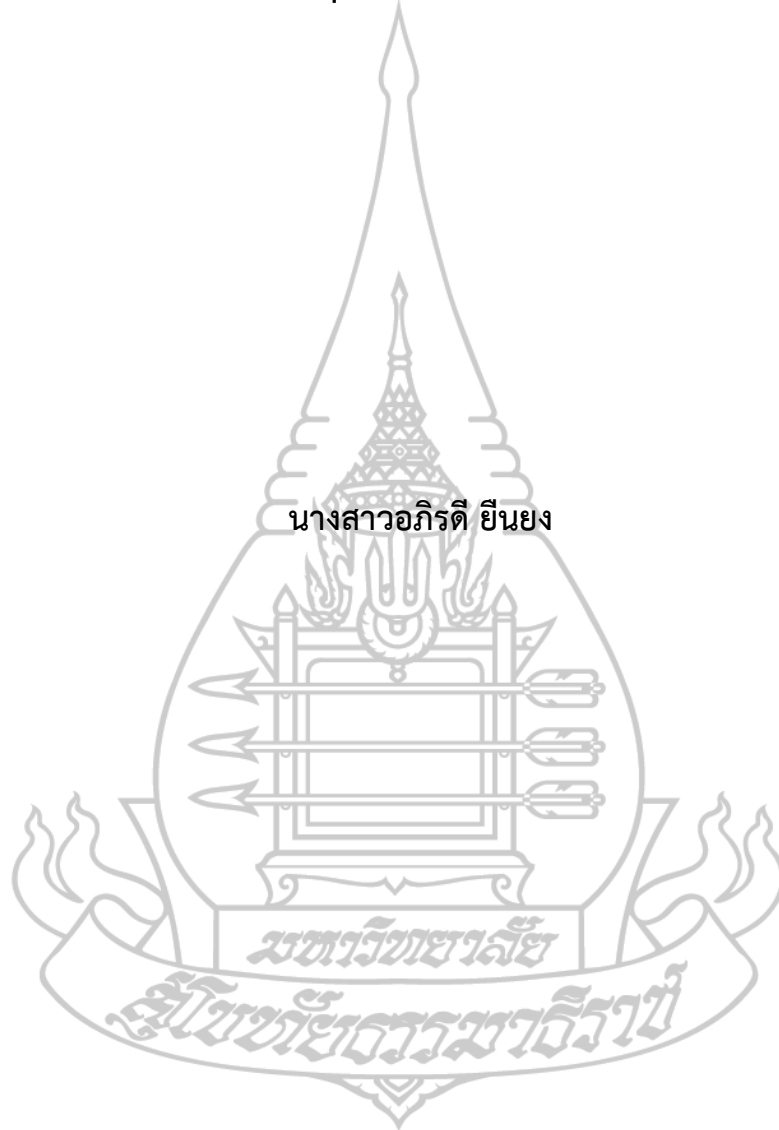


ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุใน

กรุงเทพมหานคร



นางสาวกริณี ยืนยง

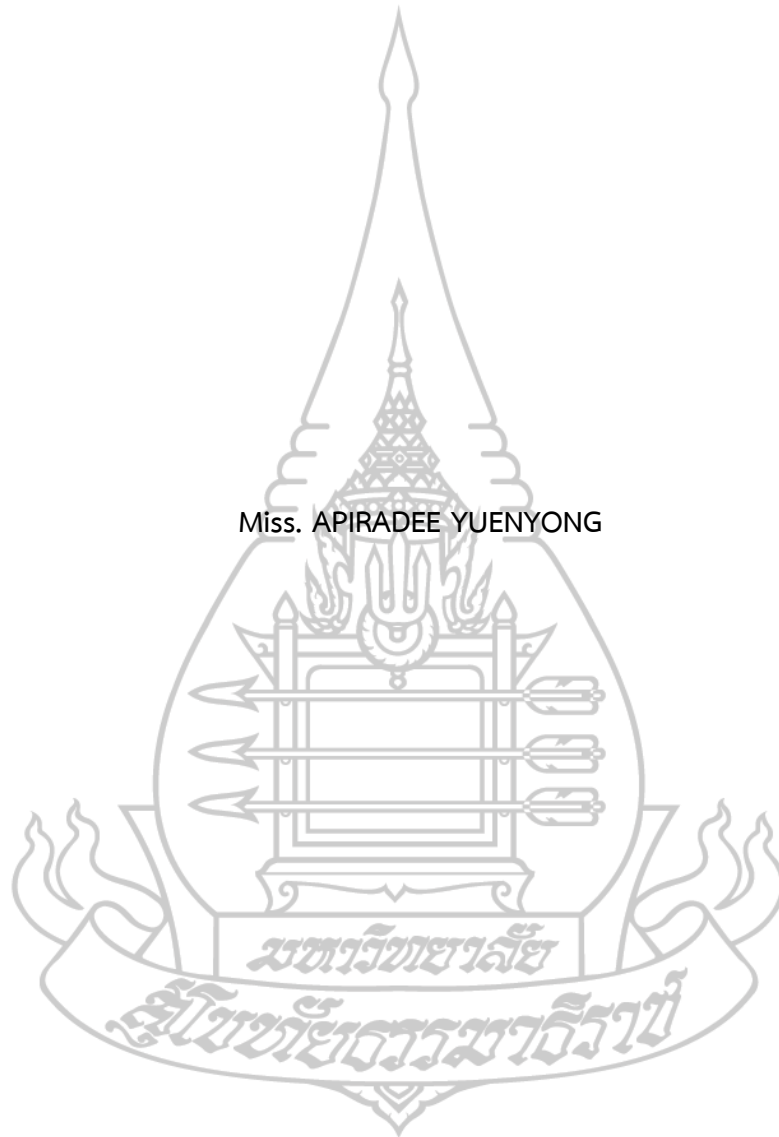
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต แขนง

วิชาการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2566

The Effect of Group Counseling with Art Therapy to Decrease
Depression of Older People with Stroke in Bangkok Metropolis



Miss. APIRADEE YUENYONG

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Education in Guidance and Psychological Counseling

School of Educational Studies

Sukhothai Thammathirat Open University

2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
ชื่อและนามสกุล	นางสาวอภิรดี ยืนยง
แขนงวิชา / วิชาเอก	การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
สาขาวิชา	ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	1. รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุชอรุณ วงษ์ทิม
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	2. รองศาสตราจารย์ ดร.นิธิพัฒน์ เมฆขจร

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง)	
.....	กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุชอรุณ วงษ์ทิม)	
.....	กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิธิพัฒน์ เมฆขจร)	

..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.นราธิป ศรีราม)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
ผู้วิจัย นางสาวอภิรดี ยืนยง รหัสนักศึกษา 2632800534
ปริญญา: ศีษศาสตรมหาบัณฑิต (การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา)
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุชอรุณ วงษ์ทิม (2) รอง
ศาสตราจารย์ ดร.นิธิพัฒน์ เมฆขจร ปีการศึกษา 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนและหลัง
การให้ปรึกษากลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด และ 2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ได้รับการให้
การปรึกษากลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุหลังการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ที่สมัครใจเข้าร่วมการ
ทดลอง จำนวน 40 คน จากนั้นจึงสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 และ
2) โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า สถิติที่ใช้ในการ
วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ การทดสอบวิลคอกซัน และการทดสอบ
แมนวิทนี

ผลการวิจัย พบว่า 1) ภายหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด ผู้สูงอายุมี
ภาวะซึมเศร้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบ
กลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่าผู้สูงอายุก่อนที่ได้รับการดูแลตามปกติ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ศิลปะบำบัด ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

Thesis title: “The Effect of Group Counseling with Art Therapy to Decrease Depression of Older People with Stroke in Bangkok Metropolis”

Researcher: “Miss. APIRADEE YUENYONG”; ID: “2632800534”;

Degree: Master of Education (Guidance and Psychological Counseling);

Thesis advisors: (1) Assistant Professor Police Lieutenant Colonel Dr. Sukarun

Wongtim;(2) Assistant Professor Dr. Nitipat Mekkhachorn ; Academic year: 2023

Abstract

This study aimed to 1) compare depression of the Older before and after receiving group counseling with art therapy, and 2) compare depression of the Older who received group counseling with art therapy and the Older who received usual care.

The samples were 40 Older with stroke at an Older care center in Bangkok Metropolis. They were divided by simple randomization into 2 groups: an experimental group and a control group, with 20 subjects in each group. The instruments were 1) a questionnaire for sadness in Thai elderly with a reliability of .93, and 2) the group counseling with art therapy to decrease depression in the Older. The statistics were median, quartile deviation, Wilcoxon Matched Paired Sign-Rank Test, and Mann-Whitney U Test.

The results showed that 1) after receiving the group counseling with art therapy, the Older had decreased depression with statistical significance at .05 level, and 2) the Older who received group counseling with art therapy had depression less than the Older who received usual care with statistical significance at .05 level.

Keywords : Group Counseling, Art Therapy, Depression Stroke, Older People

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความเมตตากรุณาและการให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุซอรุณ วงษ์ทิม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.นิธิพัฒน์ เมฆขจร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำตลอดจนข้อเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขข้อบกพร่อง ด้วยความรักและความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. มณฑิรา จารุเพ็ญ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ อาจารย์จีรภา ฉิมปรุ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร กาญจนสุวรรณ อาจารย์ตามพงษ์ วงษ์จันทร์ อาจารย์ณัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน และอาจารย์สวงศ์ แก่นตา คำ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคุณพิสิษฐ์ ประทีปอนุรักษ์ ประธานกรรมการศูนย์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุม Golden Time Rehabilitation Center และผู้จัดการศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีซี ที่สนับสนุนและให้ใช้สถานที่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณพ่อ คุณแม่ ขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ ที่เป็นแรงสนับสนุน และเป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่งแก่ผู้วิจัย จนกระทั่งประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

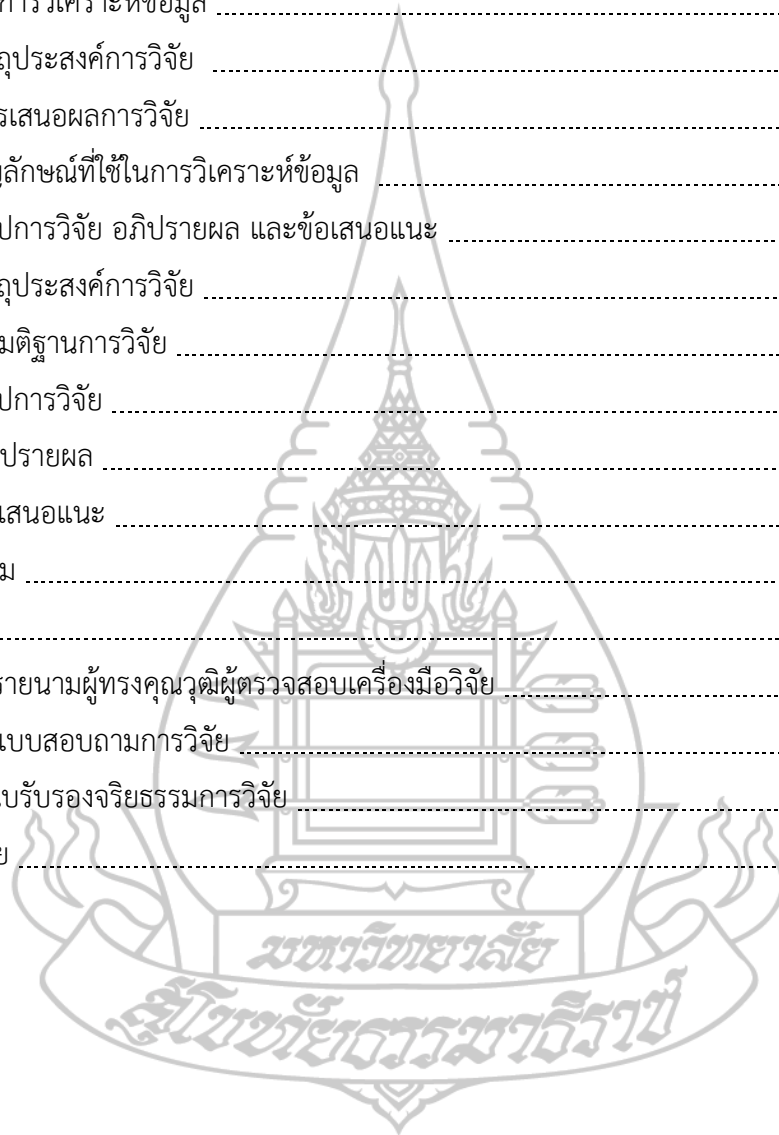
นางสาวอภิรดี ยืนยง

สารบัญ

หน้า	
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	4
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า	9
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาแบบกลุ่ม	16
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับศิลปะบำบัด	26
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	31
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง	36
การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม	38
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล	47
สถิติที่ใช้ในการวิจัย	48

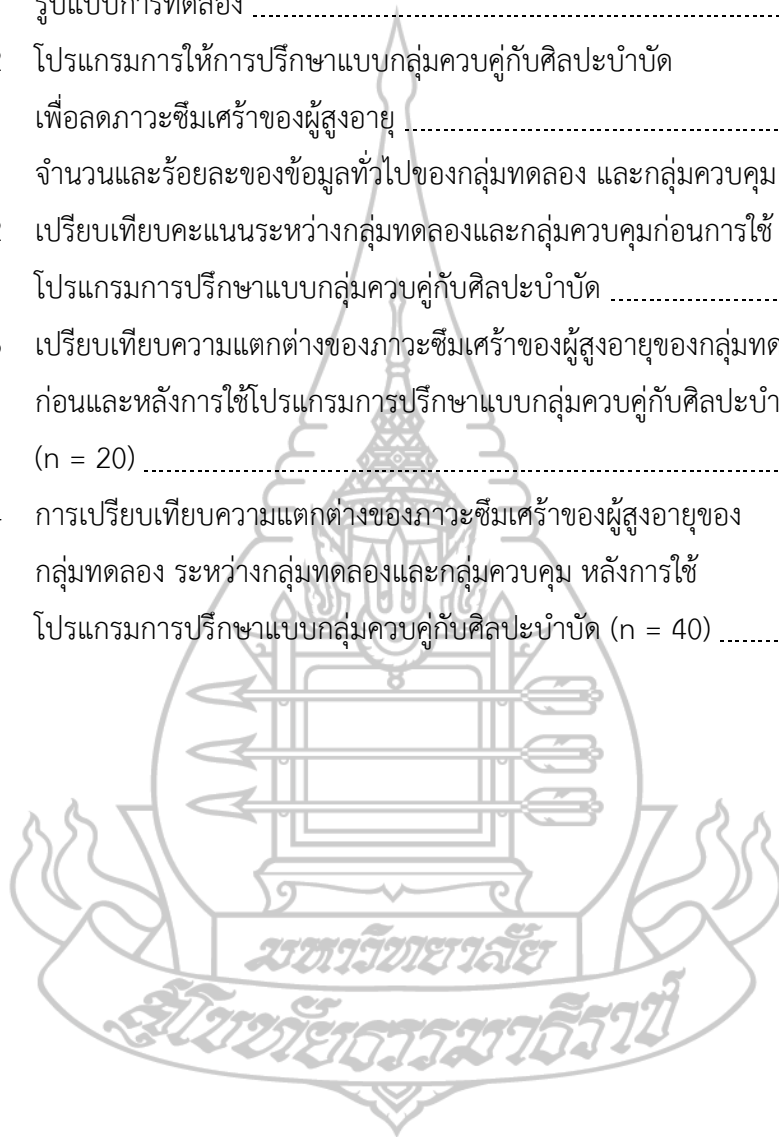
สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	49
วัตถุประสงค์การวิจัย	49
การเสนอผลการวิจัย	49
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	50
บทที่ 5 สรุปรายการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	55
วัตถุประสงค์การวิจัย	55
สมมติฐานการวิจัย	55
สรุปรายการวิจัย	55
อภิปรายผล	56
ข้อเสนอแนะ	58
บรรณานุกรม	60
ภาคผนวก	66
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	67
ข แบบสอบถามการวิจัย	73
ค ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย	78
ประวัติผู้วิจัย	97



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 รูปแบบการทดลอง	41
ตารางที่ 3.2 โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ	44
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	50
ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการใช้ โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด	53
ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด (n = 20)	53
ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของ กลุ่มทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้ โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด (n = 40)	54



ญ

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย 5



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุ เป็นช่วงวัยที่เป็นรอยต่อของชีวิตซึ่งเปลี่ยนจากวัยกลางคน เข้าสู่วัยสูงอายุทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงมากมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงเป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายใจ และการดำเนิน ชีวิตประจำวัน (จิราพร เกศพิชญพัฒนา และคณะ, 2561) การคาดการณ์สถานการณ์ผู้สูงอายุประเทศไทย ในปี 2568 ด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในประเทศ จากการรายงานสถานการณ์จำนวนประชากรในปัจจุบันพบว่ามีอัตราเกิดต่ำ และจำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด จึงทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) ในอีกประมาณ 10 ปีข้างหน้า หรือประมาณ ปี 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นระดับสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Hyper-Aged Society) จำนวนผู้สูงอายุสัญชาติไทยเดือนกันยายน 2566 มีจำนวนประมาณ 13,064,929 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรไทยทั้งหมด (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2567) สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประเทศนั้น ทำให้ประเทศไทยกลายเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นอันดับ 3 ของโลก และคาดการณ์อีก 10-15 ปี ข้างหน้า ประเทศไทยจะเป็นประเทศลำดับต้นของการเป็นสังคมผู้สูงอายุ ณ ปัจจุบันอายุเฉลี่ยของคนไทยจะอยู่ที่ประมาณ 75 ปี แต่การคาดการณ์ของสถานการณ์ในอนาคตจะทำให้อายุเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้นไปถึง 85 ปี ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โครงสร้างประชากรนี้จึงต้องคำนึงถึงประเด็นปัญหาที่จะตามมา ได้แก่ การบริหารจัดการรายได้ ค่าใช้จ่ายสำหรับในการใช้ชีวิตที่ยาวนานขึ้น ภาวะพึ่งพิงจากการมีประชากรผู้สูงอายุในจำนวนมากของประเทศ จะทำให้มูลค่าการดูแลกลุ่มประชากรนี้เพิ่มมากขึ้นตาม รวมไปถึงค่ารักษาพยาบาลที่มีมูลค่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 5-8 ต่อปี การเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุก็จะมีผลกระทบต่อสังคมเช่นกัน (รายงานแผนปฏิบัติการกรมกิจการผู้สูงอายุ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2566 – 2570, น. 256)

จากการรายงานของแผนปฏิบัติการ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ในสำนักอนามัยผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนผ่านวัยในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะอยู่ในรูปของการเสื่อมถอยของการเคลื่อนไหว และการทำงานของอวัยวะในร่างกาย ส่วนทางด้านจิตใจนั้นเนื่องจากวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับการสูญเสีย เช่น ตำแหน่ง หน้าที่การงาน รายได้ที่ลดน้อยลง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด มีอารมณ์โกรธ น้อยใจ

รู้สึกว่าคุณค่าไม่มีประโยชน์ต่อสังคม ความต้องการไม่ได้ไปตามความปรารถนา ความรู้สึกที่โดดเดี่ยว ว้าเหว อ้างว้าง ความรู้สึกด้านลบเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย ภาวะซึมเศร้าหรือการมีอารมณ์เศร้า เมื่อเกิดความรู้สึกดังกล่าวบุคคลจะหาทางปรับตัวด้วยตนเองก่อน แต่ถ้ายังไม่เกิดผลดีขึ้นซึ่งทำให้ไม่สบายใจมากขึ้นบุคคลย่อมต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น หากหาผู้ช่วยเหลือไม่ได้ จะก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์จนปรากฏอาการทางจิตเวชเป็นอันตรายร้ายแรงต่อไป อาการอื่นข้างเคียงที่เกิดจากปัญหาภาวะซึมเศร้าก็ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงเช่นกัน เช่น การมีปัญหาการนอนหลับ มีอาการนอนไม่หลับ และตื่นบ่อย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก หมดความสนใจต่อโลกภายนอก ไม่คิดอยากมีชีวิตอยู่ต่อ เป็นต้น ภาวะซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุ ช่วงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบมากถึง 10-20% ของประชากร และส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะผู้ที่หย่าร้าง อยู่ตัวคนเดียว หรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จะมีความเสี่ยงกับภาวะนี้มากขึ้น นอกจากกรณีดังกล่าวภาวะซึมเศร่ายังเกิดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (อุทุมพร วานิชคาม, 2562)

สถานการณ์โรคในผู้สูงอายุ หรือโรคที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย พบว่าในประเทศไทยอุบัติการณ์โรคของผู้สูงอายุอันดับต้นยังคงเกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ในที่นี้รวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) ปี 2566 ระบุว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลก หรือมีจำนวนมากกว่า 20 ล้านคน และ 80% ของการเสียชีวิตสามารถป้องกันได้ และในประเทศไทยพบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 7 หมื่นรายต่อปี หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี อุตบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยประเภท acute ischemic stroke ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีปัจจัยทั้งส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค เช่น การเกิดความดันโลหิตสูง การเป็นเบาหวานที่เป็นหนึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ นอกจากนั้นยังมีภาวะผิดปกติอื่น ที่เกิดจากพฤติกรรมการทำลายสุขภาพ ได้แก่ ภาวะไขมันสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคหัวใจและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หากจังหวะการเต้นของหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดลิ่มเลือดขึ้นไปอุดตันหลอดเลือด ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันตามมา ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย และภาวะความเครียดที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างสูง (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2566)

จากการศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมดจะมีอาการซึมเศร้า อาการซึมเศร้าจะสูงขึ้นระยะหนึ่งเดือนแรกหลังจากการเกิดโรค แต่จะลดลงในเวลาต่อมา ความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ในด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและภาวะข้อไหล่ติด คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลทำให้ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพร่างกายน้อยลง (รวีนันท์ จงประเสริฐพร และ ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล, 2566) เช่นเดียวกับการศึกษา

ของ นฤมล ปริปัญญา ปี 2566 พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบได้บ่อยและเป็นภาวะแทรกซ้อนทางจิตประสาทซึ่งจะพบในระยะเริ่มแรกและระยะหลังของการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อความสามารถของสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว คุณภาพชีวิต และการรอดชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายสูงขึ้น 1.88 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ภาสิกา กิมหงษ์, 2566) ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่กำลังฟื้นฟูภาวะเสื่อมหรือเสียหายจากหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญ จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตหลังการเกิดโรคที่ดีขึ้น และลดอัตราการเสียชีวิตจากการเกิดโรค (กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด, 2566)

บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วย มีความสามารถ มีทักษะในการช่วยฟื้นฟูร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยบางรายต้องได้รับการดูแลและป้องกันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมโดยทีมสหวิชาชีพในสถานพยาบาล (ดวงกมล วัตราคุลย์, 2560) เพื่อให้เกิดมาตรฐานการพยาบาลและการดูแลที่ถูกต้องและครอบคลุมทุกมิติ ในศูนย์ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยและผู้สูงอายุในประเทศไทย บทบาทหน้าที่ของ ทีมสหวิชาชีพในสถานพยาบาล จะดำเนินการภายใต้หลักการวิชาชีพ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเดียวคือทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด และมีให้กลับเป็นโรคซ้ำ ประเด็นสุขภาพจิต หรือการดูแลด้านอารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วย เป็นประเด็นที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยของศูนย์ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ในแผนการดูแลผู้ป่วยจะดำเนินการแผนดูแลด้านจิตใจควบคู่ไปกับการฟื้นฟูร่างกาย เพราะองค์ประกอบด้านจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด ส่งผลมากต่อการฟื้นฟูร่างกายในด้านอื่น (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2566)

การลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองนั้น จากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีหลากหลายวิธีด้วยกัน รวมทั้งโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ควบคู่กับการใช้ศิลปะบำบัด ก็เป็นหนึ่งในกระบวนการดูแลที่สำคัญในการเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง และลดภาวะซึมเศร้า (ยุพาธร เสือเฒ่า, 2561) โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ ที่ปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สามารถนำรูปแบบศิลปะบำบัด การวาดภาพไปใช้กับผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับผลของการบำบัดของโปรแกรมบำบัดจะช่วยลดความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งด้านทางร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจของบุคคล (ศุภชัย รักแก้ว, 2566) และในการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ควบคู่กับการใช้ศิลปะบำบัด จะเป็นการรวมวิธีการบำบัด 2 หลักการเข้าด้วยกันได้แก่ 1) การให้การปรึกษาเชิงกระบวนการ คือ บุคคลมีความต้องการแก้ไขปัญหาใดปัญหาหนึ่งร่วมกัน เป็นกลุ่มเพื่อปรึกษาหารือซึ่งกันและกัน โดยมีผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่ม เพื่อที่จะได้พิจารณากำหนดปัญหา แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึก และความคิดเห็นของแต่ละคน กล่าวที่จะเผชิญปัญหา หรือปรับปรุงตนเองและ

