อมในการ นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน



นอกจากนี้ผู้วิจัยยังกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจในการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้นผ่านแรงสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม เมื่อมีการจัดกระทำกับองค์ประกอบทั้ง 5 ประการแล้ว จะส่งผลให้เกิดการรับรู้และการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง เกิดประสบการณ์จนเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวก เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้อาการซึมเศร้าลดลง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น⁹ ดังแผนภาพ



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งโดยมีกลุ่มควบคุม (the pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า รับบริการที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลทั่วไประดับ s (standard - level hospital) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยใช้ Test family : F-test, Statistic test : MANOVA: Global effects, Type of power analysis: A priori: Compute required sample size กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ระดับ 0.9 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติหรือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .01 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .34 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 58 คน และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อเป็นการทดแทนเมื่อมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คน แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) มีระดับอาการซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง วัดด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม วัดด้วยแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai mental state examination: TMSE) 3) สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยกับผู้อื่นได้เข้าใจ



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ที่พัฒนาขึ้นโดย รังสิมันต์ สุนทรไชยา และคณะ¹³ ซึ่งเป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าหรือติดตามผลการรักษา ในกลุ่มเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามบริบทสังคมวัฒนธรรมของไทย โดยวัดความรุนแรงและความถี่ของอาการซึมเศร้า มีคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 16 ข้อ วิเคราะห์ความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93

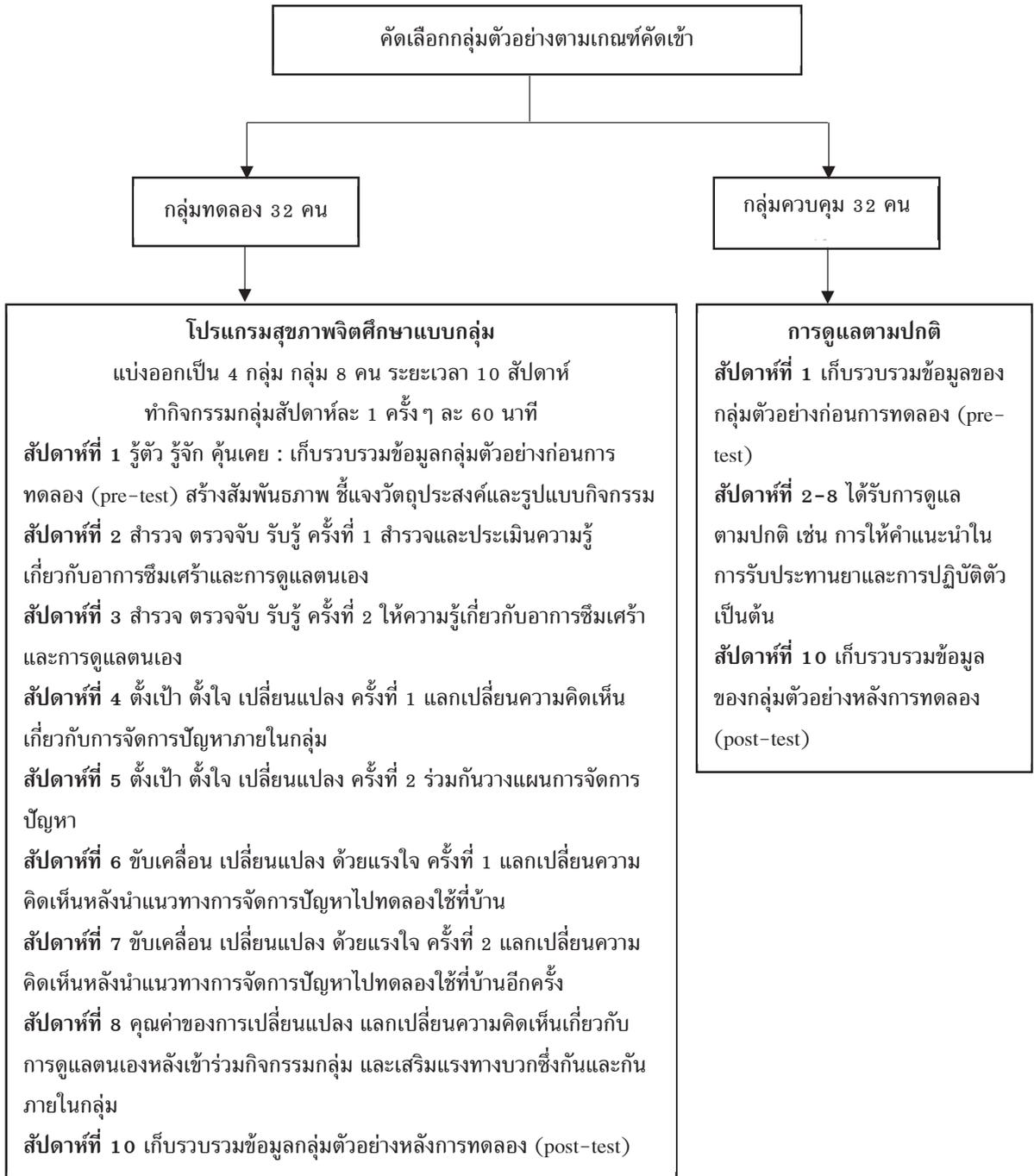
2) แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง¹⁴ การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพ (health deviation self-care) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ โดยที่ข้อที่ 1-7 เป็นการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป ข้อที่ 8-12 เป็นการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการของชีวิต ข้อที่ 13-16 เป็นการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา .74 อาจเป็นผลมาจากแบบประเมินนี้ยังไม่ได้มีการใช้อย่างแพร่หลายและยังไม่ได้มีการปรับแบบสอบถาม มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .94