ได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีปัญหา (พระมหาถาวร ถาวร, 2565) เมื่อมีกระบวนการกลุ่ม การดำเนินการให้คำปรึกษาจึงต้องมีกิจกรรมเสริมเพื่อให้เกิดการดำเนินการช่วยเหลือ และแก้ปัญหาพร้อมกันในกลุ่ม ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการให้การปรึกษาเชิงกระบวนการ และ 2) ศิลปะบำบัด กล่าวถึงปรัชญาของซิกมันด์ ฟรอยด์ คิดว่าประสบการณ์ จิตใต้สำนึกมีผลต่อการดำเนินชีวิต ดังนั้นกระบวนการศิลปะบำบัดจะใช้สัญลักษณ์ทางสุนทรียะ เพื่อสื่อถึงจิตใต้สำนึก หรือจิตไร้สำนึก นำไปสู่การเปิดโอกาสให้เข้าใจของสถานะทางจิตใจ และสามารถวางแผนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสภาพจิตใจได้ (นรินทรา เกโส, ปิติวรรณ สมไทย และศุภฤกษ์ คณิตวานันท์, 2566)

จากการรายงานสถิติผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น และการได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะด้านจิตใจ ซึ่งจะมีผลต่อการเกิดความซึมเศร้าหลังการเกิดโรคได้ เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพทั้งร่างกาย ความเป็นอยู่ ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะนำการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ควบคู่กับการใช้ศิลปะบำบัดมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองในช่วงฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย และจิตใจ ไม่ให้เกิด หรือลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ นำไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด

2.2 เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 ภายหลังจากใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดของผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้าลดลง

3.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด มีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ

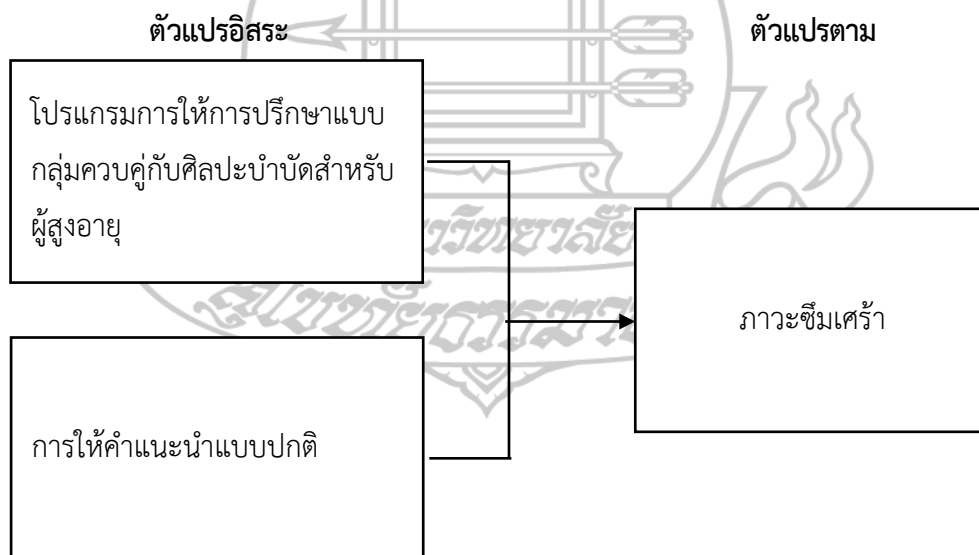
4. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

4.1 ตัวแปรอิสระ คือ การให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด และการได้รับการดูแลตามปกติ

4.2 ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยเรื่องผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร การให้การปรึกษาแบบกลุ่มจะใช้ทฤษฎี คือ การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy, REBT) ทฤษฎีเกสตัลท์ การปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Therapy) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โซลูชัน-โฟกัส SFBT (Solution-Focused Brief Therapy) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเผชิญความจริง และการปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality Therapy) ซึ่งการศึกษานี้มีกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าดังนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่แสดงออกมาแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

6.1.1 ภาวะซึมเศร้าด้านความคิด หมายถึง ความคิดในทางลบของผู้สูงอายุได้แก่เริ่มมองสิ่งต่างๆ รอบตัวในเชิงลบมากกว่าความเป็นจริง อาจมีความคิดเรื่องไม่ยอมมีชีวิต อยากฆ่าตัวตายในผู้ที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงมากๆ

6.1.2 ภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ความรู้สึก หมายถึง อารมณ์ความรู้สึกในทางลบของผู้สูงอายุได้แก่ เศร้าท้อแท้ อารมณ์อ่อนไหว เปื่อหน่ายกับสิ่งรอบข้าง ไม่มีความสุขหรือสนุกกับกิจกรรมที่ทำอยู่ประจำ หรือบางคนมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวง่ายมากขึ้น

6.1.3 ภาวะซึมเศร้าด้านพฤติกรรม หมายถึง การกระทำของผู้สูงอายุในด้านลบที่แสดงออกมาได้แก่ อ่อนเพลียง่าย เบื่ออาหาร กินมากขึ้น นอนหลับยาก หรือนอนมากกว่าเดิม

6.2 ผู้สูงอายุที่เคยป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เข้ารับการฟื้นฟู ณ ศูนย์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร Golden Time Rehabilitation Center และศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

6.3 โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่ศิลปะบำบัด หมายถึง แบบแผนการให้การปรึกษาแบบกลุ่มและการใช้ศิลปะบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยมีผู้ให้การปรึกษาหลักที่เป็นผู้เชี่ยวชาญดำเนินการให้การปรึกษา การใช้กิจกรรมศิลปะบำบัดประกอบด้วย การฝึกการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ สร้างความสมดุลของร่างกาย และฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย การให้การปรึกษาแบบกลุ่มที่นำมาใช้ ได้แก่ การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy, REBT) การปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Therapy) การให้การปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ (Solution-Focused Brief Therapy, SFBT) การปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality Therapy) ดำเนินการปรึกษาจำนวน 8 ครั้ง ในจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ เวลา 09.00 -10.30 น. และใช้เวลาในการปรึกษาระยะเวลานานครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 หน่วยงานด้านสุขภาพ และศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ มีโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดสำหรับผู้สูงอายุ

7.2 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ สามารถจัดการภาวะซึมเศร้าให้อยู่ในระดับปกติ หรือน้อยลงจากเดิมหลังภาวะการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

7.3 เป็นพื้นฐานในการพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดสำหรับผู้สูงอายุ นำไปสู่การวางแผนปฏิบัติการใช้โปรแกรมในการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้มีการทบทวนเอกสารโดยศึกษาจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยได้เสนอสาระสำคัญ ดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 1.2 ประเภทและลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า
 - 1.3 การแบ่งระดับ และการประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 1.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
 - 1.5 กลวิธีการแก้ไขภาวะซึมเศร้า
 - 1.6 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 2.1 ความหมายของการปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 2.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 2.3 ประโยชน์ของการปรึกษาแบบกลุ่ม
3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับศิลปะบำบัด
 - 3.1 ความหมายของศิลปะบำบัด
 - 3.2 ประเภทของศิลปะบำบัด
 - 3.3 ประโยชน์ของศิลปะบำบัด
 - 3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
 - 4.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 4.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุ
 - 4.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
5. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง
 - 5.1 ความหมายและสถิติของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 5.2 ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

- 5.3 การฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง
- 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

สถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทย เป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพ และเป็นโรคใกล้ตัวที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดการสูญเสียที่จะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เศร้า หดหู่ ซึม เบื่อหน่าย หงุดหงิด ฉุนเฉียว ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ เกิดความเครียด วิตกกังวล จนพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าและคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้ และสาเหตุอื่น ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ การเงิน ความผิดหวัง ความสัมพันธ์ ความรัก ความสูญเสีย และการปรับตัว

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ (2561) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่ายหดหู่ ร่วมไปกับความรู้สึก ท้อแท้ หดหวัง สิ้นหวังท่าทางการเคลื่อนไหวช้า เชื่องซึม เบื่ออาหารน้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย

บุญรัตน์ประภา และสรินทร์ บัวทอง (2550) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่มีลักษณะแสดงออกให้เห็นถึงความหม่นหมอง เศร้าโศก ไม่มีความสุข ขาดสมาธิ ไม่มีชีวิตชีวา ท้อแท้ เบื่อหน่ายภาวะเศร้าซึ่งมีระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรงภาวะซึมเศร้าที่มีรุนแรงจะมีอาการซึมเศร้าเพียงบางประการที่ไม่รุนแรง โดยยังไม่มี ความผิดปกติในกิจวัตรประจำวัน หรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น มีเพียงความรู้สึกหงุดหงิด เศร้าหรือร้องไห้ส่วนภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรงจะมีความผิดปกติและส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

ดวงใจ กษานติกุล (2542) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะทางจิตใจหม่นหมอง มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่ายหดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก นอนไม่หลับ น้ำหนักลดเชื่องซึม เชื่องช้า มองโลกมองสภาพทุกอย่างในด้านลบ ขาดสมาธิ ขาดความเชื่อมั่น วิตกกังวลทำให้เกิดผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียนตลอดจนความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย จากการนิยามความหมายข้างต้นของภาวะซึมเศร้าสามารถสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข

เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ ซึ่งอาจจะส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

จากที่กล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะความหดหู่ ความวิตกกังวล และความท้อแท้สิ้นหวัง อันเกิดจากความสูญเสียสิ่งต่าง ๆ เช่น เสียคนรักในครอบครัว เสียตำแหน่งการงาน ซึ่งภาวะเหล่านี้หากปล่อยเรื้อรัง อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

1.2 ประเภทและลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีลักษณะอาการที่แตกต่างกันไป ตามระยะเวลาและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

กรมสุขภาพจิต (2562) กล่าวถึง ประเภทของภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งประเภทของภาวะซึมเศร้า ออกเป็น 6 ประเภทโดยสรุปได้ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าแบบเมเจอร์ ดีเพรสชัน (Major Depression) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับนี้ จะมีอาการโรคเกิดขึ้นบ่อยครั้งใน 1 วัน และติดต่อกันหลายวัน อย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไปผู้ป่วยจะมีความรู้สึกซึมเศร้า อายากร้องไห้ หรือหงุดหงิดง่าย ส่งผลกระทบเรื่องการกินอาหาร การนอน และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

2. ภาวะซึมเศร้าแบบดิสทีเมีย (Dysthymia Depression) เป็นภาวะซึมเศร้าแบบเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ ติดต่อกันประมาณ 2-5 ปี อาการหลักจะมีความรู้สึกเบื่อ เศร้า แต่ไม่รุนแรงเท่าระดับเมเจอร์ ในระดับนี้ผู้ป่วยยังสามารถทำกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตได้

3. ภาวะซึมเศร้าแบบไบโพลาร์ ดิสออเดอร์ (Bipolar Disorder) อาการของภาวะซึมเศร้าแบบไบโพลาร์จะมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่ายชีวิต (ระยะซึมเศร้า) สลับกับมีอาการคึกคัก และหงุดหงิด (ระยะแมนี) หรือเรียกว่าโรคอารมณ์สองขั้ว นั่นคือเวลาที่มีความรู้สึกเศร้า และอีกไม่นานก็สลับไปรู้สึกโกรธ หงุดหงิด

4. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postnatal Depression) โรคซึมเศร้าหลังคลอด หรือ Baby Blues มักเกิดขึ้นกับคุณแม่หลังคลอด ในช่วง 6 สัปดาห์แรกหรือจนกว่าลูกจะเริ่มโต สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลังคลอดส่วนใหญ่ หรือเกิดจากกิจวัตรประจำวันและสภาพแวดล้อมของคุณแม่ที่เปลี่ยนไป มักมีโอกาสเกิดขึ้นได้กับคุณแม่ที่คนในครอบครัวมีประวัติป่วยทางจิตมากกว่าคุณแม่กลุ่มอื่น

5. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Late-Life Depression) เป็นโรคซึมเศร้าที่เกิดกับผู้สูงอายุที่อายุ ประมาณ 60 ปีขึ้นไป พบได้ 10-20% และมักเกิดในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย อาการของโรคมิตั้งแต่ไม่รุนแรงจนถึงขั้นมีอาการจิตหลอนและฆ่าตัวตายได้ เกิดจากสารสื่อประสาท สภาพแวดล้อม และเหตุการณ์ที่กระทบจิตใจ

6. ภาวะซึมเศร้าตามฤดูกาล (Seasonal Affective Disorder, SAD) ในประเทศที่มีฤดูหนาว ทำให้ระยะเวลาของกลางวันสั้นกว่ากลางคืน เป็นสาเหตุหนึ่งให้เกิดความเศร้า ความเบื่อหน่าย สิ้นหวัง และนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้ แต่เมื่ออุณหภูมิอุ่นขึ้นอาการก็จะค่อย ๆ ลดลง

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) ได้นิยามลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าเอาไว้ 13 ประการ ดังนี้

1. อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย ผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ และมักรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งไม่ดีต่อผู้อื่น ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดก็รู้สึกมีความไม่สบายใจเมื่ออยู่ใกล้ผู้ป่วย เนื่องจากอารมณ์ หงุดหงิดง่าย และบ่อยของผู้ป่วย

2. อารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญของภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่มีชีวิตชีวา ไม่สดชื่น แจ่มใส ไม่เบิกบาน หดหู่ และรู้สึกเศร้าเสียใจ แต่อารมณ์เศร้าของผู้ป่วยบางรายจะไม่แสดงออกตลอดเวลา บางเวลาเศร้าน้อย บางเวลาเศร้ามาก และเวลาที่มีความเศร้าผู้ป่วยอาจรู้สึกสนุกสนานหรือมีอารมณ์ขันได้ ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้านอกที่สุดในตอนเช้าและดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้าตามเวลาเช่นนี้เป็นลักษณะสำคัญของโรคซึมเศร้า

3. อาการเบื่ออาหาร เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทและการออกคำสั่งต่อประสาทส่วนกลาง จะมีผลต่อความอยากอาหาร ทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร ส่วนมากน้ำหนักจะลดลง 2-5 กิโลกรัม เมื่อพบแพทย์เป็นครั้งแรก

4. มีความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบก็รู้สึกเบื่อและไม่สนใจ ดังเช่นเคย ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยความรู้สึกทางเพศจะลดลงหรือไม่มีเลย

5. นอนไม่หลับ มักจะปรากฏเป็นอาการแรก อาการอาจจะเริ่มต้นในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ ก่อนมีอาการอื่น จะมีอาการหลับยาก หลับไม่สนิท ผื่นร้าย หรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้น มักจะเป็นอีกแบบหนึ่งเรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย” (terminal insomnia) หรือบางคนมีอาการตื่นตอนดึก แล้วหลับไม่ได้อีก หรือหลับได้แต่ยากและมักจะหลับไม่สนิท ผู้ป่วยจะเป็นเช่นนี้บ่อยหรือทุกคืนจนรู้สึกเหมือนมีนาฬิกาปลุกให้ตื่น ณ เวลานั้น และจะหงุดหงิดกระวนกระวายมากขึ้น ผู้ป่วยบางรายมีอาการนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening) ซึ่งเป็นอาการสำคัญเช่นกัน

6. ความคิดเชิงซ้ำ ระบบความคิดจะเริ่มมีผลกระทบที่ส่งผลต่อความคิด การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดจาจะเชื่องช้าขึ้น หรือบางคนไม่ต้องการสื่อสาร และไม่มี ความสนใจในการทำกิจกรรมใด ๆ ในระยะแรกของการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยเองก็รู้สึกเกิดความกังวลใจมาก เพราะไม่ทราบสาเหตุ และพยายามฝืนตัวเอง การกระทำต่าง ๆ จะเป็นการฝืนทำ เช่น การพูด

7. อาการอ่อนเพลีย รู้สึกอ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกกำลังกายและเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนหรือหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกายก็ได้ เช่น แขนหรือขา

8. ความรู้สึกที่ว่าตัวเองไร้ค่า รู้สึกตัวเองไม่มีค่า หรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น รู้สึกว่าตัวเองไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถ สติปัญญา หรือเกียรติยศชื่อเสียง คิดว่าตนเองบกพร่อง ทำอะไรไม่ดีในทุกด้าน จะเป็นที่ยังพียงของผู้อื่นไม่ได้ ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีความคิดและความต้องการฆ่าตัวตายได้

9. สมาธิเสีย มีผลต่อระดับความจำทุกระดับ ไม่สามารถจำอะไรได้ หรือจำได้ไม่ทั้งหมด ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 ที่มีอาการนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าพูดอะไรไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือแล้วจำไม่ได้ หรือทำสมาธิปกติไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลมาก เพราะสิ่งใด ๆ ไม่ได้ดี หรือทำแล้วเกิดข้อผิดพลาด กังวลต่อการเกิดผลกระทบในหน้าที่การงาน หรือสถานะตำแหน่งทางสังคม หรือผู้ป่วยบางคนคิดว่าตนเองไม่สามารถจำได้เกิดจากการเป็นโรคเนื้องอกในสมอง

10. ความรู้สึกมีความผิด ผู้ป่วยที่เศร้ามากมักจะรู้สึกมีความผิดและตำหนิตัวเอง โดยที่ไม่มี ความผิดแต่อย่างใด และยิ่งระดับความเศร้ามาก ความรู้สึกผิดจะยิ่งรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะคิดว่าตนเป็นคนไม่ดี มีบาปไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้อยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นอันตรายที่สำคัญที่สุดของโรค

11. ความคิดอยากตาย เกี่ยวข้องกับอาการอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยรู้สึกเศร้า ไร้ค่า และรู้สึกผิด จะส่งผลให้มีความคิดอยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจะรู้สึกทรมาน เมื่อเป็นมากขึ้นถึงจุดที่ไม่อาจทนต่อไปได้ ผู้ป่วยจะหาทางหนีจากการทรมาน และความตายเป็นทางออกที่ผู้ป่วยส่วนมากนึกถึงเป็นสิ่งแรก

12. มีอาการไม่สบายทางกาย มักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอ และเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบ ที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืดเพื่อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยมักคิดว่าเป็นโรคทางกาย

13. มีความกลัวและวิตกกังวล เป็นอาการสำคัญที่พบบ่อย ความกลัวและกังวลจะวนเวียนอยู่ในความคิด เช่น กังวลว่าทำไมเป็นเช่นนั้นเช่นนี้ กลัวจะไม่หาย กลัวจะวิกลจริต กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง กลัวเมื่ออยู่คนเดียว หรือกลัวจะทำอันตรายตนเอง ความกลัวและความคิดวิตกกังวลเหล่านี้ จะทำให้ไม่อาจทำใจให้สงบได้

จากที่กล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้ามีหลายประเภท ตามความรุนแรงและระยะเวลา โดยมีลักษณะอาการที่พบบ่อย เช่น นอนไม่หลับ อ่อนเพลียล คิดซ้ำ ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกผิด วิตกกังวล และคิดอยากตาย

1.3 การแบ่งระดับ และการประเมินภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า มีระดับตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับที่รุนแรง ซึ่งจะต้องมีวิธีการในการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ตลอดเวลา เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง

บุณยภพ สิทธิพรอนันต์ (2550) ได้อธิบายความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ 3 ระดับ ดังนี้

1. อารมณ์ซึมเศร้าระดับ เล็กน้อย (Mild depression) บุคคลจะมีอาการเล็กน้อย มีอาการหลัก 1 อาการ และอาการที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 4 อาการ มีผลกระทบต่อการทำงานและประสิทธิภาพการทำงานที่บ้าง เช่น หยุดงานบางครั้ง อาจไม่ต้องรับการรักษา

2. อารมณ์ซึมเศร้าระดับ ปานกลาง (Moderate depression) มีอาการหลัก ทั้งสองอาการและพบ 4 อาการที่เกี่ยวข้อง มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันการทำงานและกิจกรรมทางสังคมมากขึ้นอย่างชัดเจนจนเป็นปัญหา สมาธิ และความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาลดน้อยลง จะแสดงออกถึงพฤติกรรมที่บุคคลรู้สึกอย่างนั้น เช่น ไม่อยากดูแลตนเอง มักห่อไหล่คอดก สีหน้าแววตา แสดงออกถึงความเศร้าหมอง

3. อารมณ์ซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) มักพบอาการหลักและอาการที่เกี่ยวข้อง ไม่สนใจกิจวัตรประจำวันเลย รวมถึงการกิน และการนอน มีอารมณ์เพื่อฝัน หลงผิดประสาท หลอน การรู้สึกผิดหรือความคิดว่าตนควรถูกลงโทษ อาจมีความคิดทำร้ายตนเองเนื่องจากการหลงผิด

กฤติกา บุญรัตนประภา และสรินทร์ บัวทอง (2550) กล่าวถึง การประเมินภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุและบุคคลธรรมดา ว่ามีด้วยกัน 3 วิธี คือ

1. การประเมินด้วยตนเอง (Self-rating Scale) ได้แก่ แบบทดสอบ SCQ (Symptom Distress Checklist-90) แบบสำรวจภาวะซึมเศร้าของเบค BDI (Beck Depression Inventoryแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 30 ข้อ (TGDS-30) เป็นต้น

2. การประเมินโดยผู้รักษา (Physician-rated Scale) เช่น ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยแยกตาม DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) การใช้เครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยา (Psychological Treats) เป็นต้น

3. การวัดพฤติกรรมแบบปรนัย (Objective Behavioral Measures) เป็นการวัดพฤติกรรมภายนอก ซึ่งสังเกตและวัดได้โดยมีการเลือกสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมนั้น ๆ แล้วบันทึกไว้ เช่น การพูด การยิ้ม กิจกรรมที่เคลื่อนไหว เป็นต้น

จากที่กล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยมีวิธีการประเมินประกอบด้วย การประเมินด้วยตนเอง การประเมินโดยผู้รักษา และการประเมินด้วยแบบวัดพฤติกรรมแบบปรนัย

1.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า ในความหมายของนักจิตวิทยา ยังแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็นชนิดต่าง ๆ ตามแนวคิดของทฤษฎีทางจิตวิทยาแต่ละทฤษฎี ดังนี้

กฤติกา บุญรัตนประภา และสรินทร์ บัวทอง (2550) ได้กล่าวทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Depression) ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีหลักดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psycho - analytic Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าเป็น ภาวะหมดหวัง ไร้ที่พึ่งพิง ไร้อำนาจ ซึ่งเกิดหลังการเจ็บป่วยล้มเหลว หรือโดดเดี่ยว โดยทฤษฎีนี้ให้ความ สนใจองค์ประกอบที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิตของบุคคล ทั้งการแสดงออก ผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ตลอดจนความขัดแย้งต่าง ๆ ที่เป็นเหตุแห่งความไม่สมหวังในชีวิต

2. ทฤษฎีความสิ้นหวังหรือยอมจำนนจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness Theory) ของเซลิกแมน เกิดจากบุคคลอยู่ในสภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถ ขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และรู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่ เกิดขึ้น (helplessness) จึงทำให้บุคคลดำเนินชีวิตไปแต่ละวันโดยไร้จุดหมาย ไม่ยอมแก้ไขประกอบกับขาด แรงเสริม (inadequate reinforcement) ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า หรือภาวะนี้อาจจะเกิดจากการรู้สึกถูกลู กโหษ รู้สึกพ่ายแพ้ ความรู้สึกไม่สามารถหลุดพ้นจากภาวะความเศร้าและความรู้สึกลบต่าง ๆ ได้

3. ทฤษฎีด้านความคิดและการรับรู้ (Cognitive Theory) ตามทฤษฎี Beck, A. T., (1976) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากมีแนวความคิด และการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และ อนาคต ซึ่งทัศนคติเรื่องตนเอง และสังคมจะได้รับการพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก แต่ความรู้สึกเศร้าจะเกี่ยวข้องกับ แนวความคิดเกี่ยวกับตนเองทางลบ เช่น ความรู้สึกมีปมด้อย รู้สึกไร้ค่า ไม่มั่นคง และจะตีความเรื่องต่าง ๆ ในลักษณะของความพ่ายแพ้ นว่าอายุอยู่ตลอดเวลา ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะเป็นผู้ที่มีแนวโน้มตีความ สถานการณ์ต่าง ๆ เป็นความเจ็บปวดและคับข้องใจ นำไปสู่ความพ่ายแพ้ รู้สึกเกลียดตัวเอง รู้สึกผิดและไร้ ค่า ซึ่งการตีความที่บิดเบือนจากความเป็นจริงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

จากที่กล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า นอกจากจะสามารถประเมินความรุนแรง และลักษณะที่แสดงออกแล้ว ในทางทฤษฎีจิตวิทยา ก็ได้นำเสนอเกี่ยวกับลักษณะของภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดของทฤษฎีทางจิตวิทยาต่าง ๆ

1.5 กลวิธีการแก้ไขภาวะซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ซึ่งที่สามารถรักษาได้ โดยเฉพาะการรักษาด้วยยา ปัจจุบัน

โรงพยาบาลพระมงกุฎ (2564) นำเสนอแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าว่า โรคซึมเศร้า เป็น โรคทางจิตเวชที่สามารถรักษาได้ โดยผู้ป่วยประมาณร้อยละ 80-90 ที่ตอบสนองต่อการรักษาโดยมีอยู่ 3 แบบดังนี้

1. ดูแลรักษาโดยจิตแพทย์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษา หลังจากแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีอาการโรคซึมเศร้า จะมีวิธีการรักษาตามความรุนแรงของโรค ขึ้นอยู่กับดุลย พินิจของแพทย์

2. การรับประทานยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ
 - 2.1 ยากลุ่ม (SSRI) เป็นกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล กลไกหลักคือการยับยั้งการดูดซึมกลับของเซโรโทนิน
 - 2.2 ยากลุ่ม (TCA) เป็นกลุ่มยาที่ได้รับความนิยม ช่วยยับยั้งการดูดซึมกลับของสารสื่อประสาทหลายชนิด
 - 2.3 ยากลุ่ม (NDRI) เป็นอีกกลุ่มยาที่ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับรุนแรง
 3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy, ECT) เป็นการใช้กระแสไฟฟ้าที่มีความเข้มข้นต่ำกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง หรือผู้ที่รักษาด้วยจิตบำบัดและการทานยาแต่ไม่ดีขึ้น การรักษาด้วยไฟฟ้าจะเป็นการทำด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ทั้งจิตแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาล โดยผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษา 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์
 4. การดูแลโดยนักจิตวิทยาบำบัด เป็นการพูดคุยเพื่อรับฟังปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นหรือปรับทัศนคติและวิถีคิดของผู้ป่วยเอง ส่วนใหญ่จะใช้วิธีที่เรียกว่า Cognitive Behavioral Therapy (CBT) เป็นการบำบัดที่เน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจในปัญหาและความคิดแง่ลบที่เกิดขึ้น ก่อนจะค่อยๆ ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเหล่านั้นให้ไปในแง่บวกมากยิ่งขึ้น
- จากที่กล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า สามารถรักษาได้ โดยปัจจุบันมีวิธีการรักษา ทั้งการรักษาโดยจิตแพทย์ การรักษาด้วยยาชนิดต่าง ๆ การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาโดยนักจิตวิทยา

1.6 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าแม้จะเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลับเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ

รวีนันท์ จงประเสริฐพร และศิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล (2566) ได้พูดถึงสาเหตุของการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นในผู้สูงอายุ ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองประสบกับภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง ความชุกของภาวะซึมเศร้าจะเกิดในช่วงแรกมากกว่าช่วงหลัง ร้อยละ 33 จะเกิดช่วง 3 เดือนและร้อยละ 29 จะเกิดช่วง 1 ปีเป็นต้นไป อาการแสดงทางคลินิกที่พบบ่อยของภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ได้แก่ หงุดหงิด อ่อนเพลียและขาดความสนใจในการทำกิจกรรม ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการตอบสนองในการทำกายภาพบำบัด และส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง และเพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาล ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในการรักษาจิตใจสังคมบำบัดและการรักษาโดยใช้ยามีบทบาทสำคัญในการลดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง

มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ และปทุมวดี พัฒนเรืองกุล (2564) ได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงของภาวะซิมเศร่าหลังโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ได้แก่ พันธุกรรม เพศ อายุ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย การไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้น้อย อย่างเช่นเพศ พบว่ามีภาวะซิมเศร่าทั้งในเพศหญิงและชาย บางการศึกษาพบผู้หญิงมีภาวะซิมเศร่ามากกว่าผู้ชายอาจเพราะเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย และอายุยืนกว่าเพศชาย จึงพบการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้สูงอายุชาย หรือบางกรณีเพศชายเคยมีบทบาทผู้นำในหน้าที่การงาน ครอบครัว และสังคม จึงทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ ส่งผลให้เกิดภาวะซิมเศร่าตามมา ประเด็นอายุพบว่าผู้สูงอายุตอนต้นมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซิมเศร่าสูงกว่าผู้สูงอายุตอนปลาย พบผู้อายุมากกว่า 65 ปีพบมีภาวะซิมเศร่าหลังโรคหลอดเลือดสมองเพียง ร้อยละ 12 ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับภาวะซิมเศร่า นั่นคือผู้ที่มีอาการรุนแรงมากจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซิมเศร่าสูงกว่าเนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสุดท้ายประเด็น รายได้หากเกิดรายได้ไม่เพียงพอหรือไม่มีความสามารถใช้จ่ายในการดูแลรักษาตนเองได้ ผู้ป่วย อาจเกิดภาวะซิมเศร่าได้

จากที่กล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า ภาวะซิมเศร่าแม้จะเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ภาวะซิมเศร่า ยังคงมีอันตรายสูง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง

2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาแบบกลุ่ม

2.1 ความหมายของการปรึกษาแบบกลุ่ม

กระบวนการกลุ่มเป็นหนึ่งวิธีการที่จะสามารถช่วยให้บุคคลก้าวข้ามผ่านปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตไปได้ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว อายุ เพศ อัตลักษณ์ เป็นต้น หรือเป็นกระบวนการกลุ่มแบบหนึ่งที่สามารถกระตุ้นการแสวงหาความหมายในชีวิตได้ สร้างแรงจูงใจและทำให้มนุษย์เห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ การปรึกษาแบบกลุ่มจึงเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือบุคคลด้วยการสนทนาหรือการพูดคุยกันอย่างมีเป้าหมาย ผ่านการสร้างสัมพันธภาพที่ดี และประสานโดยผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนใช้ทักษะ ขั้นตอน และทฤษฎี เพื่อให้ผู้มีปัญหาหรือผู้รับการปรึกษามีความรู้สึกรับรองใจว่าได้รับการยอมรับ และเกิดความรู้สึกไว้วางใจ พร้อมทั้งจะเปิดเผยความรู้สึกหรือปัญหาของตน เกิดการเรียนรู้สาเหตุของปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ จนสามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาในเรื่องต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

Gazda, Duncan & Meadows (1967) ให้ความหมายการของการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม โดยสรุปว่า เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เชื่อมโยงกัน มุ่งเน้นทางด้านความคิดและพฤติกรรมของบุคคล และทำให้เข้าใจถึงความจริง เป็นกระบวนการที่มีการระบายความรู้สึกทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ยอมรับ และสนับสนุนซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกันและกันในกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น โดยสมาชิกกลุ่มจะต้องเป็นบุคคลปกติ ไม่มีความกังวลที่รุนแรงมาก และใช้

ปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มในการสร้างความเข้าใจและยอมรับในคุณค่า เป้าหมายของชีวิต เกิดการเรียนรู้ในเจตคติ หรือพฤติกรรมบางอย่าง

Gibson and Mitchell. (2008, p. 172) กล่าวถึงการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่ม ว่า เป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาพฤติกรรมในรูปแบบกลุ่ม มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ค่านิยม หรือ ทศนคติ รวมทั้งการตัดสินใจด้านอาชีพ

ดวงมณี จงรักษ์ (2561) ได้ให้ความหมายของการให้การปรึกษากลุ่ม โดยสรุปว่า การให้การปรึกษาเชิงกระบวนการ คือ บุคคลมีความต้องการแก้ไขปัญหาใดปัญหาหนึ่งร่วมกัน เป็นกลุ่มเพื่อปรึกษาหารือซึ่งกันและกัน โดยมีผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่ม เพื่อที่จะได้พิจารณากำหนดปัญหา แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึก และความคิดเห็นของแต่ละคน กล่าวที่จะเผชิญปัญหา หรือปรับปรุงตนเองและได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีปัญหา ซึ่งกระบวนการดำเนินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมีทฤษฎีที่หลากหลาย

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2558, น. 227-257) กล่าวถึงวิธีการสำคัญของการให้ปรึกษาแบบกลุ่ม โดยสรุปไว้ว่า การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นการให้การปรึกษาแก่ผู้รับบริการปรึกษาเป็นกลุ่ม ที่มีปัญหาคล้ายๆกัน ต้องการแก้ไขปัญหา ปรับปรุงหรือพัฒนาตนเองที่คล้ายคลึงกัน มาปรึกษาร่วมกัน

จากที่กล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า การให้การปรึกษากลุ่ม และกระบวนการเปลี่ยนแปลงความคิด พฤติกรรม ผ่านการสร้างสัมพันธภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม ที่มีความต้องการเดียวกัน และมีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาอย่างเดียวกัน

2.2 วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษากลุ่ม

การให้การปรึกษากลุ่มมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพัฒนาทักษะของบุคคล โดยจะรวมกันเป็นกลุ่ม นอกจากนี้ การให้การปรึกษากลุ่มยังมีวัตถุประสงค์เฉพาะอีกด้วย

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2557, น. 37) ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทโดยสรุปได้ดังนี้

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป คือ การเปิดโอกาสสมาชิก ให้สำรวจ ทำความเข้าใจ ทำความรู้จัก และยอมรับตนเอง ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ด้วยการแสดงออกทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม การสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ยอมรับผู้อื่น ยอมรับข้อเสนอแนะ แลกเปลี่ยนความคิด ประสบการณ์ ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ และเรียนรู้วิธีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ในสังคมอย่างปกติสุข

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ เป็นวัตถุประสงค์ของกลุ่มที่มีความแตกต่างกันออกไป ตามแต่ละทฤษฎี ดังนี้

2.1 วัตถุประสงค์เฉพาะของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ตามทฤษฎีแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม คือ การให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์และพฤติกรรมอย่างเหมาะสม ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความผิดปกติทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะของการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่ม ตามทฤษฎีภวานิยม คือ การให้สมาชิกมีความกระฉับกระเฉงในชีวิต ทั้งในปัจจุบันและอนาคต สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความหมายและมีความรับผิดชอบ กล้าเผชิญหน้าและจัดการกับความวิตกกังวลอย่างสร้างสรรค์ สามารถค้นพบเอกลักษณ์ตนเอง มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่น และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้

2.3 วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวเผชิญความจริง คือ ช่วยให้สมาชิกสามารถเผชิญกับสภาพความเป็นจริง มีวุฒิภาวะ รู้จักตนเอง ตระหนักในคุณค่าของตน มีความรับผิดชอบในการแก้ปัญหา ด้วยการพิจารณาตามความเป็นจริง รู้จักพิจารณาว่าอะไรถูก อะไรผิด และกระทำพฤติกรรมที่พึงปรารถนา

2.4 วัตถุประสงค์ของการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ได้แก่ ช่วยให้สมาชิกปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ด้วยวิธีการกำหนดเป้าหมาย ดำเนินเปลี่ยนแปลงร่วมกันระหว่างสมาชิกกระตุ้นให้สมาชิกรับผิดชอบที่จะปฏิบัติตามข้อตกลง เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

2.5 วัตถุประสงค์ของการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์ ได้แก่ ช่วยให้สมาชิกเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง รู้ภาวะปัจจุบัน ยอมรับตนเอง รู้จักจุดเด่นจุดด้อยของตน ให้สามารถเรียนรู้วิธีการถามอย่างกระฉับกระเฉงและตรงประเด็นเกี่ยวกับความต้องการของตน เรียนรู้วิธีการที่จะจัดการกับความขัดแย้งระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เรียนรู้วิธีการสนับสนุน ให้ข้อคิดเห็นและกำลังใจแก่ผู้อื่น และสามารถที่จะสร้างข้อตกลงต่าง ๆ ได้ มีความสามารถในแก้ไขปัญหาอุปสรรค และควบคุมตนเอง ปล่อยวางอดีต ไม่คาดหวังอนาคต และใช้ชีวิตอยู่กับปัจจุบันได้อย่างมีความสุข

2.6 วัตถุประสงค์เฉพาะของการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีการวิเคราะห์สัมพันธภาพระหว่างบุคคล คือ ช่วยให้สมาชิกเป็นตัวของตัวเอง สามารถตัดสินใจรับประสบการณ์ใหม่ ๆ รับผิดชอบต่อตน ตระหนักรู้ว่าพฤติกรรมปัจจุบันของตนมีอิทธิพลมาจากบรรพบุรุษ เกิดการตระหนักรู้ในปัญหาของตนเอง สามารถเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ตลอดจนมีเปลี่ยนแนวทางในการดำเนินชีวิตใหม่ และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

2.7 วัตถุประสงค์ของการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ สนับสนุนให้สมาชิกกลุ่ม ในการพัฒนาตนเองตามความสามารถ ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ ทำความเข้าใจและเปลี่ยนแปลงตนเอง ตระหนักรู้ในตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถควบคุมตนเอง

ตัดสินใจด้วยตนเอง รู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองอย่างสอดคล้องกับประสบการณ์ที่มีอยู่ และเกิดความสอดคล้องกันระหว่างตนที่เป็นจริงกับตนในความคาดหวัง

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ วัตถุประสงค์ทั่วไปของการให้การปรึกษา และวัตถุประสงค์เฉพาะซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ ในการให้การปรึกษาในแต่ละครั้ง

2.3 ประโยชน์ของการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2559, น. 192) ให้ความเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของการให้การปรึกษากลุ่ม โดยสรุป ดังนี้

1. ก่อให้เกิดความรู้สึกของการเป็นสมาชิกกลุ่ม และการได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกของการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ไม่อับอายโดดเดี่ยว และเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รู้จักให้มากกว่ารับด้วยความจริงใจ และเต็มใจ

2. ทำให้เห็นความสำคัญของสัมพันธภาพ และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เนื่องจากการให้การปรึกษากลุ่ม สมาชิกกลุ่มจะเกิดการเรียนรู้ในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เรียนรู้เจตคติ ความรู้สึก และจุดมุ่งหมายในการกระทำ หรือการแสดงออกทั้งของตนเอง และสมาชิกกลุ่ม

3. ก่อให้เกิดการเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม และกับบุคคลอื่น ทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การพูด การอภิปราย และกิริยาท่าทาง โดยการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดการพัฒนา และปรับปรุงตนเองได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

4. ทำให้ผู้ให้การปรึกษามีโอกาสสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก และการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม ทำให้ผู้ให้การปรึกษา ได้ศึกษาวิธีการให้ความช่วยเหลือ หรือพัฒนาผู้รับบริการ ตรงตามความต้องการ และสามารถให้บริการเป็นกลุ่มมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

Nystull (1999, p. 310) กล่าวถึงประโยชน์ของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม พอสรุปได้ดังนี้

1. เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ทำให้เกิดการทดลอง และพบกับประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมใหม่ ๆ ของสมาชิกกลุ่มคนอื่น

2. ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกอื่น ๆ

3. ประหยัดเวลา เนื่องจากการให้บริการแก่ผู้รับบริการครั้งละหลายคน

4. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ให้ช่วยเหลือผู้อื่น ช่วยลดความวิตกกังวลต่อปัญหาของตน

5. ทำให้ข้อคิดเห็นของสมาชิก ช่วยแก้ไขปัญหาคัดต่าง ๆ ของสมาชิกกลุ่ม

6. ช่วยให้ผู้รับปรึกษา มีพลัง มีความกระตือรือร้น และแรงจูงใจให้บรรลุเป้าหมาย

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า การให้การปรึกษากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิก กลุ่ม ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นที่ยอมรับ ประสงค์ ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ของกันและกัน

2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาแบบกลุ่ม

การให้การปรึกษากลุ่ม มีทฤษฎีและเทคนิคการให้การปรึกษาที่สำคัญหลายทฤษฎี ซึ่งแต่ละทฤษฎีนั้น ผู้ให้การปรึกษาสามารถคัดเลือกนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ดังต่อไปนี้

2.4.1 แนวคิดของทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม

ทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม เป็นทฤษฎีการให้การปรึกษาที่เชื่อว่า ความคิด ความเชื่อ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลมีความเชื่อมโยง ต่อเนื่องกันและมีอิทธิพลต่อกัน บุคคลมีอารมณ์ ความรู้สึก และปัญหาหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีสาเหตุมาจากความคิด ความเชื่อ ที่ไม่สมเหตุผล ซึ่งการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม มีเทคนิคสำคัญ ดังต่อไปนี้

เจียรนีย์ ทรงชัยกุล และโกศล มีคุณ (2554, น. 26-32) กล่าวถึงเทคนิคของการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ทั้ง 3 ด้าน สรุปได้ดังนี้

2.4.2 เทคนิคด้านการรู้คิด (Cognitive Techniques) ได้แก่

- 1) เทคนิคการโต้แย้งความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล เป็นเทคนิคที่ใช้โต้แย้ง หรือกระตุ้นให้เกิดการใช้เหตุผลพิจารณาเพื่อจัดความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล
- 2) เทคนิคการทำกรบ้านเพื่อฝึกการคิด เป็นการมอบหมายให้นำไปฝึกฝน เพื่อให้มีความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล มีอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น
- 3) เทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ภาษา เป็นปรับเปลี่ยนการใช้ภาษาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่ออารมณ์ใหม่ ให้มีความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น
- 4) เทคนิคการใช้อารมณ์ขัน เป็นเทคนิคเพื่อให้เกิดความรู้สึกขบขัน ในความไม่สมเหตุผลของตนเอง เกิดความรับผิดชอบต่อสิ่งนั้น เกิดความกระจำ สนุกสนาน และพบความจริง

2.4.3 เทคนิคด้านอารมณ์ (Emotive Techniques) ได้แก่

- 1) เทคนิคการจินตนาการแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เป็นเทคนิคการให้เกิดการจินตนาการว่า กำลังอยู่ในสถานการณ์ที่มีอารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม จากนั้นจะให้ปรับเปลี่ยน อารมณ์ความรู้สึกให้เหมาะสม
- 2) เทคนิคการใช้บทบาทสมมติ เป็นเทคนิค ในการช่วยให้เกิดการตระหนักถึง ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล กับอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม โดยการแสดง

บทบาท และพฤติกรรมในลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้ได้รับรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึกในบทบาทผู้อื่น และทำให้สามารถจัดการกับความเชื่อที่ไม่สมเหตุผลได้

3) เทคนิคการฝึกสู้กับความอับอาย เป็นเทคนิคที่ช่วยฝึกทำสิ่งที่ไม่กล้าทำ เพราะรู้สึกอับอายหรือหวั่นไหวต่อความคิดของผู้อื่น

4) เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ เป็นเทคนิคที่ทำให้แก่สมาชิกกลุ่มคนอื่นเห็นว่าสิ่งนั้นดีหรือเหมาะสมหรือไม่ เช่น อารมณ์ไม่มั่นคง ความรักและเมตตา สุขภาพ ให้เกียรติผู้อื่น เป็นตัวของตัวเอง และมีสุนทรียภาพ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความคิด ความเชื่อ อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

5) เทคนิคด้านพฤติกรรม (Behavioral Techniques) ได้แก่ เทคนิคในการทำความผ่อนคลายความเครียดต่าง ๆ เทคนิคการจัดความรู้สึกหวาดวิตกอย่างเป็นระบบ เทคนิคการเสนอตัวแบบ เทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ เทคนิคการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก และเทคนิคการฝึกทักษะ เป็นต้น ซึ่งเป็นเทคนิคตามทฤษฎีการรักษาระบบพฤติกรรมนิยม โดยจะกล่าวถึงรายละเอียดในลำดับต่อไป

2.4.4 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์

การให้บริการปรึกษาตามแนวคิดของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ เป็นทฤษฎีการให้การปรึกษากลุ่ม ที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการอยู่กับความรู้สึกในปัจจุบัน เวลา และเดี๋ยวนี้ ซึ่งมีเทคนิคที่นิยมใช้แพร่หลาย ดังนี้

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2557, น. 7, 42-43) ได้อธิบายเทคนิคที่นิยมนำมาใช้ของการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ โดยสรุป มีดังนี้

1) การใช้สรรพนามแทนตนเอง (Using Personal Pronouns) เป็นการให้ผู้รับบริการเปลี่ยนคำพูดถึงตนเอง แทนที่จะพูดถึงบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาตระหนักว่าตนเองคิด พูดและมีความต้องการอะไร ทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อคำพูด ความรู้สึกและการกระทำของตนเอง เนื่องจากบุคคลมักปิดบังความรู้สึก ความต้องการที่แท้จริงของตน โดยมักจะพูดว่า “ใคร ๆ ก็ไม่อยากเผชิญกับปัญหาแบบนี้” หรือพูดเอ่ยลอย ๆ โดยให้ผู้รับบริการปรึกษาพูดตรง ๆ เช่น “ผมไม่อยากเผชิญกับปัญหานี้”

2) การเปลี่ยนคำถามให้เป็นประโยคบอกเล่า (Changing Questions Statement) คือ การให้ผู้รับบริการเปลี่ยนประโยคคำถามเป็นการบอกเล่า เนื่องจากประโยคคำถามเป็นการเลี่ยงการรับรู้หรือการกล่าวถึงความรู้สึกที่แท้จริง แต่ประโยคบอกเล่า จะกระตุ้นให้รับรู้ความรู้สึกความต้องการแท้จริงของตนเอง เช่น “ทำไมต้องร้องไห้เสียใจ” เปลี่ยนเป็น “ร้องไห้เพราะรู้สึกเสียใจที่เขาเปลี่ยนไป”

3) ความรับผิดชอบต่อตนเอง (I Take Responsibility) การบอกตัวเองว่าทำไม่ได้ แต่ในความเป็นจริง “ไม่ทำ” หรือ “ไม่ยอมทำ” มากกว่า เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดความรับผิดชอบ ควรพูดว่า “ผมจะรับผิดชอบเอง หรือ ผมจะทำเอง”

4) การพูดโต้ตอบด้วยตนเอง (Games of Dialogue) เป็นการใช่มือสองข้างพูดโต้ตอบกัน โดยถ่ายทอดความรู้สึกที่ต้องการอย่างแท้จริงไปที่มือซ้าย แล้วถ่ายทอดความรู้สึกที่เฝ้าบอกตนเองว่า ควรทำ (should do) ซึ่งไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริงไปที่มือขวา แล้วให้มือซ้ายพูดจาโต้ตอบกับมือขวา ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความกระจ่างถึงความรู้สึกของ

5) เทคนิคเก้าอี้ว่าง (The Empty Chair Technique) คือ การช่วยเกิดการรับรู้ความรู้สึกที่ขัดแย้งกันภายในตนเองให้กระจ่าง ไม่พยายามเก็บกดหรือปฏิเสธความรู้สึกที่มีอยู่ โดยให้การวางเก้าอี้ 2 ตัว ตั้งประจันหน้ากัน แล้วให้ผู้รับบริการปรึกษาแสดงบทบาทและคำพูดที่เป็นส่วนของความต้องการที่แท้จริง (Under dog) แล้วย้ายไปนั่งที่เก้าอี้ตรงกันข้าม และสวมบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกตามอุดมคติ (Top dog) ที่ขัดแย้งอยู่ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจและสัมผัสกับความรู้สึกทั้งสองอย่างที่มีอยู่ได้อย่างกระจ่างขึ้น

6) การฝึกจินตนาการ (Fantasy Games) ช่วยให้เกิดการตระหนักถึงความต้องการของตนเองได้ โดยฉาย (Project) ความรู้สึกที่ต้องการ ไปยังสิ่งอื่น แทนที่จะพูดถึงตนเองตรง ๆ ซึ่งบางครั้งการพูดถึงความรู้สึกของตนเองตรง ๆ อาจเกิดความลำบากใจที่จะระบายความรู้สึกนั้นออกมา