2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 รู้ตัว รู้จัก ค้นเคย กิจกรรมที่ 2 สำรวจ ตรวจสอบ รับรู้ กิจกรรมที่ 3 ตั้งเป้าหมาย เปลี่ยนแปลง กิจกรรมที่ 4 ขับเคลื่อน เปลี่ยนแปลง ด้วยแรงใจ กิจกรรมที่ 5 คุณค่าของการเปลี่ยนแปลง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิตที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวชที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้วยแนวคิดซาเทียร์ 1 ท่าน และจิตแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1 ท่าน พบว่า ความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือในภาพรวมยังมีบางส่วนต้องปรับให้เหมาะสม ผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหาและความเหมาะสมด้านกิจกรรม แล้วนำโปรแกรมฯไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย พบว่า รูปแบบของกิจกรรมควรปรับเป็นการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นมากกว่าการเขียนหรือวาดภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ สายตาไม่ดี ทำให้ไม่สะดวกในการทำกิจกรรมในรูปแบบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น มาปรึกษาและปรับให้เหมาะสมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ตามใบรับรองโครงการวิจัย COA No. 059/2566 รหัสโครงการวิจัย 66NU019 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ SSJ.UB 2566-010 ผู้วิจัยทำหนังสือไปยังโรงพยาบาลเพื่อขอเก็บข้อมูลวิจัย แล้วคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยวิจัย จากนั้นคัดเลือกผู้สูงอายุที่ผ่านคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และให้อาสาสมัครวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง (pre-test) สำหรับกลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 10 ผู้ช่วยวิจัยจะรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในแผนภาพ





การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังทดลอง และเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (Multivariate Analysis of Variances: MANOVA)

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง(quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pretest – posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งมีผลการวิจัยดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ปรากฏผลดังรายละเอียดต่อไปนี้ ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างกลุ่มของคะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	ตัวแปรตาม		Type Sum of Square	df	Mean Square	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	อาการซึมเศร้า	ก่อนทดลอง	.063	1	.063	.000	.991
		หลังทดลอง	2388.766	1	2388.766	5.110	.027
	พฤติกรรม	ก่อนทดลอง	1.563	1	1.563	.068	.795
		หลังทดลอง	328.516	1	328.516	16.293	.000
	การดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง					
		หลังทดลอง					
ความคลาดเคลื่อน	อาการซึมเศร้า	ก่อนทดลอง	28577.938	62	460.934		
		หลังทดลอง	28982.344	62	467.457		
	พฤติกรรม	ก่อนทดลอง	1424.375	62	22.974		
		หลังทดลอง	1250.094	62	20.163		
	การดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง					
		หลังทดลอง					
รวม	อาการซึมเศร้า	ก่อนทดลอง	176034.000	64			
		หลังทดลอง	161963.000	64			
	พฤติกรรม	ก่อนทดลอง	79686.000	64			
		หลังทดลอง	88825.000	64			
	การดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง					
		หลังทดลอง					

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างกลุ่มของคะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า $F=.000$, $Sig=.991$ และ $F=.068$, $Sig=.795$ ตามลำดับ และพบว่าหลังการทดลอง คะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า $F=5.110$, $Sig=.027$ และ $F=16.293$, $Sig=.000$ ตามลำดับ สรุปได้ว่า อาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างกลุ่มของคะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	สถิติทดสอบ	Value	F	Sig.
กลุ่ม	Pillai's Trace	.728	39.537	.000
	Wilks' Lambda	.272	39.537	.000
	Hotelling's Trace	2.680	39.537	.000
	Roy's Largest Root	2.680	39.537	.000

จากตารางที่ 2 ผลการตรวจสอบเปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างกลุ่มของคะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเลือกใช้สถิติ Pillai's Trace พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Pillai's Trace=.728, F=39.537, $p=.000$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