7) เทคนิคการแสดงพฤติกรรมที่ตรงกันข้าม (Reversal Technique) เป็นการแสดงบทบาทตรงกันข้ามกับตนเอง เช่น บทบาทผู้หญิงเข้มแข็ง ดุร้าย เอาแต่ใจตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงความรู้สึกอีกส่วนหนึ่งที่มีอยู่ โดยไม่พยายามปฏิเสธและเก็บกดเอาไว้ กล้าที่จะแสดงบุคลิกภาพทั้งสองแบบตามความเหมาะสม

8) การแสดงบทบาทที่กล่าวโทษผู้อื่น (Playing the Projection) เป็นเทคนิคที่จะช่วยให้เกิดตระหนักถึงความรู้สึกที่ไม่ดีภายในตนเอง ที่ไม่กล้ายอมรับ แต่มักจะไปคอยจับผิดและกล่าวโทษผู้อื่น ว่าคนอื่นมีส่วนที่ไม่ดีนั้น ๆ เช่น ความรู้สึกไม่ไว้วางใจตนเอง ไม่อยากรับผิดชอบต่อภาระของตนเอง ก็มักจะมองว่าผู้อื่นไม่รับผิดชอบ ไม่น่าไว้วางใจ คอยกล่าวโทษจับผิดผู้อื่น ผู้ให้บริการปรึกษาก็จะให้เขาแสดงบทบาทเป็นบุคคลผู้ไม่ไว้วางใจต่อผู้อื่นออกมา เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาได้สำรวจและทำความเข้าใจตนเอง จะช่วยให้เขารับผิดชอบต่อ และพยายามปรับปรุงแก้ไขหรืออยู่กับส่วนนั้นในตัวเองให้ได้ โดยไม่กล่าวโทษผู้อื่น

9) การอยู่กับความรู้สึก (Staying with the Feeling) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้เกิดการรับรู้ความรู้สึกของตนเองในสภาวะปัจจุบัน ให้กล้าเผชิญกับความรู้สึกนั้นอย่างเต็มที่ โดยไม่เลี่ยงหนี ไม่รีบ

ข้ามไปรับรู้เรื่องอื่น ส่วนใหญ่จะเป็นความรู้สึกที่ค้างค้ำต่อประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีต ที่ยังมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมในปัจจุบัน เช่น อารมณ์ความเศร้าสะเทือนใจ ความเจ็บปวด

10) ขณะนี้ฉันตระหนักรู้ (Now I'm aware) เป็นวิธีที่ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ในความสัมพันธ์ระหว่างตนกับสิ่งแวดล้อม โดยมีขั้นตอนสำคัญ คือ การให้ผู้รับบริการปรึกษาหลักตาลง แล้วพูดออกมา เช่น “ขณะนี้ ฉันตระหนักรู้ถึงการหายใจของฉัน” “ขณะนี้ ฉันตระหนักรู้ว่าท้องของฉันเกร็ง” เป็นต้น

จากที่กล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า เทคนิคการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ เป็นการให้การปรึกษาที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการอยู่กับภาวะปัจจุบันให้มากที่สุด ให้กล้าเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ไม่หลบหรือเก็บกดต่อปัญหาต่าง ๆ

2.4.5 เทคนิคการให้บริการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ

การให้การปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ เป็นการให้การปรึกษาที่เน้นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่มุ่งเน้นปัญหาที่เกิดขึ้นในอดีต หรือปัจจุบัน และทฤษฎีนี้ มุ่งเน้นการสร้างคำตอบมากกว่าที่จะแก้ไขปัญหา โดยมีวัตถุประสงค์ของทฤษฎีสำคัญ คือ ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ช่วยค้นหาสิ่งที่มีคุณค่า ค้นหาจุดแข็งและแหล่งสนับสนุน เพิ่มความหวังและการมองโลกในแง่ดี เน้นการแก้ไขปัญหามากกว่าที่จะพูดถึงตัวปัญหา ให้สมาชิกกลุ่มมีชีวิตอยู่โดยไม่มีปัญหา มีเทคนิคการให้การปรึกษาที่สำคัญ ดังนี้

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2557, น.7, 54-58) ได้รวบรวมเทคนิคการให้การปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ ที่นิยมนำมาใช้ โดยสรุป ดังต่อไปนี้

1) เทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (Miracle Questions) เป็นเทคนิคที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการเปลี่ยนแปลง และสิ่งที่ต้องการ เน้นการมองปัญหาในอนาคต โดยการตั้งคำถาม เช่น สมมติว่าพรุ่งนี้คุณตื่นนอนขึ้นมาในตอนเช้า และพบว่าสิ่งมหัศจรรย์เกิดขึ้น ปัญหาทั้งหมดที่มีอยู่หมดไป สิ่งแรกที่คุณจะทำ คืออะไร

2) เทคนิควิธีการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้ได้ผล (Looking for previous solutions) เป็นเทคนิคการทบทวนถึงวิธีแก้ไขปัญหาในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการหาวิธีแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน โดยตั้งคำถาม เช่น ที่ผ่านมา คุณแก้ไขปัญหานี้อย่างไร

3) เทคนิคคำชม (Compliment) เป็นการกล่าวชมการกระทำของผู้รับบริการปรึกษา เพื่อให้รู้ว่าสิ่งที่กำลังกระทำอยู่นั้นดีแล้วและยอมรับว่าปัญหานั้นยากที่จะแก้ไข ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษากระทำพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์นั้นต่อไป โดยการใช้คำพูด เช่น คุณทำได้อย่างไร คุณคงทำงานหนักมากเพื่อให้สิ่งนี้ เป็นต้น

4) คำถามข้อยกเว้น (Exception questions) เป็นการตั้งคำถามที่จะหาข้อยกเว้นถึงเวลาที่ไม่เกิดปัญหา ช่วยในการตรวจสอบและรู้ข้อยกเว้นนั้น ให้รับรู้ว่ามีปัญหาไม่มีความรุนแรงมากเกินไป

ไม่มีอยู่ตลอดไป เพิ่มโอกาสในการแก้ไขปัญหามากขึ้น โดยการตั้งคำถาม เช่น ช่วยบอกว่า เวลาสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุขนั้น เป็นอย่างไร คุณทำอะไรในช่วงเวลานั้น อะไรที่มีความแตกต่างจากเวลานี้ ลองทำตัวให้เหมือนกับในวันที่มีความสุขนั้น หรือ มีช่วงเวลาไหนบ้างที่ไม่มีปัญหา หรือ ปัญหา น้อยลง คุณทำอะไรในช่วงเวลานั้น เป็นต้น

5) คำถามเผชิญ (Coping questions) เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความกลัว ความโดดเดี่ยว และความทุกข์ยาก ทำสามารถเผชิญปัญหา สร้างแนวทางในการเผชิญปัญหาได้ และช่วยให้เปิดเผยในสิ่งที่ต้องเผชิญกับปัญหานั้น โดยการตั้งคำถาม เช่น อะไรคือสิ่งที่คุณพบว่า เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ในเวลานั้น คุณจัดการอย่างไร สิ่งที่เกิดขึ้นนั้นยากมาก หรือ ใครที่ช่วยคุณจัดการกับปัญหานี้ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ มีเทคนิคสำคัญ และได้รับความนิยมน้อยอย่างหลากหลาย ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นเทคนิคที่มุ่งแก้ไขปัญหแก่ผู้รับบริการให้การปรึกษา

2.4.6 เทคนิคให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเผชิญความจริง

การให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง เป็นทฤษฎีการปรึกษากลุ่มที่เชื่อว่ามนุษย์มีพฤติกรรมที่เกิดจากจิตสำนึก มีแรงผลักดันที่จะมีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมโน้มไปในทางที่จะกระทำเพื่อให้ได้รับการยอมรับ พฤติกรรมของมนุษย์ถูกควบคุมโดยความต้องการ 4 ประการ คือ ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความต้องการอำนาจ ความต้องการอิสระและความต้องการความสนุกสนาน มนุษย์สามารถที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ หากมีความกล้าที่จะเผชิญกับความเป็นจริง โดยจะต้องมีความรับผิดชอบในการสนองความต้องการของตนเองด้วยการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง โดยมีเทคนิคสำคัญ ดังนี้

ชาติชาย พิทักษ์ธนาคม (2559, น. 397-399) กล่าวถึงเทคนิคการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเผชิญความจริง โดยสรุปดังต่อไปนี้

1) เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการ เช่น การทักทาย การแสดงความเป็นมิตร การแสดงความจริงใจต่อกัน การรักษาความลับ ให้เกียรติ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเต็มใจที่จะเปิดเผยเรื่องราวความรู้สึก กับทั้งร่วมมือในการแก้ไขปัญห

2) เทคนิคการตั้งคำถาม เป็นเทคนิคมุ่งให้เกิดการสำรวจความคิด และความรู้สึก รวมทั้งประเมินตนเองและวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตลอดจนแนวทางในการดำเนินชีวิต ซึ่งการใช้คำถามอย่างถูกต้องเหมาะสมนั้น จะช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาเน้นอยู่กับสิ่งที่คิดและมีความรู้สึก ช่วยระบุวิธีการที่เฉพาะเจาะจงในการเปลี่ยนจากความล้มเหลว ไปสู่ความสำเร็จ ประเภทคำถาม มีทั้งคำถามแบบ

ตอบสั้นๆ เจาะจงลงไป คำถามแบบเปิด ไม่จำกัดขอบเขต แต่มุ่งให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็น และความรู้สึกในประเด็นต่าง ๆ

3) เทคนิคการพูดแบบเผชิญหน้า เป็นการทบทวนประเด็นต่าง ๆ อีกครั้งหนึ่ง หรือเพื่อเข้าใจพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตน การพูดแบบเผชิญหน้านี้ต้องรอให้สัมพันธ์ภาพดีเสียก่อน ไมเช่นนั้น จะกลายเป็นการทำลายสัมพันธ์ภาพ

4) เทคนิคการใช้อารมณ์ขัน คือ การใช้อารมณ์ขันที่เกี่ยวข้องกับแง่มุมหนึ่งของชีวิต ซึ่งจะทำให้ความตึงเครียดลง ช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้การศึกษา และผู้รับบริการมีความอบอุ่นไว้วางใจ การให้คำปรึกษาจึงดำเนินไปอย่างราบรื่น อย่างไรก็ตาม ผู้ให้คำปรึกษาต้องระวังที่จะไม่ใช้อารมณ์ขันที่ก่อให้เกิดความไม่พอใจ ความขัดแย้ง หรือความรู้สึกว่าได้รับการดูถูก

5) เทคนิคการให้ข้อเสนอแนะ ผู้ให้การศึกษาให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้รับบริการว่าจะสนองความต้องการของตนได้อย่างไร จะวางโครงการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองอย่างเป็นระบบได้อย่างไร

6) เทคนิคการเปิดเผย ผู้ให้การศึกษาช่วยให้ผู้รับบริการ เปิดเผยประสบการณ์ ความคิดปัญหาอุปสรรคของตนเอง

7) เทคนิคการตีความ ผู้ให้การศึกษาตีความพฤติกรรมของผู้รับบริการ หรือตีความสีหน้าท่าทาง คำพูดของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจและมองสิ่งต่าง ๆ กว้างขึ้น เข้าใจพฤติกรรมเพิ่มขึ้น การตีความจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้ง และเป็นแรงจูงใจที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักในตนเอง ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ภาพพจน์ใหม่เกี่ยวกับตนเอง

นิรนาท แสนสา (2558) กล่าวถึงเทคนิคการให้การศึกษาแบบเผชิญความจริงว่ามีเทคนิคสำคัญ ๆ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) เทคนิคที่มีประสิทธิภาพที่ควรปฏิบัติ 2) เทคนิคที่ไม่มีประสิทธิภาพที่ควรหลีกเลี่ยง และ 3) เทคนิคการใช้ระบบ W D E P System มีรายละเอียด ดังนี้

1) เทคนิคการเขียนสัญญา (Composing Contacts) คือการที่ผู้ให้การศึกษาขอให้ผู้รับบริการ เขียนสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษรว่าจะทำตามแผนที่วางไว้

2) เทคนิค W D E P System มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

(1) สำรวจความต้องการ (Wants: W) คือ การค้นหาความต้องการ และสิ่งที่มุ่งหวัง ด้วยการถามผู้รับบริการว่า "ท่านต้องการอะไร" ทำให้ผู้รับบริการเกิดความกระจำงัดในสิ่งที่ตนเองต้องการ แต่มีข้อควรระวัง คือ ผู้ให้การศึกษา จะต้องคำนึงความเป็นจริงรอบตัวของผู้รับบริการ จะต้องมึศิลปะในการใช้คำถามว่า จะถามอะไร อย่างไร เมื่อไหร่ เพื่อจะทำให้ทราบถึง "ความต้องการ" ที่แท้จริง

(2) สำรวจทิศทางและการปฏิบัติ (Direction and Doing: D) คือ การสำรวจให้เกิดการเรียนรู้ที่จะอยู่กับปัจจุบัน และค้นหาแนวทางที่นำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งมักจะใช้คำถามว่า "คุณกำลังทำอะไร"

(3) การประเมิน (Evaluation: E) เป็นขั้นตอนการประเมินสิ่งที่ผู้รับบริการทำในปัจจุบัน ซึ่งมักจะใช้คำถามว่า "การกระทำในปัจจุบันนี้มีความเป็นไปได้ที่จะทำให้ไปถึงเป้าหมายที่ต้องการได้หรือไม่" "ซึ่งจะเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการ พูดยถึงประโยชน์ที่จะได้รับหากมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักรู้ในตนเอง และการประเมินนี้ ถือได้ว่าเป็นการประเมิน ความรับผิดชอบ" ของผู้รับบริการปรึกษา ประกอบไปด้วย การกระทำ ความคิด ความรู้สึก และองค์ประกอบด้านกายภาพอื่น ๆ ด้วย

(4) วางแผนและปฏิบัติ ตามแผน (Planning and Action: P) หลังจากผู้รับบริการตัดสินใจแล้วว่า อะไรคือสิ่งที่ตนเองต้องการ ผู้ให้บริการปรึกษาและผู้รับบริการจะร่วมมือกันในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไปสู่พฤติกรรมที่ต้องการ และอาจมีการทำสัญญาเพื่อทำตามแผนด้วย

จากกล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความ เป็นอีกทฤษฎีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนคุณลักษณะอันพึงประสงค์ได้ โดยเฉพาะเทคนิค W D E P System ที่มีขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างชัดเจน เริ่มตั้งแต่การสำรวจตนเอง จนกระทั่งการวางแผนและปฏิบัติตามแผน

3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับศิลปะบำบัด

3.1 ความหมายของศิลปะบำบัด

ศิลปะบำบัด เป็นรูปแบบหนึ่งของการแพทย์ทางเลือก (complementary and alternative medicine) ที่ประยุกต์ใช้กิจกรรมทางศิลปะเพื่อทำการศึกษาค้นคว้าความผิดปกติของกระบวนการทางจิต นำไปสู่การเข้าใจจิตใจในระดับจิตไร้สำนึก และเลือกใช้กิจกรรมทางศิลปะที่เหมาะสมช่วยในการบำบัดรักษา หรือในอีกนัย ศิลปะจะเป็นเครื่องมือเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ โดยใช้เป็นสื่อในการแสดงออกถึงอารมณ์ ความรู้สึก ความขัดแย้ง และความต้องการ ที่ซ่อนเร้นอยู่ภายในส่วนลึกของจิตใจ

Masoumeh (2011) ได้ให้ความหมายของศิลปะบำบัดว่า (Art Therapy) เป็นเทคนิคด้านจิตเวชศาสตร์แนวมนุษยนิยม เชื่อมโยงกับการแสดงออกถึงอารมณ์ ห่วงความรู้สึก การนึกคิดและประสบการณ์ตรงของมนุษย์ได้

Belkofer et al. (2014) ได้ให้ความหมายของผลของการทำงานศิลปะว่าจะมีผลกระตุ้นให้เกิดความสามารถในการเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว การกระตุ้นประสาทสัมผัส การฝึกทักษะความในการประสานงานกัน ระหว่างสายตากับมือได้ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อคลื่นสมอง ผลของการทำศิลปะจะช่วยให้คลื่นสมองอยู่ในระดับความถี่ต่ำ ลดอาการเครียดและเจ็บปวดของร่างกายได้

ช่วยพัฒนาการจำ การเรียนรู้ สติปัญญา และชะลอความเสี่ยงของเซลล์ร่างกาย มีผลทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ

ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา (2550) ได้ให้ความหมายของศิลปะบำบัดว่า คือการบำบัดรักษาทางจิตเวชรูปแบบหนึ่ง ที่ประยุกต์ใช้กิจกรรมทาง ศิลปะเพื่อค้นหาข้อบกพร่อง ความผิดปกติบางประการของกระบวนการทางจิตใจ โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับ การประเมินทางจิตวิทยา เพื่อเปิดประตูเข้าสู่จิตใจในระดับจิตไร้สำนึก และเลือกใช้กิจกรรมทางศิลปะที่ เหมาะสมช่วยในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้น

มณีนรัตน์ เอี่ยมอนันต์ และปทุมวดี พัฒนเรืองกุล (2564) ได้ให้ความหมายของศิลปะบำบัดว่า จากการศึกษาการทดลองใช้โปรแกรมการฟื้นฟูร่างกายร่วมกับการใช้ศิลปะ ประกอบไปด้วยการใช้ศิลปะในการฝึกการเคลื่อนไหว ของกล้ามเนื้อ สร้างความสมดุลของร่างกาย และฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ดำเนินกิจกรรมที่ประกอบด้วย 1) การใช้ดนตรีประกอบการทำสมาธิ 2) การเตรียมความพร้อมของร่างกาย 3) ทำกิจกรรมศิลปะ และ 4) การใช้กระบวนการ กลุ่มในการเยียวยา พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูร่างกาย ร่วมกับศิลปะบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

วรกมล ยะตินันท์ และ ภัครวรรณ สิริธิประภาพร (2565) ใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE Thai 2002) เป็นแบบทดสอบ ในการทดสอบผู้สูงอายุหลังการรับการรักษาด้วยศิลปะบำบัด ซึ่งหลังการใช้ศิลปะบำบัดพบว่าการเพิ่มขึ้นในคะแนนของการทำงานสมองในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว ด้านความจำ (Registration and Memory) ด้านความตั้งใจและการคำนวณ (Attention and Calculation) ด้านความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษา (Language) รวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา (Visual constructional) มีมิติสัมพันธ์โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นถึงการมีพัฒนาการที่ดีขึ้นทางด้านการทำงานของสมองในแต่ละด้าน

จากที่กล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า ศิลปะบำบัด หมายถึง การสร้างความสมดุลของร่างกาย และฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ที่ประกอบด้วย 1) การใช้ดนตรีประกอบการทำสมาธิ 2) การเตรียมความพร้อม ของร่างกาย 3) ทำกิจกรรมศิลปะ และ 4) การใช้กระบวนการ กลุ่มในการเยียวยา

3.2 ประเภทของศิลปะบำบัด

ศิลปะบำบัดที่ใช้ในปัจจุบันมีรูปแบบแตกต่างกันตามประเภทผู้รับการรักษา หรือมีสภาพปัญหาทางสุขภาพจิตที่แตกต่างกันออกไป เทคนิคการใช้ศิลปะบำบัดมีหลากหลายเทคนิค เช่น การปั้นดิน วาดภาพ ระบายสี ถักทอ กิจกรรมทางดนตรี เล่นละคร หรือบทบาทสมมติ โดยนักศิลปะบำบัดจะพิจารณาเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา (2550) กล่าวถึงในการใช้ศิลปะเข้ามาช่วยในกระบวนการบำบัด จะมีการเลือกใช้สื่อ วัสดุ อุปกรณ์ และรูปแบบที่หลากหลาย เพื่อเป็นทางเลือกที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจตนเอง และจัดการกับความรูสึกได้ตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการรักษาแต่ละคน กระบวนการของการทำศิลปะบำบัดจะไม่เน้นผลงานหรือคุณค่าทางศิลปะ แต่จะเน้นที่กระบวนการ หรือ

กิจกรรมที่ดำเนินเพื่อให้ผู้รับบำบัดได้พิจารณาและย้อนคิดถึงความรู้สึก ในระหว่างที่กำลังเดินกิจกรรม ศิลปะบำบัด ประกอบด้วยรูปแบบกิจกรรมทางศิลปะที่มีความหลากหลาย ได้แก่

1) ทัศนศิลป์ (visual arts) ได้แก่ การวาด, ระบายสี, การปั้น, การแกะสลัก, การถัก, การทอ, การประดิษฐ์ ฯลฯ 2)

2) ดนตรี (music) ได้แก่ การเล่นดนตรี ร้องเพลง และกิจกรรมทางดนตรี

3) การแสดง (drama) ได้แก่ การแสดง การละคร และการเคลื่อนไหวร่างกาย

4) วรรณกรรม (literature) ได้แก่ บทกวี นิยาย เรื่องสั้น ฯลฯ

สำหรับขั้นตอนหลักในการนำศิลปะบำบัดสามารถแบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ

1) การสร้างสัมพันธภาพ (Established rapport) เป็นขั้นแรกของการบำบัด ผู้ให้การบำบัดต้องมีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด เพื่อให้เกิดความเชื่อใจ และการยอมรับของผู้รับการบำบัด สามารถเปิดโอกาสให้ผู้ได้รับการบำบัดแสดงออกถึงอารมณ์ ความรู้สึกได้อย่างเปิดเผยมากขึ้น สามารถประเมินสภาพปัญหา และวางแผนการบำบัดรักษาได้เหมาะสม

2) ค้นหาปัญหา (Exploration) เป็นขั้นของการสำรวจ ค้นหา วิเคราะห์ปัญหาความขัดแย้ง ภายในส่วนลึกของจิตใจ

3) ทบทวนประสบการณ์ (Experiencing) เป็นขั้นตอนให้ผู้ได้รับการบำบัดได้ ประสบการณ์และปัญหาขึ้นมาจัดเรียง ปรับเปลี่ยน แก้ไขใหม่ ในมุมมองและสภาวะใหม่ โดยผ่านการสื่อสาร ในเทคนิคทางศิลปะในรูปแบบต่าง ๆ การตีความหมายที่ซ่อนเร้นภายในจิตใจ จะทำได้โดยการตีความ สัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่เห็นในงานศิลปะของผู้ได้รับการบำบัดสร้างขึ้น สีที่ใช้ ภาพที่วาด เสียงที่ได้ยิน และบทพูดที่นำเสนอ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตัวเองมากยิ่งขึ้น

4) เสริมสร้างพลังใจ (Empowerment) เป็นขั้นสุดท้ายของการบำบัด โดยเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเองของผู้รับบำบัด และให้โอกาสในการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด และการรับรู้ เข้าใจตนเอง เทคนิคสำคัญที่นำมาใช้ในกระบวนการทางศิลปะบำบัด คือ การสนับสนุน เสริมสร้าง กำลังใจ (supportive) และการตีความหมายที่ซ่อนเร้นภายในจิตใจ (interpretation) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นสิ่งสำคัญต่อการบำบัดทุกครั้ง การให้กำลังใจจะดำเนินการให้กำลังใจ การชื่นชม และการให้ความช่วยเหลือต่อผู้บำบัด ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่สงบ ปลอดภัย และรู้สึกไม่กดดันจากสิ่งรอบด้าน

จากที่กล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า ศิลปะต่าง ๆ สามารถนำมาใช้ในการบำบัด ทั้งดนตรี ทัศนศิลป์ ได้แก่ การวาด ระบายสี การปั้น การแกะสลัก การถัก การทอ การประดิษฐ์ การแสดง วรรณกรรม เช่น นวนิยาย เป็นต้น

3.3 ประโยชน์ของศิลปะบำบัด

ศิลปะบำบัด จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีประโยชน์มากมายในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมทางจิต

พันธิภา ทองสลับ และพัลชานา อับดุลรอหมัน (2566) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของกระบวนการศิลปะบำบัดมีประโยชน์ในด้านการพัฒนาอารมณ์สติปัญญา สมาธิ ความคิดสร้างสรรค์ รวมถึงการช่วยพัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็ก และการประสานงานการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมถึงช่วย กระตุ้นการสื่อสารและเสริมสร้างทักษะสังคม ในทางการแพทย์ประเด็นของการบำบัดและฟื้นฟู ศิลปะบำบัดเป็นหนึ่งในรูปแบบที่เป็นสิ่งที่จะช่วยเสริม หรือเป็นทางเลือกในการฟื้นฟูสุขภาพ และคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

Sunita R Deshmukh et. al. (2018) กล่าวถึงประโยชน์ของศิลปะบำบัดว่าการบำบัดด้วยศิลปะแบบกลุ่มกิจกรรมสันทนการในการช่วยลดภาวะสมองเสื่อม โดยกิจกรรมศิลปะจะไปช่วยกระตุ้นให้เกิดการใช้กระบวนการคิด ความจำ และการเรียกคืนความจำ รวมไปถึงประสบการณ์จะทำให้เกิดความเชื่อมโยงถึงสัญลักษณ์ที่เคยได้รับ ในปัจจุบันได้มีการนำหลักศิลปะบำบัดมาประยุกต์ใช้กับเทคโนโลยี เช่น การใช้ภาพจากวิดีโอ และภาพเสมือนจริง (VR) นำมาใช้ร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้ได้รับบำบัดเกิดประสบการณ์เรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสและการรับรู้ โดยการใช้การบำบัดผ่านภาพ และการเห็นภาพทำให้ผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมองรู้สึกผ่อนคลายเมื่อได้รับการสัมผัสจากประสาทสัมผัสทั้งห้า โดยเฉพาะการมองเห็นภาพที่ชัดเจน และใช้สีเข้ามาเป็นตัวกระตุ้น

จากที่กล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า ศิลปะบำบัด เช่น การวาดภาพ การร้องเพลง เป็นต้น สามารถนำไปใช้ในการบำบัด ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเกี่ยวกับความคิด เช่น ความจำสั้น รวมทั้งผู้ป่วยทางด้านอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า

3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ

ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์ (2554) ได้ศึกษาผลของการใช้ศิลปะบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรุงเทพมหานครพบว่า หลังผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมศิลปะบำบัดทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการได้ระบาย ความรู้สึก อารมณ์ ความซับซ้อนใจ ความเศร้า ความเหงา และความรู้สึกไร้ค่าในตนเอง ซึ่งเป็นตรงกับทฤษฎีและหลักการของวิธีการศิลปะบำบัด

ยุพาทธ เลือเต๋า (2561) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าและควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและควมมีคุณค่าในตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศุภชัย รักแก้ว (2566) ได้ทำการศึกษา ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมศิลปะบำบัด แบบกลุ่มสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเสริมสร้างควมมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ ที่ปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสามารถนำรูปแบบศิลปะบำบัด การวาดภาพไปใช้กับผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มควมมีคุณค่าใน

ตนเองของผู้สูงอายุ ผลของการบำบัดของโปรแกรมบำบัดจะช่วยลดความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งด้านทางร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจของบุคคล

การวิจัยแบบกึ่งทดลองในการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดก่อนและหลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรี และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า 1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดภายหลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แพรศิริ อยู่สุข (2557) ได้ศึกษาโปรแกรมดนตรีที่นำมาใช้กับการบำบัดผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดช่วยด้านสุขภาพในผู้ป่วย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นทำให้มีการสูดฉีดเลือดดีขึ้น ด้านจิตใจ ดนตรีจะเปลี่ยนจุดสนใจของผู้เข้ารับการบำบัดให้มีสมาธิอยู่กับตนเอง ทำให้คลื่นสมองเคลื่อนไหวเป็นจังหวะเช่นเดียวกับจังหวะดนตรี และสามารถกระตุ้นฮอร์โมนความสุขเอ็นโดฟินเพื่อลดการซึมเศร้าได้

3.4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างประเทศ

Lee & Choi (2023) ได้ศึกษาผลของการใช้ศิลปะบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่าปัญหาทางอารมณ์เป็นหนึ่งในอาการพื้นฐานของโรคซึมเศร้า ในกระบวนการควบคุมอารมณ์อย่างยืดหยุ่นได้กล่าวถึงการใช้ศิลปะบำบัด การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำศิลปะและอารมณ์ พบว่ากิจกรรมศิลปะจะนำไปสู่การปรับปรุงอารมณ์ การกระตุ้นผู้ป่วยที่มีการตอบสนองทางอารมณ์จากกิจกรรมศิลปะบำบัด และนำไปสู่การรักษาโรคซึมเศร้า

Liu & et. al (2024) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการรักษาครบได้รับการฟื้นฟูร่างกาย และจิตใจตามเกณฑ์การฟื้นฟู โดยโปรแกรมทางเลือกสำหรับการฟื้นฟูและบำบัด ผู้ป่วยมีทางเลือกต่อการฟื้นฟูได้แก่ การกายภาพ การใช้โปรแกรมบำบัดฟื้นฟู เช่น การใช้ศิลปะบำบัด

Ortiz-Mallasén & et.al. (2024) ได้ศึกษาผลกระทบของการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ จะเกี่ยวข้องกับการทำงานขั้นสูงของสมอง (cognitive functions) ได้แก่ ความจำ (memory) ภาษา (language) การรับรู้ระยะและทิศทาง (visuospatial) การทำกิจกรรมที่มีขั้นตอน (praxis) การมีสมาธิในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน (attention) การตัดสินใจในการทำกิจกรรมหรือบริหารงาน (executive function) รวมทั้งการแสดงออกของพฤติกรรม (behaviour) และอารมณ์ (mood) เกี่ยวข้องกับทักษะการพัฒนากล้ามเนื้อ (motor skills) ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย และการจับหยิบสิ่งของ ส่วนประเด็นสุดท้ายที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแล ฟื้นฟูทางด้านจิตใจ (mental health)

Yi, Naixin, lyendo, & Apuke (2024) ได้ศึกษาผลกระทบของการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต ที่เกิดจากบาดแผลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมในกลุ่มเปราะบางบางกลุ่ม พบว่า การใช้ศิลปะบำบัดเข้ามาช่วยฟื้นฟูปัญหาด้านสุขภาพจิต หลังจากการใช้ศิลปะบำบัดช่วยบำบัด คะแนนประเมินของสภาวะทางจิตอยู่ในระดับปกติ มีความกังวลน้อยลง และสามารถลืมบาดแผลได้บ้างบางเวลา ศิลปะบำบัดจะเกี่ยวข้องกับการวาดภาพ งานปั้น การร่างภาพ หรือการใช้สีต่าง ๆ ในผลงาน ซึ่งนักจิตบำบัดจะใช้ศิลปะบำบัดเพื่อลดอาการทางด้านอารมณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วย รวมไปถึงอาการทางจิตใจที่ผลกระทบมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมน อารมณ์ และความรู้สึก ได้แก่ ความซึมเศร้า

จากที่กล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า การให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่ไปกับศิลปะบำบัด เช่น การวาดภาพ การจัดแจกก้นดอกไม้ การร้องเพลง เป็นต้น สามารถนำไปใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้

4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

4.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ เป็นช่วงวัยที่เป็นรอยต่อของชีวิตซึ่งเปลี่ยนจากวัยกลางคน เข้าสู่วัยสูงอายุทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงมากมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงเป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย ใจ และการดำเนิน ชีวิตประจำวัน

องค์การสหประชาชาติ (2557) ได้นิยามผู้สูงอายุเอาไว้โดยสรุปว่า หมายถึง ประชากรทุกเพศที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยแต่ละประเทศทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุที่อายุต่างกันไป เช่น บางประเทศอาจกำหนดอายุที่มากกว่า 65 ปี เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ หรือบางประเทศกำหนดเป็นช่วงอายุ 55-75 ปีขึ้นไป

กรมกิจการผู้สูงอายุ (2564) ได้นิยามผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยสรุปว่า ผู้สูงอายุไทยกำหนดตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายถึงบุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย และกรมกิจการผู้สูงอายุ ปี 2566 ผ่านการให้ความหมายของผู้สูงอายุผ่านสิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุ ได้ให้ความหมาย ผู้สูงอายุ ว่าคือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ

องค์การสหประชาชาติ (2564) ยังได้ระบุ "สังคมผู้สูงอายุ" ที่สามารถแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และระดับ Super - aged society โดยให้นิยามของระดับต่าง ๆ ดังนี้

1. ระดับการก้าวเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกเพศมากกว่า 10% ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีเกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ

2. สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็น 20% หรือประชากรอายุ 65 ปีเพิ่มเป็น 14% ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ

3. Super - aged society คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% ของประชากรทั้งประเทศ

จากที่กล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า วัยผู้สูงอายุจึงต้องมีความเข้าใจ การเตรียมความพร้อมให้สามารถปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างมากในการเข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและเตรียมพร้อมสำหรับการหาแนวทางช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย และจิตใจที่ดีสามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข

4.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุ

กรมการปกครอง (2567) เสนอรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี 2566 ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุว่า ในปี 2565 สัดส่วนผู้สูงอายุของไทยได้เพิ่มเป็นประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด การคาดการณ์สถานการณ์ผู้สูงอายุประเทศไทย ในปี 2568 ด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในประเทศ จากการรายงานสถานการณ์จำนวนประชากรในปัจจุบันพบว่ามีอัตราเกิดต่ำ และจำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด จึงทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) ในอีกประมาณ 10 ปีข้างหน้า หรือประมาณ ปี 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นระดับสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Hyper-Aged Society) จำนวนผู้สูงอายุสัญชาติไทยเดือนกันยายน 2566 มีจำนวนประมาณ 13,064,929 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรไทยทั้งหมด โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประเศศนั้น ทำให้ประเทศกลายเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นอันดับ 3 ของโลก อันดับ 2 รองจากสิงคโปร์ ในภูมิภาคเอเชีย และคาดการณ์อีก 10-15 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะเป็นประเทศลำดับต้นของการเป็นสังคมผู้สูงอายุ ณ ปัจจุบันอายุเฉลี่ยของคนไทยจะอยู่ที่ประมาณ 75 ปี แต่การคาดการณ์ของสถานการณ์ในอนาคตจะทำให้อายุเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้นไปถึง 85 ปี ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โครงสร้างประชากรนี้จึงต้องคำนึงถึงประเด็นปัญหาที่จะตามมา ได้แก่ การบริหารจัดการรายได้ ค่าใช้จ่ายสำหรับในการใช้ชีวิตที่ยาวนานขึ้น สถิติจำนวนประชากรวัยทำงานที่น้อยลง จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศ ซึ่งก็จะซาลงตาม ทำให้เศรษฐกิจก็จะซาลงด้วย ภาวะพึ่งพิงจากการมีประชากรผู้สูงอายุในจำนวนมากของประเทศ จะทำให้มูลค่าการดูแลกลุ่มประชากรนี้เพิ่มมากขึ้นตามรวมไปถึงค่ารักษาพยาบาลที่มีมูลค่าเพิ่มขึ้น 5-8% ต่อปี การเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุก็จะมีผลกระทบต่อสังคมเช่นกัน

จากที่กล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า ประเทศไทยกำลังย่างเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว โดยประชากรผู้สูงอายุในอีก 10 ปี ข้างหน้า ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากกว่า 20 เปอร์เซ็นต์ ของประชากรทั้งหมด

4.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน ดังนั้นการทำความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กรมกิจการผู้สูงอายุ (2560) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของวัยในผู้สูงอายุ จะมีผลต่อทั้งลักษณะกายภาพ และสิ่งที่ไม่สามารถมองเห็นได้ภายในร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะมีรายละเอียดดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งจะเกิดกับระบบการทำงานของร่างกาย เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ระบบผิวหนัง มีความยืดหยุ่นของผิวหนังที่ลดลง เกิดรอยเหี่ยวย่น ไขมันใต้ผิวหนังลดลงทำให้ร่างกายทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ความเสื่อมของของต่อมเหงื่อที่ไม่สามารถผลิตเหงื่อได้ดั้งเดิม สิวผิวจางลง เกิดเม็ดสีได้ง่ายขึ้น เล็บแข็งและหนาขึ้น จึงทำให้สีเข้มขึ้น เป็นต้น โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ประกอบไปด้วย

2. การเปลี่ยนแปลงระบบประสาทและประสาทสัมผัส ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง ปฏิบัติการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ จึงลดลงด้วย และมีผลต่อการเคลื่อนไหว และความคิดเชิงซ้ำไม่สามารถจำสิ่งต่าง ๆ ได้ยาวนาน

3. การมองเห็น รูม่านตามีขนาดเล็กลง ดังนั้นปฏิบัติการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสงจึงลดลง หนึ่งตาดก แก้วตาขุ่นมัว เกิดต้อต่าง ๆ กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ความไวในการมองภาพลดลง สายตายาวขึ้น และเกิดการอักเสบของบริเวณรอบดวงตาได้ง่ายขึ้น

4. การได้ยินลดลง เนื่องจากการเสื่อมของเยื่อหูชั้นในมากขึ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัวมีผลทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ ขาดสมดุลของร่างกาย และการเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว

5. เสียงพูดเปลี่ยน เพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียงและสายเสียงบางลง การได้ยินลดลง เพราะมีการเสื่อมของเยื่อหูโพรงจุมุก

6. การรับรสของลิ้นลดลง เนื่องจากความเสื่อมของต่อมรับรส เป็นผลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่อร่อย เกิดภาวะเบื่ออาหาร

7. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลงทำให้ความแข็งแรงและความว่องไวในการเคลื่อนที่ของร่างกายลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของเอ็นไซม์ในกล้ามเนื้อลดลง เซลล์กระดูกลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกผู้สูงอายุเปราะและหักง่าย กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้น น้ำไขข้อลดลง เป็นสาเหตุทำให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกัน เกิดข้ออักเสบและติดข้อได้ง่าย

8. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ในกล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังผืดไขมันมาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้ต้องใช้แรงบีบอัดความดันเลือดที่เพิ่มมากขึ้น มีผลต่อการเกิดความผิดปกติของระบบหลอดเลือด และหัวใจ

9. ระบบทางเดินหายใจ หลอดลมและหลอดลมมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอดลดลง ดังนั้นจึงทำให้ความแข็งแรงและการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง เนื้อหุ้มปอดแห้งทึบ ทำให้ปอดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจลดลง ถุงลมมีจำนวนลดลง ผนังถุงลมแตกง่าย เกิดโรคถุงลมโป่งพองง่าย หลอดลมแข็งขาดความยืดหยุ่น ทำให้หายใจหอบเหนื่อยได้ง่าย

10. ระบบทางเดินอาหาร การผลิตเอนไซม์ลดลง จึงทำให้เกิดการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง การผลิตน้ำย่อย กรดเกลือและเอนไซม์ต่าง ๆ ในกระเพาะอาหารลดลง การดูดซึมแคลเซียมและธาตุเหล็ก วิตามินบี 2 ลดลง มีผลต่อการเกิดโรคกระดูกผุและโลหิตจางได้ง่าย การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง จึงเป็นเหตุให้เกิดภาวะท้องผูก ท้องอืดง่าย ดับมีความสามารถในการทำลายพิษลดลง จึงเกิดพิษของยาได้ง่ายในผู้สูงอายุ ปริมาณน้ำดีลดลง มีผลทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดี ตับอ่อนทำหน้าที่เสื่อมลงผลิตอินซูลินได้น้อย และอินซูลินที่ผลิตไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้น้ำตาลที่เหลือถูกสะสมเป็นไขมันส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งจะคงอยู่ในกระแสเลือด จึงเป็นผลให้เกิดโรคเบาหวาน

11. ระบบทางเดินปัสสาวะ อัตราการกรองของไตลดลง ทำให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะลดลงทำให้การถ่ายปัสสาวะไม่ดี กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลัง จึงมีปัสสาวะตกค้างหลังถ่ายปัสสาวะ แต่ทุกครั้งมีผลทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อย นอกจากนี้ผู้สูงอายุชายอาจมีต่อมลูกหมากโต ทำให้ปัสสาวะได้ลำบาก ในผู้หญิงกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนสืบเนื่องจากการคลอดบุตรมาหลายคน

12. ระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุชายลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลงและผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุหญิงรังไข่จะฝ่อเล็ก มดลูกมีขนาดเล็ก เยื่อบุภายในมดลูกบางลง มีเนื้อพังผืดมากขึ้น ช่องคลอดมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ทำให้ภายในช่องคลอดมีความเป็นด่างมากขึ้น จึงเกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย

13. ระบบต่อมไร้ท่อ น้ำหนักของต่อมใต้สมองลดลง 20 เปอร์เซ็นต์ ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านการผลิตฮอร์โมน

14. สถานการณ์โรคในผู้สูงอายุ หรือโรคที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย พบว่าในประเทศไทยอุบัติการณ์โรคของผู้สูงอายุอันดับต้นยังคงเกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) ปี 2566 ระบุว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลก หรือมีจำนวนมากกว่า 20 ล้านคน และ 80% ของ

การเสียชีวิตสามารถป้องกันได้ และในประเทศไทยพบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 7 หมื่นรายต่อปี หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยประเภท acute ischemic stroke ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีปัจจัยทั้งส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค เช่น การเกิดความดันโลหิตสูง การเป็นเบาหวานที่เป็นหนึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ นอกจากนั้นยังมีภาวะผิดปกติอื่น ที่เกิดจากพฤติกรรมทำลายสุขภาพ ได้แก่ ภาวะไขมันสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคหัวใจและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หากจังหวะการเต้นของหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดลิ้มเลือดขึ้นไปอุดตันหลอดเลือด ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันตามมา ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย และภาวะความเครียดที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างสูง

15. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงร่างกาย วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับความสูญเสียในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ครอง บุตรหลาน ญาติสนิท เพื่อน การสูญเสียสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธภาพภายในครอบครัว จึงมีผลต่อพัฒนาการทางจิตของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปที่อาจมีการเปลี่ยนแปลง ด้านบุคลิกภาพ การเรียนรู้และความจำ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และสติปัญญา

16. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมและบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุของการทำงาน เป็นการสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน เกียรติและสิทธิต่าง ๆ จึงมีผลต่อการเกิดปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับสมาชิกในครอบครัว เกิดปัญหาการขาดความสัมพันธ์จากเพื่อนและผู้ร่วมงาน ผู้สูงอายุจะรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ และคิดว่าเมื่อหมดอำนาจก็ไม่มีคนมาเคารพนับถือ เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ไม่มีค่า มีความรู้สึกว่าเหวและซึมเศร้า เหตุการณ์ดังกล่าวนี้ทำให้มีผลต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ และสุดท้ายปัญหาเศรษฐกิจ เป็นอีกหนึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับผู้สูงอายุของไทย พบว่า ปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาหลักในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ไม่มีเงินเก็บสะสมไว้ในขณะที่ทำงาน จะทำให้ประสบความสัมพันธ์ในเรื่องที่อยู่อาศัย ความเป็นอยู่ รวมไปถึงปัญหาสุขภาพ

จากที่กล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า จากสภาพปัญหาและการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคม และการเปลี่ยนแปลงของจำนวนประชากร และโครงสร้างประชากรในประเทศไทย จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนและให้ความสำคัญกับบุคคลในช่วงอายุดังกล่าวเพื่อให้เกิดสิทธิและสวัสดิการในประชากรกลุ่มนี้ให้สอดคล้องกับการพัฒนาประชากรในสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

5. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง

5.1 ความหมายและสถิติของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญระดับโลกที่อยู่ในลำดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจ นำมาสู่การสูญเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาในทันทีที่เกิด หรืออาจนำไปสู่ความพิการอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันตั้งแต่ปี 2562 ทั่วโลกเพิ่มขึ้นร้อยละ 70 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีในทุกประเทศทั่วโลก

ศุภชัย รักแก้ว (2566) ได้กล่าวถึงโรคหลอดเลือดสมองว่า หมายถึง ความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก ความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองอาการที่แสดงคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมงและอาจนำไปสู่ความตาย โดยอาการแสดงขึ้นอยู่กับบริเวณของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ (World Health Organization, 1988) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นสาเหตุหนึ่งของความพิการที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด จากสถานการณ์โลกพบว่าปี 2560 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 156.2 คน ต่อ 100,000 ประชากร ซึ่งส่งผลต่อภาวะพึ่งพิง และค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในระบบสาธารณสุข ประเทศไทยพบว่าปี 2560 ถึงปัจจุบัน อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง สูงขึ้นจาก 278.49 เป็น 330.72 ต่อ 100,000 ประชากร อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองแบ่งการเกิดเป็น 2 เกท คือ Acute Ischemic Stroke หรือโรคหลอดเลือดสมองตีบ พบได้ร้อยละ 80 และ Intracerebral Hemorrhage หรือโรคหลอดเลือดสมองแตก พบได้ร้อยละ 20 โดยประเทศไทยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยประเภท Acute Ischemic Stroke หรือโรคหลอดเลือดสมองตีบ

สมศักดิ์ เทียมเก่า (2565) กล่าวถึงการรักษาที่เป็นมาตรฐานของโรคหลอดเลือดสมองว่า การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (alteplase, rtpa) การรับผู้ป่วยไว้รักษาใน stroke unit จะดำเนินการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยตามมาตรฐานการรักษาของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์ standard stroke certified center , SSCC จากการศึกษาที่มีกระบวนการรักษาที่ชัดเจน และการถ่ายทอดข้อมูลด้านโรคให้แก่ประชาชนผ่านระบบบริการ stroke fast track ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มที่ลดลง

จากที่กล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย มีเพิ่มสูงขึ้นจาก 278.49 เป็น 330.72 ต่อ 100,000 ประชากร แบ่งออกเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 80 และโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 20 โดยประเทศไทยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยประเภทโรคหลอดเลือดสมองตีบ

5.2 ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีปัจจัยทั้งส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ถ้ามีการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะลดลงถึงร้อยละ 30 การเป็นเบาหวานก็เป็นหนึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ เนื่องด้วยมีความเสื่อมของระบบหลอดเลือด นอกจากนี้ยังมีภาวะผิดปกติอื่น ที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการทำลายสุขภาพ ได้แก่ ภาวะไขมันสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคหัวใจและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หากหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดลิ่มเลือดขึ้นไปอุดตันหลอดเลือด ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันตามมา ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย และภาวะความเครียดที่เป็นตัวการโรค

ธีรสร จิรเสถียรพร (2564) ได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองว่าสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. ปัจจัยที่ควบคุมได้ เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงด้านเวชกรรม เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจเต้น และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น และปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การไม่ออกกำลังกาย โรคอ้วน โรคนอนกรน และความเครียด
2. ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ประวัติครอบครัว ประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคผนังหัวใจไม่ปิด (Patent foramen ovale) และโรคหลอดเลือดชนิดพันธุกรรม เช่น fibromuscular dysplasia เป็นต้น

จากที่กล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า มีปัจจัยทั้งส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ถ้ามีการควบคุมความดันโลหิตสูงนอกจากนี้ยังมีภาวะผิดปกติอื่น ๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการทำลายสุขภาพ ได้แก่ ภาวะไขมันสูง การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์

5.3 การฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง

ดวงกมล วัตราคุลย์ (2560) กล่าวถึงการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองว่าหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยทีมสหวิชาชีพในสถานพยาบาล ได้แก่

1. การดูแลการหายใจ โดยติดตามประเมินผล และดูแลให้ออกซิเจนที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยต้องวัดค่า Oxygen saturation น้อยกว่า 94 เปอร์เซ็นต์ รวมทั้งดูแลด้านความสะอาดช่องปากและฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการสำลัก
2. การบริหารยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรมีการดูแลอย่างใกล้ชิด
3. ดูแลเรื่องไข้ และอุณหภูมิในร่างกาย

4. ควบคุมภาวะน้ำตาลสูง (Hyperglycemia) โดยต้องมีระดับน้ำตาลให้อยู่ในช่วง 140-180 มก./ดล. และต้องไม่ต่ำกว่า 60 มก./ดล.
5. เตรียมผู้ป่วยส่งทำ Thrombectomy ภายใน 6 ชั่วโมงหลังเกิด stroke ในผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดอุดตันบริเวณ Proximal anterior circulation
6. การจัดทำศีรษะ (Head positioning) ผู้ป่วยจะมีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ดังนั้นการจัดการวางระดับศีรษะจึงจำเป็น
7. ดูแลป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน (Venous thromboembolism) ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง
8. พยาบาลประสานกับทีมกายภาพบำบัดในการประเมินการเคลื่อนไหว
9. ดูแลด้านการขับถ่ายปัสสาวะ โดยหลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็น
10. ประเมินการขับถ่าย ทั้งปัสสาวะและอุจจาระ หากผิดปกติต้องรีบรักษา
11. ดูแลค้นหาสาเหตุในผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากการอุดตันของเกล็ดเลือด embolic stroke
12. ดูแลด้านอาหารและน้ำ ประเมินการกลืนอาหาร
13. ดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ
14. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

จากที่กล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องศึกษารายละเอียดในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระดับง่าย ๆ จนกระทั่งการให้ยา การสังเกตอาการ และการประสานส่งต่อไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล เนื่องจากเป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูง

6. การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง การให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ปกติ (NORMAL PEOPLE) ให้สามารถยอมรับปัญหาต่างๆ ของตนเอง และพยายามแก้ปัญหาต่าง ๆ เหล่านั้นให้หมดสิ้นไป ก่อนที่จะช่วยบุคคลในกลุ่มเกิดการเรียนรู้ที่จะนำความคิดทั้งหลายที่ได้รับจากกลุ่มไป ประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวัน

6.1 จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

6.1.1 เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ระบายความรู้สึก และปัญหาต่าง ๆ ที่เก็บไว้ ออกมาโดยมีผู้รับฟัง และคอยให้ความช่วยเหลือ

6.1.2 เพื่อให้สมาชิก คิดแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นของตนเอง ภายใต้การช่วยเหลือของกลุ่ม และ การเรียนรู้จากสมาชิกกลุ่มอื่น ๆ

6.1.3 เพื่อช่วยส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้มแข็งสามารถที่ยั่งยืนหยัดและแก้ปัญหา อย่างมีสติ

6.1.4 เพื่อช่วยให้สมาชิกมีความพร้อมที่จะรักษาสิ่งที่ได้รับการแก้ไขหรือการช่วยเหลือ จาก กลุ่มใหม่ความคงทน และยั่งยืนต่อไป

6.2 หลักการจัดกลุ่ม

6.2.1 จะต้องคัดเลือกบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันเข้าร่วมเป็นสมาชิกเพื่อรับการ ช่วยเหลือ

6.2.2 จะต้องเป็นสมาชิกกลุ่มที่เต็มใจเข้าร่วมกลุ่มโดยมิได้ถูกบังคับ

6.2.3 สมาชิกในกลุ่มควรมีลักษณะที่แตกต่างกันบ้าง เพราะจะสร้างสรรค์

6.2.4 บรรยากาศของ การให้คำปรึกษากลุ่มดีขึ้น การมีสมาชิกที่มีลักษณะเหมือนกันจะ ทำให้กลุ่มมี บรรยากาศที่มีลักษณะเฉพาะที่ไม่เอื้อต่อการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

6.3 ขนาดของกลุ่ม

จำนวนของสมาชิกในกลุ่ม หรือขนาดของกลุ่ม มีความสำคัญมากในการให้คำปรึกษากลุ่ม เพราะมีผลต่อกระบวนการและความสำเร็จของการให้คำปรึกษากลุ่ม ดังนั้นจะต้องคำนึงถึง หลักการนี้เสมอ จำนวนสมาชิกในกลุ่มที่เหมาะสมไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของปัญหา และความ ต้องการความเข้มข้นในการช่วยเหลือ อย่างไรก็ตามที่นิยมในปัจจุบันสมาชิกที่เหมาะสมจะอยู่ระหว่าง 6 – 15 คน อยู่ในดุลยพินิจของผู้ให้คำปรึกษา

6.4 จำนวนเวลาและจำนวนครั้งในการให้การปรึกษา

ควรจะดำเนินการกลุ่มจำนวนประมาณ 5 ครั้งต่อสัปดาห์และในการพบกันแต่ละครั้งควร ใช้เวลาระหว่าง 1 – 1.30 ชม. เพราะจะช่วยให้สมาชิกทุกคนได้มีเวลาเพียงพอกับการร่วมมือกันในการแก้ไข ปัญหา ถ้าใช้เวลาน้อยไปอาจไม่เพียงพอสำหรับสมาชิกในการแสดงความคิดเห็นของตน แต่ถ้ามากเกินไป อาจทำให้สมาชิกเบื่อหน่าย หรือเหน็ดเหนื่อยจนไม่อยากจะอยู่ในกลุ่มต่อไป

6.5 วิธีการดำเนินการให้การปรึกษากลุ่ม

ผู้ให้การปรึกษาจะต้องตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่าง สมาชิก กับผู้ให้การปรึกษาและระหว่างสมาชิกด้วยกันในระยะเวลาเริ่มต้นควรพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไปเพื่อให้สมาชิก รู้สึกว่า สามารถไว้วางใจบุคคลในกลุ่มได้แล้วจึงจะเริ่มเปิดเผยและแสดงความรู้สึกออกมา ผู้ให้การปรึกษา ต้องตั้งใจรับฟังปัญหาของสมาชิก และต้องรู้จักใช้เทคนิคการใช้การปรึกษาต่าง ๆ ได้ตามความเหมาะสม การให้การปรึกษากลุ่มจะต้องใช้ศักยภาพของสมาชิกทุกคนในกลุ่มในการแก้ปัญหาเหมาะสม และจะต้องเอา

ใจใส่ต่อแนวคิดของแต่ละคนไม่ละเลยความคิดของคนใดคนหนึ่ง และ ในที่สุดสมาชิกแต่ละคนก็จะได้รับแนวทางที่เป็นของตนเองเพื่อไปแก้ไขปัญหาคต่อไป (เจียรนัย ทรงชัยกุล, 2533)

จะเห็นได้ว่าการให้การปรึกษากลุ่ม เป็นเรื่องไม่ยากจนเกินกว่าที่ผู้ให้การปรึกษาจะดำเนินการได้ ทั้งนี้ผู้ให้การปรึกษาส่วนใหญ่ก็ล้วนแต่เคยผ่านประสบการณ์การให้คำปรึกษามาแล้ว จึงไม่เป็นการยากเกินไปเลยที่ผู้ให้การปรึกษาจะให้การปรึกษากลุ่ม ซึ่งจะทำให้สามารถช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าในยุคปัจจุบันให้มีชีวิตอยู่ในสังคมปัจจุบันได้อย่างมีความสุขปราศจากปัญหาต่าง ๆ ได้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดต่อกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์กรุงเทพมหานคร การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เชิงปริมาณ แบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบกัน คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีการคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลัง ในการทดลอง และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Two groups pretest-posttest design) ซึ่งมีรูปแบบของการวิจัย ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 รูปแบบการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	Pretest	Treatment	Posttest
E	O ₁	X	O ₂
C	O ₃	~X	O ₄

E แทน กลุ่มทดลอง

C แทน กลุ่มควบคุม

O₁ แทน การทดสอบก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง

O₃ แทน การทดสอบก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุม

X แทน การทดลอง

~X แทน การดูแลแบบปกติ

O₂ แทน การทดสอบหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

O₄ แทน การทดสอบหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ภายในศูนย์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร Golden Time Rehabilitation Center และกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ภายในศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีชี ทั้งเพศชายและเพศหญิง พ.ศ. 2566 จำนวน 80 คน (สถิติผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการศูนย์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร Golden Time Rehabilitation Center และกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ภายในศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีชี พ.ศ. 2566)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่ภายในศูนย์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร Golden Time Rehabilitation Center ในปี พ.ศ. 2566 โดยสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง และแพทย์ประจำศูนย์ให้ความเห็นว่าสามารถเข้าร่วมได้จำนวน 40 คน และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 20 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลการวิจัย ได้แก่

2.1.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือสำหรับการประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย 30 ข้อ (TGDS-30)

2.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

2.2 การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

2.2.1 แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย 30 ข้อ (TGDS-30) เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดความซึมเศร้า จากการตอบคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 30 ข้อ ใช้การประเมินแบบสองคำตอบ (Dichotomous Question) โดยมีการหาค่าเที่ยง และค่าความตรงจากการศึกษาประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 254 ราย จาก 14 องค์กร โดยมีค่าความเที่ยง .93 และค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2.2.2 ผู้วิจัยนำแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย 30 ข้อ (TGDS-30) ทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ ณ BRC ศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งสิ้น 30 คน นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้วิเคราะห์หาค่าอำนาจแจกแจงรายข้อ (Discrimination) ของข้อคำถามเป็นรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total correlation) และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ผู้วิจัย

คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.20 ถึง 1.00 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .89

2.3 รายละเอียดเครื่องมือวิจัย ดังนี้

2.3.1 เครื่องมือแบบสอบถาม

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ประกอบไปด้วยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ เพศ อายุ จำนวนเวลาในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการฟื้นฟูในศูนย์ โรคประจำตัวอื่น ผู้ดูแลในครอบครัว และประวัติพฤติกรรมความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ตอนที่ 2 เครื่องมือสำหรับการประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย 30 ข้อ (TGDS-30) ใช้การประเมินแบบสองคำตอบ (Dichotomous Question) เกณฑ์ในการประเมินข้อคำถามด้านบวก มีดังนี้

ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมดสามารถแปลผลภาวะซึมเศร้าได้ 4 ระดับ ได้แก่

คะแนนรวม	0-12 คะแนน เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุของไทย
	13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความซึมเศร้าเล็กน้อย
	19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความซึมเศร้าปานกลาง
	25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความซึมเศร้ารุนแรง

2.3.2 เครื่องมือสำหรับดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้การ

ปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำนวน 8 กิจกรรม ดังรายละเอียดตาราง 3.2 ซึ่งแต่ละโปรแกรมได้บูรณาการเทคนิคการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาของแต่ละทฤษฎีเข้าด้วยกัน โดยใช้เทคนิคด้านการสื่อสารในการแก้ไขปัญหาซึมเศร้า และแก้ปัญหาและความเครียด การให้เปลี่ยนมุมมองและเปลี่ยนทัศนคติความคิดให้เป็นคิดบวก ภายใต้โปรแกรมการให้การปรึกษา ซึ่งเน้นการดำเนินการร่วมกับการให้ทำผลงาน หรือใช้ทักษะทางศิลปะ การหาความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ประเมินโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และมีผลคะแนนเฉลี่ยภาพรวมจากการประเมินในผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เท่ากับ 4.83 คะแนน

ตารางที่ 3.2 โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
1	ปฐมนิเทศ : สร้างสัมพันธภาพ	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ การปรึกษาและสมาชิกกลุ่ม และระหว่าง สมาชิกกลุ่ม เพื่อทำให้เกิดความร่วมมือ 2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กติกา บทบาท หน้าที่ และจรรยาบรรณของผู้ให้การ ปรึกษาและผู้รับการปรึกษา	ทักษะพื้นฐาน การใช้ทักษะการสร้างสัมพันธ ภาพต่อกลุ่มตัวอย่าง
2	คิดแบบไหน ห่างไกลซึมเศร้า	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถบอก ลักษณะอาการสำคัญของอารมณ์ที่นำไปสู่ ภาวะซึมเศร้า 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาระบุถึงปัจจัย สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า 3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถบอก แนวทางในการป้องกันและแก้ไขอาการทาง อารมณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า	ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม - การใช้เทคนิคการศึกษาเชิง จิตวิทยา - การใช้ทฤษฎีบุคลิกภาพ A-B-C โดยเชื่อมโยงทักษะ ศิลปะบำบัด การวาดภาพ
3	ความหวังด้านลบ	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาระบุถึงปัจจัยและ อิทธิพลของความหวังด้านลบที่มีผลต่อ ภาวะซึมเศร้า 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถบอก แนวทางในการป้องกันและแก้ไขความหวัง ด้านลบที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง	ทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่ มุ่งเน้นคำตอบ - วิธีการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้ ได้ผล ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ เกสตัลท์ - เทคนิคขณะนี้ฉันตระหนักรู้ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผล อารมณ์ และ พฤติกรรม - เทคนิคการจินตนาการการใช้ เหตุผลและอารมณ์ของตนเอง ทักษะศิลปะบำบัด การปั้นรูป

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
4	มองซิมเสร์ผ่านร่างกาย	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถแยกแยะการเคลื่อนไหวทางร่างกายที่แสดงให้เห็นถึงการเข้าสู่ภาวะซิมเสร์ 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถระบุแนวทางในการป้องกัน บรรเทา หรือแก้ไขการเคลื่อนไหวทางด้านร่างกายที่จะนำไปสู่ภาวะซิมเสร์	ทฤษฎีการปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม - เทคนิคการผ่อนคลาย ทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ - เทคนิควิธีการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้ได้ผล - ทักษะศิลปะการระบายสี
5	รู้คิด เปลี่ยนชีวิต	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถบอกลักษณะอาการและอิทธิพลของการรู้คิดที่มีนำไปสู่ภาวะซิมเสร์ 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาระบุแนวทางในการป้องกันและจัดการรู้คิด ที่ทำให้เกิดความรู้สึกแย่ ๆ กับตนเอง เกิดความท้อแท้หมดหวัง ซึ่งนำไปสู่ภาวะซิมเสร์	ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ - เทคนิคการใช้ประโยคที่มีพลัง ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม - เทคนิคการโต้แย้งกับความ คิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล - ทักษะศิลปะบำบัดการทำการ์ด
6	พฤติกรรมนำพาซิมเสร์	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถบอกลักษณะอาการปัจจัยและอิทธิพลของการแยกตัวเอง ที่นำไปสู่ภาวะซิมเสร์	ทฤษฎีการปรึกษาแบบเผชิญความจริง - เทคนิคการข้อเสนอแนะ - เทคนิค WDFP - ทักษะศิลปะเปเปอร์มาเช่

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
6	พฤติกรรมนำพา ชิมเศร้า (ต่อ)	2. เพื่อให้ผู้รับการบริการระบุ แนวทางในการป้องกันและแก้ไขการ แยกตัวเองจากครอบครัวและสังคมที่ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า	
7	มาเปลี่ยนพฤติกรรม กันเถอะ	เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา สามารถบอก แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ไม่ เหมาะสมซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าด้าน พฤติกรรม	ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ เกสตัลท์ การใช้ทักษะการสังเกตผู้รับ การปรึกษา ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ วิเคราะห์สัมพันธภาพ - การใช้เทคนิคตำแหน่งชีวิต - การใช้ทักษะศิลปะบำบัด การจัดแจกันดอกไม้ - การใช้ทักษะการให้กำลังใจ
8	ปัจฉิมนิเทศ : ยุติ การให้การปรึกษา	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา ทบทวน และ สรุปผลของการให้การปรึกษา 2. เพื่อยุติการให้การปรึกษา	- การใช้ทักษะการอธิบาย - การใช้ทักษะการสรุปความ - การใช้ทักษะการสนับสนุน - การใช้ทักษะการยุติ

2.3.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอน
ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชแขนง
วิชาการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยผ่านการรับรองจริยธรรมระหว่าง 6 กันยายน 2566 ถึง
5 กันยายน 2567 ภายใต้รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812 เลขที่ใบรับรอง คือ 018.66
- 2) พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยในวันเก็บข้อมูล โดยการแนะนำตัวชี้แจง
วัตถุประสงค์ขั้นต้นให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลทราบ อธิบายการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความ

ร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างมาก การให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ทุกคนยังคงอยู่ภายใต้การดูแลและความรับผิดชอบของนักจิตวิทยาการให้คำปรึกษาในศูนย์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างสามารถ ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยที่ไม่ต้องใส่ชื่อและนามสกุลจริงแต่ใช้รหัสแทนแบบสลับอักษรของแต่ละคนที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วถูกเก็บไว้ในซองกระดาษอย่างมิดชิด ในส่วนที่บันทึกในคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊กใช้เฉพาะส่วนตัวซึ่งมีรหัสในการเข้าถึงข้อมูลและจะทำลายข้อมูลหลังจากการวิจัยสำเร็จการศึกษา และผลการวิจัยการเผยแพร่แล้วหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยประการใดผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบ ได้รับข้อสงสัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัยในส่วนของข้อเสนอข้อมูลในรายงานการวิจัยผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่มีการระบุถึงผู้ตอบแบบสัมภาษณ์คนใดคนหนึ่งเป็นการเฉพาะเจาะจงและนำผลที่ได้มาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้นเมื่อผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

3) การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมฯ ไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ตามความสมัครใจ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลและดำเนินการทดลองจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และศูนย์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดทั้ง 2 แห่ง ได้แก่ ศูนย์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร Golden Time Rehabilitation Center และศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีซี

3.2 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน จากนั้นดำเนินการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองโดยจะเป็นการสัมภาษณ์คำถามจากนักจัดกิจกรรม และนักจิตวิทยาประจำศูนย์ผู้ดูแลฯ ของแต่ละศูนย์ โดยการตอบคำถามข้อมูลทั่วไป และประเมินภาวะซึมเศร้าจะดำเนินการก่อนทำกิจกรรมโปรแกรมฯ 1 วัน ผู้เข้าร่วมการวิจัย จะใช้เวลาในการตอบคำถามคนละ 25-30 นาทีต่อท่าน

3.3 ทำการทดลองกับกลุ่มทดลอง โดยใช้โปรแกรมการให้การศึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำนวน 8 ครั้ง ในจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ เวลา 09.00 – 10.30 น. ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 ณ ห้อง Happiness Room Golden Time ศูนย์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร โดยกลุ่มควบคุม ได้รับการอบรมตามปกติของศูนย์

3.4 ดำเนินการให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบวัดความภาวะซึมเศร้า ในเวลาเดียวกัน ภายหลังการทดลอง เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินหลังดำเนินกิจกรรมจะดำเนินการประเมินหลัง กิจกรรมทันที

3.5 แปรผล และวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัย

4. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

4.1 สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

4.1.1 ความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Items-Objective Congruence, IOC)

4.1.2 หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ของข้อคำถามเป็นรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total correlation)

4.1.3 การหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient)

4.2 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

4.2.1 สถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อน และหลังใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด ในกลุ่มทดลอง โดยการใช้การทดสอบของวิลคอกซัน (The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test)

4.2.2 สถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด โดยการใช้การทดสอบของแมนวิทนี (The Mann - Whitney U Test)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดต่อกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์กรุงเทพมหานคร เป็นวิจัยเชิงกึ่งทดลอง มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีรายละเอียดของผลวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ในการวิจัย ดังนี้

- 1.1 เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนและหลัง การใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด
- 1.2 เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. การเสนอผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิจัย แบ่งเป็น 4 ดังนี้

- 2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ ร้อยละ
- 2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ใช้สถิติการทดสอบแมนน์ วิทนีย์ (The Mann-Whitney U Test)
- 2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้การทดสอบวิลคอกซัน (The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test)
- 2.4 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลอง โดยใช้การทดสอบแมนน์ วิทนีย์ (The Mann-Whitney U Test)

3. สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมายข้อมูล ดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
Mdn	แทน	ค่ามัธยฐาน (Median)
Q.D.	แทน	ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ (Quartile Deviation)
p-value	แทน	นัยสำคัญทางสถิติ
T	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาการทดสอบวิลคอกซัล
U	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาการทดสอบแมนวิทนี
*	แทน	นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ที่เข้ารับบริการในศูนย์ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน คน สามารถแสดงผลได้ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	ร้อยละ	กลุ่มควบคุม	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	14	70.00	14	70.00
หญิง	6	30.00	6	30.00
รวม	20	100	20	100
2. อายุ				
60-65 ปี	10	50.00	11	55.00
66-70 ปี	6	30.00	6	30.00
71-75 ปี	3	15.00	3	15.00
75-80 ปี	1	5.00	0	0
รวม	20	100	20	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	ร้อยละ	กลุ่มควบคุม	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส				
แต่งงาน	16	80.00	14	70.00
หม้าย หย่าร้าง	1	5.00	4	20.00
โสด	3	15.00	2	10.00
รวม	20	100	20	100
4. ระดับการศึกษา				
ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี	3	15.00	6	30.00
ระดับปริญญาตรี	16	80.00	14	70.00
ระดับสูงกว่าปริญญาตรี	1	5.00	0	0
รวม	20	100	20	100
5. อาชีพ				
ค้าขาย	12	60.00	18	90.00
พนักงานบริษัท	2	10.00	2	10.00
ข้าราชการ	6	30.00	0	0
รวม	20	100	20	100
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
0 - 500	11	55.00	11	55.00
501 - 1,000	5	25.00	7	35.00
1,001 - 1,500	2	10.00	0	0
มากกว่า 1,500	2	10.00	2	10.00
รวม	20	100	20	100
7. ศาสนา				
พุทธ	20	100.00	19	95.00
อิสลาม	0	0	1	5.00
รวม	20	100	20	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	ร้อยละ	กลุ่มควบคุม	ร้อยละ
8. ระยะเวลาใช้บริการ ณ ศูนย์ฟื้นฟู (เดือน)				
1-4	9	45.00	11	55.00
5-8	9	45.00	9	45.00
9-12	1	5.00	0	0
มากกว่า 12	1	5.00	0	0
รวม	11	55	9	45
9. ระดับการช่วยเหลือตนเอง*				
เกรด 1	11	55.00	10	50.00
เกรด 2	6	30.00	8	40.00
เกรด 3	3	15.00	2	10.00
รวม	20	100	20	100
10. ระยะเวลาในการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (เดือน)				
1-3	6	30.00	10	50.00
4-6	10	50.00	7	35.00
7-12	3	15.00	3	15.00
มากกว่า 12	1	5.00	0	0
รวม	20	100	20	100

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในศูนย์ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร แยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ปรากฏผล ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชายร้อยละ 70 อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง อายุ 65.35 ± 10.61 ปี ร้อยละ 50 อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมพบว่ามีอายุ 65.35 ± 4.82 ปี และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่ม 60-65 ปี เช่นกัน ร้อยละ 55 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 80 และ 70 การศึกษาจะพบว่าทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80 ในกลุ่มทดลอง และ ร้อยละ 70 ในกลุ่มควบคุม อาชีพเดิมของกลุ่มทดลองร้อยละ 60 ทำอาชีพค้าขาย เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ร้อยละ 90 มีอาชีพค้าขายเดิม รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลองมีรายได้ประมาณ $975 \pm 1,069.62$ บาท และกลุ่มควบคุมประมาณ

660±616.57 บาท กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95 การเข้ารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง ณ ศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ เฉลี่ย ไม่เกิน 8 เดือน ร้อยละ 90 ส่วนของกลุ่มควบคุมการเข้ารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง ณ ศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ เฉลี่ย ไม่เกิน 4 เดือน ร้อยละ 55 ระดับการช่วยเหลือตนเองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะอยู่ในเกรด 1 2 และ 3 ตามลำดับ กลุ่มทดลองพบว่า ร้อยละการช่วยเหลือตนเอง จาก 1 ถึง 3 พบร้อยละ 55 30 และ 15 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมพบ ร้อยละการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 50 40 และ 10 ตามลำดับ

4.2 ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

จากการวิจัยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดดังแสดงตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง	Mdn	Q.D.	The Mann – Whitney U Test	p-value
กลุ่มทดลอง	25.70	4.0	.435**	.331
กลุ่มควบคุม	24.65	7.0		

จากตารางที่ 4.2 พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้โปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด (n = 20)

กลุ่มตัวอย่าง	Mdn	Q.D.	The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test	p-value
ก่อนการทดลอง	26	4	-3.92	.001**
หลังการทดลอง	9	1.5		

** p < .05

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ภายหลังจากทดลองผู้สูงอายุที่ใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคุมคู่กับศิลปะบำบัด มีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลอง

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคุมคู่กับศิลปะบำบัด (n = 40)

กลุ่มตัวอย่าง	Mdn	Q.D.	The Mann - Whitney U Test	p-Value
กลุ่มทดลอง (n=20)	9	1.5	-4.66	.001**
กลุ่มควบคุม (n=20)	21	3		

** p < .01

จากตารางที่ 4.4 ผู้สูงอายุที่ใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคุมคู่กับศิลปะบำบัด มีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผลของการให้การศึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดต่อกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษานำมาสรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1 เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด

1.2 เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ใช้โปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด และการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. สมมติฐานการวิจัย

2.1 ภายหลังจากใช้โปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดของผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้ามลดลง

2.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด มีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. สรุปการวิจัย

3.1 ภายหลังจากทดลองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด มีภาวะซึมเศร้ามน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ผู้สูงอายุที่ใช้โปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด มีภาวะซึมเศร้ามน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. อภิปรายผล