อภิปรายผล

เมื่อเปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างกลุ่มของคะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มได้

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม คะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ยวงเดชกล้า และอภิญญา ตันเจริญ¹⁵, Sushil Kumar Maheshwari, Rintu Chaturvedi, Preksha Sharma¹⁶ ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีอาการซึมเศร้ามลดลง เป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ แอนเดอร์สัน และคณะ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ โดยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (joining) มี 1 กิจกรรม คือ รู้ตัว รู้จัก ค้นเคย เป็นการทำความรู้จักกันและสร้างข้อตกลงภายในกลุ่มร่วมกันระหว่างสมาชิก เกิดสัมพันธภาพที่อบอุ่น เกิดความไว้วางใจ สมาชิกเต็มใจที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเอง ก่อเกิดเป็นบรรยากาศแห่งการเรียนรู้จากประสบการณ์ เกิดการรับรู้ เข้าใจ และยอมรับตนเองและผู้อื่น การศึกษาของอเล็กซานดร้า วูด และคณะ¹⁷ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดีสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้ามลดลงได้ และการศึกษาของอลิซาเบธ ชรามม์¹⁸ พบว่าการบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้ามมากกว่าการดูแลตามปกติ

องค์ประกอบ 2 การพัฒนาความรู้ (education) มี 2 กิจกรรม คือ สสำรวจ ตรวจสอบ รับรู้ กิจกรรมที่ 1 เป็นการสำรวจและประเมินความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและการดูแลตนเอง ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในอดีต กิจกรรมที่ 2 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ช่วยเติมเต็มความรู้ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม เกิดการรับรู้ยอมรับและเข้าใจสาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า รวมถึงการดูแลตนเอง แต่ยังคงต้องเพิ่มเติมและเน้นย้ำในบางประเด็น โดยเฉพาะการหยุดรับประทานยาเองและการลืมนับรับประทานยา



องค์ประกอบ 3 การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) มี 2 กิจกรรม คือ ตั้งเป้าตั้งใจเปลี่ยนแปลงกิจกรรมที่ 1 เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการปัญหาภายในกลุ่ม กิจกรรมที่ 2 เป็นการร่วมกันวางแผนการจัดการปัญหา องค์ประกอบนี้จะให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการปัญหาตามศักยภาพของตนเองผ่านประสบการณ์หรือเหตุการณ์ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา เพื่อทบทวนปัญหาและผลกระทบของโรคซึมเศร้า และให้วางแผนการนำแนวทางการแก้ปัญหาที่เลือกไปใช้ในการลดอาการซึมเศร้าและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง มุ่งเน้นการจัดการปัญหาที่ตนเองไม่เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น องค์ประกอบนี้ใช้เวลาค่อนข้างมากในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการปัญหาของแต่ละคน มีทั้งการจัดการปัญหาที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แนะร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มในการชี้ให้ผู้สูงอายุที่จัดการปัญหาไม่เหมาะสมเห็นถึงแนวทางหรือวิธีการใหม่ที่จะจัดการปัญหาให้เหมาะสมตามศักยภาพของบุคคลนั้น

องค์ประกอบ 4 การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา (coping skills) มี 2 กิจกรรม คือ ขับเคลื่อน เปลี่ยนแปลงด้วยแรงใจ กิจกรรมที่ 1 เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังนำแนวทางการจัดการปัญหาไปทดลองใช้ที่บ้าน กิจกรรมที่ 2 เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังนำแนวทางการจัดการปัญหาไปทดลองใช้ที่บ้านอีกครั้งแล้วนำคำแนะนำจากสมาชิกกลุ่มไปปรับใช้ในการเผชิญปัญหา เมื่อการนำแนวทางการจัดการปัญหาไปทดลองใช้จริง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาที่มีอยู่

องค์ประกอบ 5 การสร้างเครือข่ายทางสังคม (social support) มี 1 กิจกรรม คือ คุณค่าของการเปลี่ยนแปลงเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และเสริมแรงทางบวกซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม เกิดเป็นเครือข่ายทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง ประกอบกับสัมพันธ์ทางอ้อม การชื่นชมและการให้กำลังใจกันภายในกลุ่ม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดรับรู้ว่าคุณค่าและรักตนเองมากขึ้น นำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น การศึกษาของแฮร์ริสและคณะ¹⁹ พบว่าสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความภาคภูมิใจในตนเอง สัมพันธภาพทางสังคมที่ดีส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น และการศึกษาของจิตติรัตน์ ช่างทอง และเกษตรชัย และหิม²⁰ พบว่า การไม่เห็นคุณค่าในตนเองส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช หากผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองจะส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลงได้