4.1 ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ภายหลังจากให้การศึกษาก่อนการให้การศึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับ ศิลปะบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร่าลดลงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ .05 เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากโปรแกรมการให้การศึกษาแบบกลุ่ม ควบคู่กับศิลปะบำบัดที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นอย่างเหมาะสมถูกต้องตรงตามขั้นตอนของ การสร้างเครื่องมือวิจัย ตั้งแต่การกำหนดเนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ การศึกษาเอกสารงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง การกำหนดนิยามปฏิบัติการ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน การทดลองก่อนนำไปใช้ โดยการนำไปทดลองกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองและใน ระหว่างการทดลองผู้วิจัยได้นำเทคนิคการให้การศึกษาทางจิตวิทยาต่าง ๆ มาบูรณาการประสมประสาน กับศิลปะบำบัดให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการใช้โปรแกรมแต่ละครั้ง โดยในการให้การศึกษาครั้งที่ 2 เป็นการให้การศึกษาเพื่อให้ผู้รับการศึกษสามารถบอกลักษณะอาการสำคัญของอารมณ์ที่นำไปสู่ภาวะ ซึมเศร้า ระบุถึงปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และสามารถบอกแนวทางในการป้องกันและแก้ไข อาการทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้การศึกษาเชิงจิตวิทยา ทฤษฎีบุคลิกภาพ A-B-C จาก ทฤษฎีการให้การศึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ร่วมกับศิลปะบำบัด การวาดภาพ ขณะทำการให้การศึกษาครั้งที่ 3 ซึ่งเป็นการให้การศึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับการศึกษเข้าใจถึงปัจจัย อิทธิพลของความหวังด้านลบที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า และสามารถบอกแนวทางในการป้องกันและแก้ไข ความหวังด้านลบที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง ผู้วิจัยนำเทคนิคการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้ได้ผล จากทฤษฎี การศึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ เทคนิคขณะนั้นั้นตระหนักรู้ จากทฤษฎีการให้การศึกษาแบบเกสตัลท์ เทคนิคการจินตนาการการใช้เหตุผลและอารมณ์ของตนเอง จากทฤษฎีการให้การศึกษาแบบพิจารณา เหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม มาบูรณาการกับศิลปะบำบัด การปั้นรูป ในการให้การศึกษา

การให้การศึกษา ครั้งที่ 4 เป็นการให้การศึกษาเพื่อช่วยให้ผู้เข้ารับการศึกษเกิดการ รู้คิดที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า แนวทางในการป้องกันและจัดการรู้คิดที่ทำให้เกิดความรู้สึกละแ่น ๆ กับตนเอง เกิดความท้อแท้ หมดหวัง ซึ่งนำไปสู่ ภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการใช้ประโยคที่มีพลัง จากทฤษฎีการ ให้การศึกษาแบบเกสตัลท์ ใช้เทคนิคการโต้แย้งกับความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุผลจากทฤษฎีการให้ การศึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ผสมผสานกับทักษะศิลปะบำบัดการทำการ์ด และใน การให้การศึกษาครั้งที่ 5 ซึ่งเป็นการให้การศึกษาเพื่อช่วยให้ผู้เข้ารับการศึกษสามารถระบุแนวทางใน การป้องกันและแก้ไขการแยกตัวออกจากครอบครัวและสังคมที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้นำเทคนิคการ ข้อเสนอแนะเทคนิค WDFP จากทฤษฎีการศึกษแบบเผชิญความจริง มาบูรณาการกับทักษะศิลปะ ะเปเปอร์มาเช่ และในการให้การศึกษาครั้งที่ 7 เป็นการให้การศึกษาเพื่อให้ผู้รับการศึกษ สามารถบอก

แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าด้านพฤติกรรม ผู้วิจัยได้นำเอา ทักษะการสังเกตผู้รับการปรึกษา จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ เทคนิคตำแหน่งชีวิต จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ มาบูรณาการกับศิลปะบำบัด การจัดแจกันดอกไม้ ส่งผลให้ภายหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะเพื่อลดภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีภาวะซึมเศร้ามลดลงมากกว่าก่อนทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับ ศิลปะบำบัดนี้สามารถนำไปใช้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของมณีนรัตน์ เอี่ยมอนันต์ และปทุมวดี พัฒนเรืองกุล (2564) ที่ได้ศึกษากลไกการบำบัดของศิลปะบำบัด ที่สามารถใช้ในการฝึก การเคลื่อนไหว ของกล้ามเนื้อ สร้างความสมดุลของร่างกาย และฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ดำเนิน กิจกรรมที่ประกอบด้วย 1) การใช้ดนตรีประกอบการทำสมาธิ 2) การเตรียมความพร้อม ของร่างกาย 3) ทำ กิจกรรมศิลปะ และ 4) การใช้กระบวนการกลุ่มในการเยียวยา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูร่างกาย ร่วมกับ ศิลปะบำบัดมีภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรกมล ยะดินันท์ และ ภัครวรรณ สิทธิประภาพร (2565) ที่ได้ทำการทดสอบผู้สูงอายุหลังการรับบริการบำบัดด้วย ศิลปะบำบัด ซึ่งหลังการใช้ศิลปะบำบัด พบว่า มีการเพิ่มขึ้นในคะแนนของการทำงานสมองในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว ด้านความจำ (Registration and Memory) ด้านความตั้งใจและการ คำนวณ (Attention and Calculation) ด้านความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษา (Language) รวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา (Visual constructional) มีมิติสัมพันธ์โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติแสดงให้เห็นถึงการมีพัฒนาการที่ดีขึ้นทางด้านการทำงานของสมองในแต่ละด้าน ทั้งยังสอดคล้อง กับงานวิจัยของ รวินันท์ จงประเสริฐพร และศิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล (2566) ที่ทำการศึกษาวิจัยภาวะ ซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า โดยส่วนใหญ่ภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะ เกิดขึ้นร้อยละ 33 ของผู้ป่วยทั้งหมดโดยจะเกิดช่วง 3 เดือนแรก และร้อยละ 29 จะเกิดช่วง 1 ปีเป็นต้นไป ซึ่งผลกระทบของการเกิดจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง และเพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาล ภาวะทุพพล ภาพและการเสียชีวิต หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในการรักษาจิตใจสังคมบำบัดและการรักษาโดยการ ใช้ยามีบทบาทสำคัญในการลดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง

4.2 ภายหลังการใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีภาวะซึมเศร้ามลดลงมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดที่ผู้วิจัย นำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดที่ผู้วิจัย ได้สร้าง และพัฒนาขึ้นตามหลักเกณฑ์การสร้างเครื่องมือการวิจัยมีเนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ผ่านความ เห็นชอบของอาจารย์ ที่ให้คำปรึกษาและผู้ตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ในแต่ละโปรแกรม ได้ดำเนินการบำบัดจำนวนทั้งสิ้น 8 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรึกษา แบบกลุ่มควบคู่ศิลปะที่เป็นการบูรณาการ เทคนิคต่าง ๆ จากทฤษฎีการให้การปรึกษาที่สอดคล้องกับ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความซึมเศร้าลดมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับงานวิจัยของยุพาธร เสือเผ่า (2561) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และควมมีคุณค่าในตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับของศุภชัย รักแก้ว (2566) ที่ได้ทำการศึกษาโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ ที่ปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดภายหลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลวิจัยของ Lee & Choi (2023) ที่ได้ศึกษาผลของการใช้ศิลปะบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาทางอารมณ์เป็นหนึ่งในอาการพื้นฐานของโรคซึมเศร้า ในกระบวนการควบคุมอารมณ์อย่าง ยืดหยุ่นได้กล่าวถึงการใช้ศิลปะบำบัด การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำศิลปะและอารมณ์ และพบว่า กิจกรรมศิลปะจะนำไปสู่การปรับอารมณ์ การกระตุ้นผู้ป่วยที่มีการตอบสนองทางอารมณ์จากกิจกรรมศิลปะ บำบัด และนำไปสู่การรักษาโรคซึมเศร้าภายหลังการทดลอง

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

5.1.1 ศูนย์ฟื้นฟู หรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่เคยรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถปรับตัวและมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่ดีเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหา มีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

5.1.2 ศูนย์ฟื้นฟูฟื้นฟู หรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ควรนำข้อมูลวิจัยนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาในหน่วยงานและเป็นองค์ความรู้ในเรื่องการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดของบุคลากร

สามารถให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในศูนย์ และตระหนักถึงความสำคัญของการให้การปรึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

5.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.2.1 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่น่าจะมีผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุที่เคยเคยรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การรับรู้เรื่องโรคและความรุนแรงของโรค พฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ และการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งร่างกาย และจิตใจ

5.2.2 ควรให้มีการวินิจฉัยเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด และเป็นประโยชน์มากขึ้น

5.2.3 ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เคยรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาแนวทางในการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี





บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2560). *ชุดความรู้การดูแลตนเอง และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ “สุขภาพดี”*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กรมสุขภาพจิต. (2547). *การให้คำปรึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชน*. สำนักงานกิจการการพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- _____. (2565). *คู่มือผู้เข้ารับการอบรมแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ศูนย์โรคซึมเศร้าไทยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี*. โรงพิมพ์ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- กฤตยชญ์ ไชยคำภา และภมรพรรณ บุระยาตร์. (2564). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามทฤษฎีผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางที่มีผลต่อสภาวะทางจิตของนิสิตในมหาวิทยาลัย. *วารสารชุมชนวิจัย*, 16(2), 249-260.
- กฤติกา บุญรัตน์ภา และสรินทร์ บัวทอง. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรม การเผชิญ ปัญหา ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีภาคปกติมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]*. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- จุฑาทิพย์ คนตรง. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำรูปแบบดริพและชิฟ ณ ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าจังหวัดกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 17(1), 16-29.
- ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, สุเทพ จันทร์เทศ และพรพิชิต สุวรรณศิริ. (2554). ผลของการใช้ศิลปกรรมบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. *Kasetsart J.*, 32, 191-200.
- ดลพร ศรีฟ้า และ อติเทพ แจ้ดนาลาว. (2564). สุนทรียะกับการออกแบบพหุประสาทสัมผัสเพื่อความจริงเสมือนเพื่อบำบัดผู้ป่วยอัมพาตปัญหาหลอดเลือดสมอง. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(4), 23-38.
- ดวงกมล วัตราดุลย์. (2560). *State of the Art Care for Critical Stroke: Excellent Nursing The Best ICU*. ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้า รักษาหายได้ และโรคอารมณ์ผิดปกติ เหนงา เบื่อ สติแตก อายากตาย*. นำอักษรการพิมพ์.
- ดารุจ อนิวรรณพงศ์. (2561). ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง Post-Stroke Depression. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(4), 383-418.

- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2550). *ศิลปะบำบัด ศาสตร์และศิลป์แห่งการบำบัด*. <http://www.happyhomeclinic.com/alt02-arttherapy>
- เทพฤทธิ วงศ์ภูมิ และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 103-116.
- ธริสรา จิรเสถียรพร และประเสริฐศักดิ์ กายนาคา. (2564). ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอาจารย์มหาวิทยาลัยอายุน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยง. *วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์*, 36(1), 184-200.
- นรินทรา เกโส, ปิติวรรณ สมไทย, และศุภฤกษ์ คณิตวานันท์. (2566). การวิเคราะห์กระบวนการสร้างผลงานศิลปะบำบัดผ่านการถอดรหัสผลงานศิลปะของผู้สร้างผลงานศิลปะร่วมสมัย. *วารสารศิลปกรรมบูรพา*, 26(1), 31-55.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. (2561). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2561. *มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. พิธีมอบ*.
- ปริญรัตน์ แวมคำ (2554). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจไม่ได้อภิบาล]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญยภพ สิทธิพรอนันต์. (2550). *ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า*. พิมพ์ลักษณ์.
- ปลิวิช ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง. (2559). ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง Lived Experience of Thai Older People Living with Hypertension. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 288-295.
- พระมหาถาวร ถาวโร. (2565). การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม. *Buddhist Psychology Journal*, 6(2), 61-68.
- พนัธิภา ทองสลับ และพัลลขานา อับดุลรอหมัน. (2566). การศึกษาเบื้องต้น: ผลของโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดโรงพยาบาลจิตเวชปัตตานี. *วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย*, 54(2), 56-66.
- ภักจิรา ภูสมศรี. (2563). โรคซึมเศร้าปัญหาสุขภาพใกล้ตัว. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 14(2), 51-58.
- ภาสิกา กิมหงษ์. (2566). *ผลของโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมและภาระในการดูแลของผู้ดูแล* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจไม่ได้อภิบาล]. สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราส.
- มณีนรัตน์ เอี่ยมอนันต์ และปทุมวดี พัฒนเรืองกุล. (2564). ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและการจัดการ. *Thai Journal of Nursing*, 70(2), 55-61.
- รวินันท์ จงประเสริฐพร และศิริสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล. (2566). ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. *Chonburi Hospital Journal*, 48(1), 41-59.

- ลัดดาวัลย์ มั่นพานิช และ ชนกฤทัย ชื่นอารมณ. (2561). การกระตุ้นพฤติกรรมในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า: มุมมองทางสมองและประสาทวิทยา. *The Journal of Baromrajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 20(2), 130-144.
- วัลย์พร นันท์ศุภวัฒน์, จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ และพร้อมจิตร์ ห่อนบุญheim. (2552). สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Mental Health of the Elderly). *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 27(1), 27-32.
- วีระชัย จิตภักดี สมรักษ์ สันติเบญจกุล และ กฤษณา พิรเวช. (2560). ความชุกของอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผลต่อการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน. *Chulalongkorn Medical Journal*, 61(2), 233-247.
- วุฒิชัย แป้นทอง และรัตนา สายยศ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(1), 193-208.
- ศุภชัย รักแก้ว. (2566). ความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *TUH Journal online*; 8(2), 1-17.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพคนไทย. (2566). *คำสัญญาของไทยใน “คอป” (COP: Conference of Parties) กับการรับมือ “โลกรวน / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม*. [เอกสารทางวิชาการไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2565). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 39(2), 39-46.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566). 13 ปี เส้นทางการเรียนรู้และพัฒนา Stroke Fast Track ของประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 17(1), 191-199.
- สามารถ นิธินันท์. (2559). ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง. *Royal Thai Army Medical Journal*.
- สายฝน เอกวางกูร. (2553). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายอักษร รักคง. (2564). *จิตวิญญาณแห่งความเป็นไทย ผ่านภาพลักษณ์ทางศิลปะบำบัดจิต* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. สถาบันบัณฑิตพัฒนศิลป์.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2559). *การให้คำปรึกษา*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ. (2567). *แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567*. กระทรวงสาธารณสุข.
- สุชาดา แซ่ลิ้ม. (2562). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดระนอง. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 33(1), 193-201.
- สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล. (2566). *บทสรุปผู้บริหารรอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ประเด็นตรวจราชการ: ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ*. สถาบันประสาทวิทยา ประเทศไทย.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, สุวิมล จอดพิมาย และพรรณภา แสงส่อง. (2561). การศึกษาประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าและความเศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(3), 33-47.
- อรัญญา นามวงศ์, คอย ละอองอ่อน, วัชรวิไล ไซยจันดี และเอกพันธ์ คำภีระ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *Journal of Nursing and Health Research*, 19(2), 94-105.
- อุทุมพร วาณิชคาม. (2562). การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 25(1), 164-179.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. n.p.
- Belkofer, C. M., Van Hecke, A. V., & Konopka, L. M. (2014). Effects of drawing on alpha activity: A quantitative EEG study with implications for art therapy. *Art Therapy*, 31(2), 61-68.
- Deshmukh SR, Holmes J, Cardno A. (2024). *Art therapy for people with dementia*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018. USA.
- Habsy, B. A., Zain, H. H. H., Masruroh, H., & Mukti, F. A. (2024). Basic Concepts of Group Counseling: An Intervention Services. *QUANTA: Jurnal Kajian Bimbingan dan Konseling dalam Pendidikan*, 8(1), 1-7.
- Kletsenko, L. V., Rybalko, L. M., Levkov, A. A., Vyshvar, Y. V., Kravchenko, M. V., Romanenko, B. V., & Bashtovenko, O. A. (2023). Rehabilitation of patients with the consequences of Ischemic Stroke via the means of exercises of physical therapy. *Acta Balneologica*, 374.
- Lee, M., & Choi, H. (2023). Art-based emotion regulation in major depression: Framework for intervention. *The Arts in Psychotherapy*, 102018.

- Liu, S., Huang, X., Liu, Y., Yue, J., Li, Y., & Chen, L. (2024). A scoping review of the use of creative activities in stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*.
- Masoumeh, F. (2011). Art therapy in humanistic psychiatry. *Social and behavioral sciences*, 30(1), 2088-2092.
- Niphon Pongvarin (2007). Joint World Congress on Stroke: International Stroke Society, Mediterranean Stroke Society and Southern African Stroke Foundation Cape Town. South Africa.
- Ortiz-Mallasén, V., Claramonte-Gual, E., González-Chordá, V. M., Llagostera-Reverter, I., Valero-Chillerón, M. J., & Cervera-Gasch, Á. (2024). Can Virtual Reality Help Improve Motor and Cognitive Function in Active Aging in Older Adults? A Scoping Review. In *Healthcare. Multidisciplinary Digital Publishing Institute*, 12(3), 356.
- World Health Organization. (1988). *Stork*. World Health Organization.
- Yi, C. S., & Chavez Calderon, D. (2024). *Cultural Wounds Find Release: Art Therapy and First Generation Immigrants' Mental Health*. n.p.
- Yi, C., Naixin, L., Iyendo, T. O., & Apuke, O. D. (2024). Cognitive behavior, art, and music therapies intervention for treating the depression of children: a randomized control trial. *Psychiatry research*, 333, 115716.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยศรี

นครินทรวิโรฒราชภัฏ



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

มหาวิทยาลัยสุรินทร์

สุรินทร์วิทยาคารมหาวิทยาลัยราชภัฏ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล อาจารย์ตามพงษ์ วงษ์จันทร์
ตำแหน่ง/หน้าที่ปฏิบัติงาน ฝ่ายแนะแนวศึกษา
สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
2. ชื่อ - สกุล อาจารย์สวงศ์ แก่นตาคำ
ตำแหน่ง/หน้าที่ปฏิบัติงาน นักวิจัยอิสระ
สถานที่ทำงาน 108/6 ต.แม่่นะ อ.เชียงดาว จ.เชียงใหม่
3. ชื่อ - สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร กาญจนสุวรรณ
ตำแหน่ง/หน้าที่ปฏิบัติงาน อาจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์
สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
4. ชื่อ - สกุล อาจารย์ณัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน
ตำแหน่ง/หน้าที่ปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
5. ชื่อ - สกุล อาจารย์จิรภา ฉิมปรุ
ตำแหน่ง/หน้าที่ปฏิบัติงาน ฝ่ายการแนะแนวศึกษา
สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	ผู้ทรงฯ คนที่ 1	ผู้ทรงฯ คนที่ 2	ผู้ทรงฯ คนที่ 3	ผู้ทรงฯ คนที่ 4	ผู้ทรงฯ คนที่ 5	คะแนน เฉลี่ย	แปล ผล
	ทฤษฎีการให้ปรึกษาแบบ พฤติกรรมนิยม - เทคนิคการผ่อนคลาย	5	5	5	5	5	5	ใช้ได้
	ทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่ มุ่งเน้นคำตอบ - เทคนิควิธีการแก้ไขปัญหาที่เคย ใช้ได้ผล - ทักษะศิลปะบำบัดการระบายสี	5	5	5	5	5	5	ใช้ได้
5	ชื่อ รู้คิด เปลี่ยนชีวิต 1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา สามารถบอกลักษณะอาการ และอิทธิพลของการรู้คิดที่มี นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า	5	5	5	5	4	4.8	ใช้ได้
	2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาระบุ แนวทางในการป้องกันและจัด การรู้คิด ที่ทำให้เกิดความรู้สึก แย่ ๆ กับตนเอง เกิดความ ท้อแท้ หมดหวัง ซึ่งนำไปสู่ ภาวะซึมเศร้า	5	5	5	5	5	5	ใช้ได้
	ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ เกสตัลท์ - เทคนิคการใช้ประโยคที่มีพลัง	5	5	5	5	5	5	ใช้ได้
	ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผล อารมณ์ และ พฤติกรรม - เทคนิคการโต้แย้งกับความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล - ทักษะศิลปะบำบัดการทำการ์ด	5	5	5	5	5	5	ใช้ได้
6	ชื่อ พฤติกรรมนำพาซึมเศร้า 1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา สามารถบอกลักษณะอาการ ปัจจัยและอิทธิพลของการ	5	5	5	5	4	4.8	ใช้ได้

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	ผู้ทรงฯ คนที่ 1	ผู้ทรงฯ คนที่ 2	ผู้ทรงฯ คนที่ 3	ผู้ทรงฯ คนที่ 4	ผู้ทรงฯ คนที่ 5	คะแนน เฉลี่ย	แปล ผล
	แยกตัวเองที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า							
	2. เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษา แนวทางในการป้องกันและแก้ไข การแยกตัวเองจากครอบครัวและ สังคมที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า	5	5	5	5	5	5	ใช้ได้
	ทฤษฎีการปรึกษาแบบเผชิญ ความจริง - เทคนิคการข้อเสนอแนะ	5	5	5	4	4	4.6	ใช้ได้
	- เทคนิค WDFP	4	5	5	5	4	4.6	ใช้ได้
	- ทักษะศิลปะบำบัดเปเปอร์มาเช่	4	4	5	4	4	4.2	ใช้ได้
7	ชื่อ มาเปลี่ยนพฤติกรรมกันเถอะ เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษา สามารถบอก แนวทางในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมซึ่งนำไปสู่ ภาวะซึมเศร้าด้านพฤติกรรม	5	5	5	5	5	5	ใช้ได้
	ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ เกสตัลท์ ทักษะการสังเกตผู้รับ ปรึกษา ทฤษฎีการให้การปรึกษา แบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ - เทคนิคตำแหน่งชีวิต	5	4	5	5	5	4.8	ใช้ได้
	- ทักษะศิลปะบำบัดการจัดแจกัน ดอกไม้	5	5	5	4	4	4.6	ใช้ได้
	- ทักษะการให้กำลังใจ	5	4	5	5	5	4.8	ใช้ได้
8	ชื่อ ปัจฉิมนิเทศ : ยุติการให้การ ปรึกษา 1. เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษา ทบทวน และสรุปผลของการให้การปรึกษา	5	5	5	5	4	4.8	ใช้ได้
	2. เพื่อยุติการให้การปรึกษา	5	5	5	5	5	5	ใช้ได้
	- ทักษะการอธิบาย	5	5	5	5	5	5	ใช้ได้
	- ทักษะการสรุปความ	5	5	5	5	5	5	ใช้ได้
	- ทักษะการสนับสนุน	5	5	5	5	5	5	ใช้ได้
	- ทักษะการยุติ	5	5	5	5	4	4.8	ใช้ได้



ภาคผนวก ข

แบบสอบถามการวิจัย

มหาวิทยาลัย

สุโขทัยธรรมมาธิราช



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS-30)

จำนวน 30 ข้อ

2. โปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบคำถามแต่ละส่วนให้ครบถ้วน

3. คณะผู้วิจัยขอเรียนว่า ข้อมูลที่ได้จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด โดยผู้วิจัยจะนำไป

วิเคราะห์ในภาพรวมตามระเบียบวิธีวิจัย เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัย จึงใคร่ขอกรุณาท่านตอบแบบ
แบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกข้อความตามความจริง

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านจึงขอขอบพระคุณในความร่วมมือ
ตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

นางสาวอภิรดี ยืนยง

ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต

(การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา)

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

โทร. 095 – 2462763 Email. apiradee2529ple@gmail.com

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง
หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1.1 เพศสภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย

ชาย หญิง

1.2 อายุปี

1.3 สถานภาพ

แต่งงาน
 หย่าร้าง หม้าย
 โสด

1.4 ระดับการศึกษา

ต่ำกว่าปริญญาตรี
 ปริญญาตรี อนุปริญญาตรี
 ปริญญาตรีขึ้นไป

1.5 ศาสนา

พุทธ คริสต์ อิสลาม
 อื่นๆ ระบุ.....

1.6 อาชีพ หรืออาชีพเดิมที่เคยทำ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 ลูกจ้าง พนักงานราชการ ข้าราชการ
 พนักงานบริษัทเอกชน
 เกษตรกร
 ค้าขาย
 อาชีพอิสระ
 อื่นๆ ระบุ.....