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลงและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น เป็นกิจกรรมกลุ่มที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าควบคู่กับการดูแลตนเองผ่านสัมพันธ์ทางอ้อมตั้งแต่เกิดเป็นเครือข่ายทางสังคม เกิดประสบการณ์ตรงในการคิดและลงมือเปลี่ยนแปลงตนเองด้วยตนเองไม่พึ่งพาผู้อื่น เกิดความภาคภูมิใจในสิ่งตนเองทำได้สำเร็จ มีพลังกายและพลังใจที่จะเผชิญกับปัญหาและจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง การบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดอาการซึมเศร้าและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสมมากขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพิจารณารูปแบบของโปรแกรม โดยทำกิจกรรมกลุ่ม ขนาดกลุ่ม 4-6 คน และควรจำกัดเวลาในการมีส่วนร่วมของกิจกรรมให้เท่ากัน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้มีส่วนร่วมกิจกรรมครบทุกคนตามเวลาที่กำหนดและไม่เกิดอาการเหนื่อยล้าจากการทำกิจกรรมกลุ่ม
2. ควรมีการศึกษาเพื่อต่อยอดหรือพัฒนาโปรแกรม โดยให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุ



References

1. Alan K. Davis, Frederick S. Barrett, Darrick G. May, Mary P. Cosimano, Nathan D. Sepeda, Matthew W. Johnson, Patrick H. Finan, Roland R. Griffiths. Effects of psilocybin-assisted therapy on major depressive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2021;78(5):481-9.
2. World Health Organization. Depression[*internet*]. 2020 [cited 30 September 2023]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
3. Somruethai J, Jinjutha CD, Pornpat H. Predictive factors on resilience among older adults with depression Bangnampriao District, Chachoengsao Province. *Vajira Nursing Journal* 2019;21(2):51-66.(in Thai)
4. Information Technology and Communication Center, Ministry of Public Health. Statistical manual of depression[*internet*].2024 [cited 12 July 2024]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=61a59cc4548076dfa9efdc0ecb86f91b.(in Thai)
5. Wichitr P, Adchara K, Worawut S, Onanong N, Sunisa K. Prevalence and factors related to depression among elderly people in community hospitals. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2020;7(2):114-26.(in Thai)
6. Taylor WD. Depression in the elderly. *New England Journal of medicine* 2014;371(13):1228-36.
7. Department of Older Persons. Statistical manual of depression in older persons[*internet*].2023 [cited 28 April 2024]. Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=3&id=2531.(in Thai)
8. Information Technology and Communication Center, Ministry of Public Health. Statistical manual of suicide[*internet*].2018 [cited 30 September 2023]. Available from: http://www.suicidethai.com/web_suicide/index.php/viewnew/form/detail_id/391.
9. Rawlins RP, Williams SR, Beck CK. *Mental health psychiatric nursing: a holistic life cycle approach*. 3rd ed.St. Louis: Mosby- Yearbook, Inc;1988.
10. Bangkok Health Research Center. Aging health care [*internet*]. 2020 [cited 30 September 2023]. Available from: <https://www.bangkokhealth.com/17310>
11. Orem DE. *Nursing: Concept of Practice*. 4th ed. St. Louis: Mosby Yearbook. 1991.
12. Anderson DN. Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age and Ageing* 2001;30(1): 13-7.
13. Rangsiman S, Thoranin K, Suwanna A, Wasinee W, Supattra S, Jintana L. The development and construct validity testing of depressive symptom inventory for Thai older persons with depressive disorders. *The journal of psychiatric nursing and mental health* 2018;32(2):100-12.(in Thai)
14. Prayong H. *Self-care behaviors on life satisfaction of the elderly in the garden Province Mahasarakham*. Mahasarakham: Faculty of Education, Rajabhat Mahasarakham University. 2013.(in Thai)
15. Singh A, Srivastava S, Singh B. Effect of psychoeducation on short-term outcome in patients with late life depression: A randomized control trial – Protocol. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2020;9(7):3299-303.



16. Maheshwari SK, Chaturvedi R, Sharma P. Effectiveness of psycho-educational intervention on psychological distress and self-esteem among resident elderly: a study from old age homes of Punjab, India. *Clinical Epidemiology and Global Health* 2021; 11:1-5.
17. Woods A, Liles B, Guillod A, Helen C. Kales HC, Sirey JA. Perceived social support and interpersonal functioning as predictors of treatment response among depressed older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2021;29(8):843-52.
18. Schramm E, Mack S, Thiel N, Jenkner C, Elsaesser M, Fangmeier T. Interpersonal psychotherapy vs. treatment as usual for major depression related to work stress: a pilot randomized controlled study. *Front. Psychiatry* 2020;11: 1-8.
19. Harris MA, Orth U. The link between self-esteem and social relationships: a meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology* 2020;119(6):1459-77.
20. Thitirat C, Laeheim Kasetchai L. Psychosocial affecting the depression among the elderly in Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Social Science, Law and Politics* 2021;5(2):53-70.(in Thai)