1.7 รายได้.....บาท/เดือน

1.8 ระยะเวลาในการฟื้นฟูในศูนย์ฯ.....ปี.....เดือน

1.9 ระดับการช่วยเหลือตนเอง

- เกรด 1 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- เกรด 2 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
- เกรด 3 ช่วยเหลือตัวเองได้ดี
- เกรด 4 ช่วยเหลือตัวเองได้ดีมาก

1.10 ระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุและในกรณีของผู้สูงอายุ ถ้าสามารถอ่านออกและเขียนได้ สามารถทำแบบประเมินนี้ได้ด้วยตนเอง

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1.	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			
2.	ท่านไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
3.	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
4.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ			
5.	ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า			
6.	ท่านมีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้			
7.	ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี			
8.	ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน			
9.	ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข			
10.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง			
11.	ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับการส่ายบ่อยๆ			
12.	ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน			
13.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า			
14.	ท่านคิดว่าความจำท่านไม่ดีเท่ากับคนอื่น			

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
15.	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่			
16.	ท่านรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ			
17.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า			
18.	ท่านรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา			
19.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนุกอีกมาก			
20.	ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่			
21.	ท่านรู้สึกกระตือรือร้น			
22.	ท่านรู้สึกสิ้นหวัง			
23.	ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน			
24.	ท่านอารมณ์เสื่อง่ายกับเรื่องเล็กน้อยๆ อยู่เสมอ			
25.	ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ			
26.	ท่านมีความตั้งใจทำอะไรสักอย่างได้ไม่นาน			
27.	ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า			
28.	ท่านไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น			
29.	ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว			
30.	ท่านมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน			
รวม				
<p>หมายเหตุ</p> <p>1. การคิดคะแนนข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน</p> <p>2. การแปลผล</p> <ul style="list-style-type: none"> * ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 0 – 12 คะแนน * ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) คะแนน 13 – 18 คะแนน * ผู้มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression) คะแนน 19 – 24 คะแนน * ผู้มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression) คะแนน 25 – 30 คะแนน 				



ภาคผนวก ค

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยศรี

นครินทรวิโรฒราชภัฏ



ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของโครงการวิจัย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่ใบรับรอง : 018.66

วิธีพิจารณา : แบบเต็มชุด

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พิจารณาแล้วเห็นสมควรรับรองโครงการวิจัยและเอกสารประกอบโครงการวิจัยต่อไปนี้

ชื่อโครงการวิจัย	: ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
รหัสโครงการวิจัย	: STOUIRB 2566/002.0812
หัวหน้าโครงการวิจัย	: นางสาวอภิรดี ยืนยง : นักศึกษาระดับปริญญาโท
หน่วยงาน	: สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รายการเอกสารที่รับรอง	: 1) AF-04_06 แบบเสนอโครงการวิจัย 2) AF-06_06 หนังสือแสดงความยินยอมมา อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย 4) ชุดโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ 5) แบบสอบถาม

ลงชื่อ.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงชื่อ.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.สังวรณ์ จัตตะระโทก)
กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่ทำการรับรอง : 6 กันยายน 2566

วันหมดอายุใบรับรอง : 5 กันยายน 2567

รายละเอียดโปรแกรมการวิจัยการปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัด

โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ


ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
1	ปฐมนิเทศ :สร้างสัมพันธ์ภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้เกิดความร่วมมือ 2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กติกา บทบาท หน้าที่ และจรรยาบรรณของผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา 	ทักษะพื้นฐาน - ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพ
2	คิดแบบไหน ห่างไกลซึมเศร้า	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถบอกลักษณะอาการสำคัญของอารมณ์ที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาระบุถึงปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า 3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถบอกแนวทางในการป้องกันและแก้ไขอาการทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า 	ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม -เทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยา -ทฤษฎีบุคลิกภาพ A-B-C ทักษะศิลปะบำบัด การวาดภาพ
3	ความหวังด้านลบ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาระบุถึงปัจจัยและอิทธิพลของความหวังด้านลบที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถบอกแนวทางในการป้องกันและแก้ไขความหวังด้านลบที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง 	ทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ -แก้ไขปัญหาที่เคยใช้ได้ผล ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ -เทคนิคขณะนั่งบนตระหนักรู้



รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
			ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม -เทคนิคการจินตนาการการใช้เหตุผลและอารมณ์ของตนเอง -ทักษะศิลปะบำบัด การปั้นรูป
4	มองซึมเศร้าผ่านร่างกาย	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถแยกแยะการเคลื่อนไหวทางร่างกายที่แสดงให้เห็นถึงการเข้าสู่ภาวะซึมเศร้า 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถระบุแนวทางในการป้องกัน บรรเทา หรือแก้ไขการเคลื่อนไหวทางด้านร่างกายที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า	ทฤษฎีการปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม -เทคนิคการผ่อนคลาย ทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ -เทคนิคการมองหาการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น -ทักษะศิลปะบำบัดการระบายสี
5	รู้คิด เปลี่ยนชีวิต	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้สามารถบอกลักษณะอาการและอิทธิพลของการรู้คิดที่มีนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาระบุแนวทางในการป้องกันและจัดการรู้คิด ที่ทำให้เกิดความรู้สึกแย่ ๆ กับตนเอง เกิดความท้อแท้ หมดหวัง ซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า	ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ -เทคนิคการใช้ประโยคที่มีพลัง ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม -เทคนิคการโต้แย้งกับความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล -ทักษะศิลปะบำบัดการทำการ์ด
6	พฤติกรรมนำพาซึมเศร้า	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้สามารถบอกลักษณะอาการปัจจัยและอิทธิพลของการแยกตัวเอง ที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า	ทฤษฎีการปรึกษาแบบเผชิญความจริง -เทคนิคการข้อเสนอแนะ 

รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
		2. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาระบุแนวทางในการป้องกันและแก้ไขการแยกตัวเองจากครอบครัวและสังคมที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า	-เทคนิค WDFP -ทักษะศิลปะบำบัดเปเปอร์มาเช่
7	มาเปลี่ยนพฤติกรรมกันเถอะ	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา สามารถบอกแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าด้านพฤติกรรม	ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทักษะการสังเกตผู้รับการปรึกษา ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ -เทคนิคตำแหน่งชีวิต -ทักษะศิลปะบำบัดการจัดแจกันดอกไม้ -ทักษะการให้กำลังใจ
8	ปัจจัยนิเทศ : ยุติการให้การปรึกษา	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา ทบทวนและสรุปผลของการให้การปรึกษา 2. เพื่อยุติการให้การปรึกษา	-ทักษะการอธิบาย -ทักษะการสรุปความ -ทักษะการสนับสนุน -ทักษะการยุติ



รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567

รายละเอียดโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มควบคู่กับศิลปะบำบัดเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 1

เรื่อง ปฐมนิเทศ : สร้างสัมพันธภาพ

เวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่ม เพื่อทำให้เกิดความร่วมมือ
2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กติกา บทบาท หน้าที่ และจรรยาบรรณของผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา

แนวคิด

สัมพันธภาพที่ดี มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการให้การปรึกษากลุ่ม เนื่องจากจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษา ลดความกังวลใจในการเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่ม ซึ่งจะนำไปสู่การเปิดเผยตัวและการมีส่วนร่วม ดังนั้น ผู้ให้การปรึกษา จะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับการปรึกษาและผู้เข้ารับการปรึกษา และระหว่างผู้เข้ารับการปรึกษากับตนเอง

วัสดุ อุปกรณ์

1. คอมพิวเตอร์ และเครื่องเสียง
2. กระดาษและปากกา
3. ป้ายชื่อ

ขั้นตอนการปรึกษาแบบ

1. ขั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้ให้การปรึกษา กล่าวทักทายผู้เข้ารับการปรึกษา ด้วยทางทำที่เป็นมิตร มีความจริงใจ
- 1.2 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้เข้ารับการปรึกษาแต่ละคน แนะนำตัวเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพเบื้องต้น โดยมีขั้นตอนดังนี้
 - 1.2.1 ผู้ให้การปรึกษา กล่าวแนะนำตนเอง จบลงด้วยบอกชื่อคนที่ต้องการถ่ายรูปคู่ด้วยมากที่สุด โดยให้เหตุผลด้วยว่าเพราะเหตุใด
 - 1.2.1 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้เข้ารับการปรึกษาคนแรก แนะนำตัว พร้อมบอกบอกชื่อคนที่ต้องการถ่ายรูปคู่ด้วยมากที่สุด โดยให้เหตุผลด้วยว่าเพราะเหตุใด



รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567

1.2.1 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้เข้ารับการศึกษาคนแรก เลือกเพื่อนสมาชิก ให้ยื่นขึ้น แนะนำตัวเอง และบอกชื่อคนที่ต้องการถ่ายรูปคู่ด้วยมากที่สุด โดยให้เหตุผลด้วยว่าเพราะเหตุใด

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา เพื่อให้ผู้เข้ารับการศึกษา มีส่วนร่วมในการให้การปรึกษาอย่างถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์

2.2 ผู้ให้การปรึกษา อธิบายขั้นตอน กฎกติกา บทบาท และหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาและผู้เข้ารับการศึกษา โดยเฉพาะการทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของผู้ให้การปรึกษา ที่เป็นเพียงผู้ทำหน้าที่ผู้นำเท่านั้น

2.3 ผู้ให้การปรึกษา ชี้แจงจรรยาบรรณของการให้การปรึกษากลุ่ม โดยยืนยันว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นในระหว่างการให้การปรึกษา จะเป็นความลับ และขอให้ทุกคน รักษาความลับในการให้การปรึกษา

2.4 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้เข้ารับการศึกษาแต่ละคน เล่าชีวิตการเป็นอยู่ในแต่ละวันว่า ได้ทำอะไรบ้าง และสิ่งที่คาดหวังจากการเข้ารับการศึกษาครั้งนี้

2.5 ผู้ให้การปรึกษาให้กำลังใจ แสดงความยินดีกับผู้เข้ารับการศึกษา ตัดสินใจเข้าร่วมการปรึกษาครั้งนี้

3. ขั้นตอน

3.1 ผู้ให้การปรึกษา ให้โอกาสผู้เข้ารับการศึกษา ชักถามข้อสงสัย

3.2 ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปสาระสำคัญของการให้การปรึกษาครั้งนี้

3.3 ผู้ให้การปรึกษา ยุติการให้ปรึกษา และนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมและความตั้งใจ
2. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต



รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567

ครั้งที่ 2

เรื่อง คิดแบบไหน ไกล่ชิมเศร้า

เวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถบอกลักษณะอาการสำคัญของอารมณ์ที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาระบุถึงปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถบอกแนวทางในการป้องกันและแก้ไขอาการทางอารมณ์ที่ทำให้เกิด

ภาวะซึมเศร้า

แนวคิด

การมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อย บางครั้งเป็นเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็มีความอ่อนไหว บางคนมีจิตใจ ไม่แจ่มใส ไม่สดชื่นเหมือนเดิม บางคนมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไปหมดทุกสิ่งทุกอย่าง สิ่งที่เคยเคยทำแล้วเพลินใจ หรือสบายใจ เช่น ฟังเพลง พบปะเพื่อนฝูง เข้าวัด ก็ไม่อยากจะทำ หรือ ทำแล้วก็ไม่ทำให้สบายใจขึ้น อาการทางอารมณ์เหล่านี้ เป็นอาการทางอารมณ์ที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า เพื่อป้องกันไม่ให้อารมณ์เหล่านี้ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเรียนรู้หาวิธีป้องกัน

อุปกรณ์

1. คอมพิวเตอร์ / เครื่องเสียง
2. กระดาษวาดภาพ
3. พู่กัน และสีน้ำ
4. ใบความรู้ “ทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC”
5. ใบความรู้ “อาการทางอารมณ์ ของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า”
6. แบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเองของ REBT

ขั้นตอนการปรึกษาแบบกลุ่ม ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย ด้วยเรื่องทั่วไป เช่น อาหารเช้าของวันนี้
- 1.2 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการให้การปรึกษา ยืนขึ้น แล้วให้แกว่งแขน 10 ครั้ง เพื่อผ่อนคลาย

ความกังวลใจ

- 1.3 ผู้ให้การปรึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้ปรึกษาครั้งนี้ ปิดท้ายด้วยการเน้นย้ำถึงการ

รักษาความลับของการให้การปรึกษา

2. ขั้นดำเนินการ



รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567

2.1 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเป็นอิสระ โดยให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับอารมณ์ต่าง ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

2.2 ผู้ให้การปรึกษา และผู้เข้ารับการปรึกษาร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์ที่เป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้า โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.2.1 ผู้ให้การปรึกษา แจกกระดาษและปากกาให้ผู้รับปรึกษาคนละชุด

2.2.2 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้เข้ารับการปรึกษา เขียนลักษณะอารมณ์ที่แต่ละคนเชื่อว่าเป็นอาการทางอารมณ์ของผู้ที่กำลังหรืออยู่ในภาวะซึมเศร้า

2.2.3 ผู้ให้การปรึกษา แจกใบความรู้ “อาการทางอารมณ์ ของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า”

2.2.4 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับปรึกษา อธิบายประกอบ

2.3 ผู้ให้การปรึกษา ใช้ทักษะการถาม โดยตั้งคำถามว่า ทุกคนเชื่อใหม่ว่า อารมณ์ดี หรืออารมณ์ร้าย เกิดจากความคิดของเรานั้นเอง

2.4 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยา อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความคิดและอารมณ์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.4.1 ผู้ให้การปรึกษา แจกใบความรู้ “ทฤษฎีบุคคลิกภาพ A-B-C”

2.4.2 ผู้ให้การปรึกษา ใช้ทักษะการอธิบาย อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความคิดและอารมณ์

2.4.3 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้เข้ารับการปรึกษา ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างความคิดและอารมณ์

2.5 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับปรึกษา ทำแบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเองของ REBT โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.5.1 ผู้ให้การปรึกษา แจกแบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเองของ REBT

2.5.2 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้เข้ารับการปรึกษา เขียนแบบฝึก

2.5.3 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้เข้ารับการปรึกษา นำเสนอแบบฝึกของตนเอง

2.6 ผู้ให้การปรึกษา ใช้ศิลปะบำบัด ให้ผู้รับปรึกษาวาดภาพที่สนใจ

2.7 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับปรึกษาเล่าความรู้สึกที่มีต่อภาพของตนเอง

2.8 ผู้ให้การปรึกษา ใช้ทักษะการเสนอแนะ ให้ความเห็นต่อภาพวาดของแต่ละคน โดยให้ความเห็นเกี่ยวกับลายเส้น ซึ่งแสดงถึงการมีสมาธิ มีอารมณ์ที่มั่นคง หากเส้นมีน้ำหนักสม่ำเสมอ ตรงกันข้ามหากภาพวาด มีน้ำหนักไม่มั่นคง แสดงให้เห็นความอารมณ์ที่แปรปรวน

3. ชั้นยุติ

3.1 ผู้ให้การปรึกษา และผู้เข้ารับการปรึกษา ร่วมสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมการให้การปรึกษาในครั้งนี้



รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567

3.2 ผู้ให้การปรึกษา กล่าวชื่นชม ยุติการให้ปรึกษา และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการให้
การปรึกษารั้งต่อไป

การประเมินผล

1. การแสดงความคิดเห็น
2. การทำแบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเอง
3. การภาพวาด



รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567



รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567

ใบความรู้ “อาการทางอารมณ์ ของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า”

- อารมณ์อ่อนไหวง่าย
- จิตใจไม่แจ่มใส
- รู้สึกเบื่อหน่าย
- ไม่อยากทำในสิ่งที่เคยชอบ
- ไม่อยากพูดคุยกับใคร

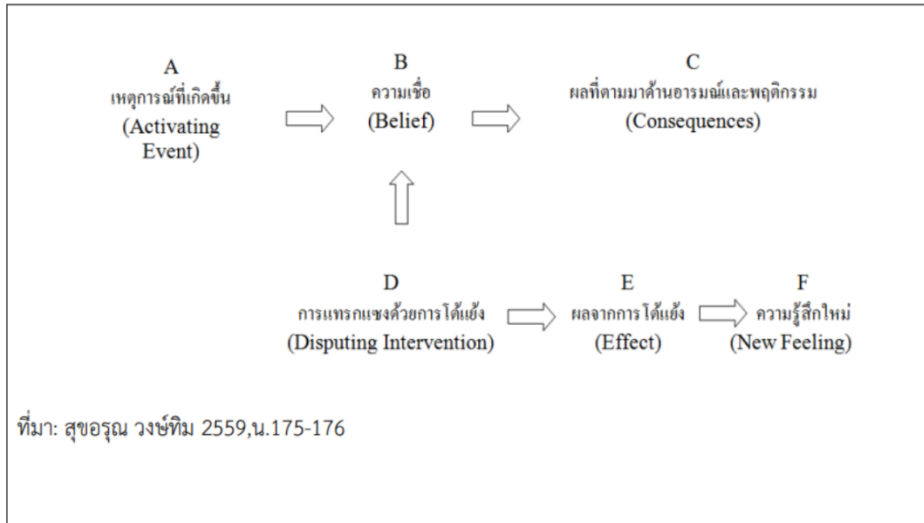


รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567

แผนภูมิ“ทฤษฎีบุคคลิกภาพ ABC”



รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567

แบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเองของ REBT

A. เหตุการณ์ที่มากระตุ้น
สรุปเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบ

iBs ความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ต่อเหตุการณ์นั้น เช่น ความหงุดหงิด

D การตอบโต้เพื่อขจัด iBs เช่น หาเหตุผล ความจริง มาโต้แย้ง

C ผลที่เกิดขึ้น iBs เช่น พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น หงุดหงิด โวยวาย

rBs ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล เช่น คิดอย่างมีเหตุผล มองโลกในแง่ดี

E ผลที่เกิดจาก rBs เช่น ใจเย็น มองโลกในแง่ดี



รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567

ครั้งที่ 3

เรื่อง ความหวังด้านลบ

เวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาระบุถึงปัจจัยและอิทธิพลของความหวังด้านลบที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถบอกแนวทางในการป้องกันและแก้ไขความหวังด้านลบที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง

แนวคิด

ความซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากทั้งภายนอกและภายในร่างกาย ภายนอก ได้แก่ ความเครียดจากสถานการณ์ในชีวิตต่าง ๆ ส่วนภายใน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายและจากการที่บุคคลมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ ทั้งต่อตนเองสิ่งแวดล้อม และอนาคต ซึ่งความคิดทางลบนี้ ทำให้เกิดความซึมเศร้าตามมา และเมื่อความซึมเศร้าถึงระดับที่รุนแรง จะทำให้บุคคลมีความคิดจะทำลายตนเอง และทำร้ายผู้อื่น แยกตนเองออกจากสังคม มองว่าตนเองไม่มีคุณค่า หมดความหวังในชีวิต นำไปสู่การฆ่าตัว

วัสดุ อุปกรณ์

1. คอมพิวเตอร์/เครื่องเสียง
2. ดินน้ำมัน
3. ใบความรู้ “ความหวังด้านลบ”

ขั้นตอนการปรึกษาแบบกลุ่ม ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้ให้การปรึกษา กล่าวทักทายผู้เข้ารับการปรึกษาด้วยเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อสร้างบรรยากาศผ่อนคลาย

1.2 ผู้ให้การปรึกษา และผู้รับการปรึกษา ทบทวนสาระสำคัญในการให้การปรึกษาครั้งที่ผ่านมา

1.3 ผู้ให้การปรึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และพูดกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้ให้การปรึกษา และให้ผู้รับการปรึกษา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความหวังด้านลบ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1.1 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับความหวังด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง



รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567

2.1.2 ผู้ให้การปรึกษา ใช้เทคนิคการมองหาการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยผู้รับการปรึกษา แต่ละคน บอกวิธีการที่เคยใช้แก้ไขความหวังด้านลบของตนเอง

2.1.3 ผู้ให้การปรึกษา แจกใบความรู้วิธีบำบัด “ความหวังด้านลบ”

2.1.4 ผู้ให้การปรึกษา

2.2 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคขณะนี้นั้นตระหนักรู้ เพื่อช่วยให้ผู้เข้ารับการปรึกษายู่กับตนเอง ในปัจจุบันขณะและมีความตื่นตัวอยู่เสมอ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.2.1 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษา นั่งนิ่ง ๆ ในท่าที่สบายแล้วหลับตา

2.2.2 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษา เอาความรู้สึกจดจ่อที่ลมหายใจ พร้อมตระหนักรู้ว่า ขณะนี้นั้นกำลังหายใจ

2.2.3 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษา จดจ่ออยู่ที่ท้อง พร้อมตระหนักรู้ว่า ขณะนี้ ท้อง ของฉันเกร็ง

2.2.4 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษา จดจ่ออยู่ที่ความลำบากบางอย่างที่เกิดขึ้น เช่น ตระหนักรู้ว่า ขณะนี้ ฉันรู้ถึงความลำบากใจ และรู้ว่ากำลังหลับตาอยู่

2.2.5 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษา จดจ่ออยู่ที่อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ตระหนักรู้ว่า ขณะนี้ ฉันรู้ถึงความรู้สึกกลัวบางสิ่งบางอย่าง แต่ฉันไม่รู้ว่าจะไร

2.2.6 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนแสดงความรู้สึกที่ได้รับจากการฝึกใช้ เทคนิคขณะนี้นั้นตระหนักรู้

2.3 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการจินตนาการการใช้เหตุผลและอารมณ์ของตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้เข้ารับการปรึกษา ปรับเปลี่ยนความรู้สึกที่ไม่เหมาะสมต่ออารมณ์ต่าง ๆ ซึ่งทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบ ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.3.1 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้เข้ารับบริการ จินตนาการถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เขาเกิดความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม ที่ทำให้เกิดความหวังด้านลบ

2.3.2 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้เข้ารับบริการ ปรับเปลี่ยนการจินตนาการเป็นความรู้สึกที่เหมาะสม ซึ่งทำให้เกิดความหวังด้านบวก

2.3.3 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้เข้ารับบริการแต่ละคน แลกเปลี่ยนความรู้สึกที่ได้รับจากการใช้ เทคนิคการจินตนาการการใช้เหตุผลและอารมณ์ของตนเอง

2.3.4 ผู้ให้การปรึกษา ใช้ทักษะการชมและการสนับสนุน ชื่นชมและสนับสนุนให้ผู้เข้ารับ การให้การปรึกษานำเทคนิคการจินตนาการการใช้เหตุผลและอารมณ์ของตนเองไปใช้ในชีวิตประจำวัน

2.4 ผู้ให้การปรึกษา ใช้ศิลปะบำบัด ด้วยเทคนิคการปั้น เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษา รู้สึกผ่อนคลาย ลดความหวังด้านลบ เพิ่มความหวังด้านบวก โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.5.1 ผู้ให้การปรึกษา แจกดินน้ำมัน

2.5.2 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาปั้นรูปหรือสิ่งต่าง ๆ ที่แสดงถึงความหวังด้านบวก



รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567

2.5.3 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน อธิบายความหมายของรูปปั้น

3. ชั้นยุติ

3.1 ผู้ให้การปรึกษาให้ และผู้เข้ารับการปรึกษา ร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมการให้การปรึกษาในครั้งนี้

3.2 ผู้ให้การปรึกษา กล่าวขอบคุณ และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป ก่อนจะยุติการให้การปรึกษา

การประเมินผล

- 1.ความร่วมมือในการเข้าร่วมกลุ่ม
2. การซักถามและการตอบคำถาม



รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567



รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567

ใบความรู้ วิชาบังคับ “ความหวังด้านลบ”

ความเครียดจากสถานการณ์ในชีวิตต่าง การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายและจากมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ ทั้งต่อตนเองสิ่งแวดล้อม และอนาคต ทำให้เกิดความซึมเศร้าตามมา ซึ่งการจัดการกับความคิดทางลบหรือความหวังทางลบ ดังนี้

- ต้องรู้สึกตัวอยู่เสมอ
- ยอมรับความจริง
- ยอมรับข้อผิดพลาดของตัวเอง
- เวลาจะช่วยให้ทุกอย่างดีขึ้น
- รักษาความสัมพันธ์ให้แน่นแฟ้นและผ่านพ้นปัญหาไปด้วยกัน



ที่มา : <https://aboutmom.co/features/cognitive-behavioral-therapy/23658/>



รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2566/002.0812

วันที่รับรอง 6 ก.ย. 2566

วันหมดอายุ 5 ก.ย. 2567

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวอภิรดี ยืนยง
วัน เดือน ปี เกิด	2 ตุลาคม 2529
สถานที่เกิด	อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
ประวัติการศึกษา	ศิลปศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยาการปรึกษา) วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2555
สถานที่ทำงาน	GOLDEN TIME rehabilitation center (บริษัท โกลบอล รีแฮบ จำกัด) 738 ถนนเจริญนคร แขวงดาวคะนอง เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600
ตำแหน่ง	ปัจจุบัน นักจิตวิทยาประจำศูนย์ GOLDEN TIME rehabilitation center

