

# The Effects of Self-guided Cognitive Behavioral Modification Program on Self-esteem and Depression of Elders with Major Depressive Disorder\*

Siranya Rodcharoen<sup>1</sup>, Vineekarn Kongsuwan, RN, PhD<sup>1</sup> Weena Chanchong, RN, PhD<sup>1</sup>

---

## Abstract

**Purpose:** To study the effects of a self-guided cognitive behavioral modification program on self-esteem and depression of elders with major depressive disorder.

**Design:** quasi-experimental research: pretest-posttest control group design.

**Methods:** Participants comprised 60 elders with major depressive disorder who were outpatients at the geriatric psychiatry clinic, Suansaranrom Hospital. They were selected using convenience sampling, and assigned to the experimental group (n = 30) receiving the self-guided cognitive behavioral modification program and the control group (n = 30) receiving usual care. The research instruments consisted of (1) Demographic questionnaire, (2) Self-esteem Scale, (3) Thai Geriatric Depression Scale, and (4) The Self-guided Cognitive Behavioral Modification Program. Each participant attended three sessions conducted over a total duration of four weeks. The reliability of the Self-esteem Scale was tested using Cronbach's alpha Coefficient at .85 and the Thai Geriatric Depression Scale was tested using Kuder-Richardson 20 at .87 and were analyzed using paired t-test and independent t-test.

**Main findings:** The results revealed that after receiving the program the experimental group had a higher mean score of self-esteem ( $p < .001$ ) and a lower mean score of depression ( $p < .001$ ) than that before participating the program. When compared to the control group, a higher mean score of self-esteem ( $p < .001$ ) and a lower mean score of depression ( $p = .005$ ) were significantly found in the experimental group.

**Conclusion and recommendations:** The finding showed that the self-guided cognitive behavioral modification program could increase self-esteem and decrease depression of elders with major depressive disorder. Therefore, nurses should utilize the program to enhance self-esteem and decrease depression symptoms of elders with major depressive disorder.

**Keywords:** cognitive behavioral therapy, depressive disorder, elderly, self-esteem,

---

*Nursing Science Journal of Thailand. 2019;37(3):91-106*

Corresponding Author: Assistant Professor Vineekarn Kongsuwan, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla 90110, Thailand; e-mail: vineekarn.kongsuwan@gmail.com

\* Master's thesis, Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing), Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

<sup>1</sup> Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand

Received: 28 June 2019 / Revised: 19 August 2019 / Accepted: 21 August 2019

# ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคซึมเศร้า\*

ศรินยา รอดเจริญ<sup>1</sup> วิภากาญจน์ คงสุวรรณ, ป.ร.น.<sup>1</sup>, วิภา คันฉ่อง, ป.ร.น.<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

**รูปแบบการวิจัย:** การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

**วิธีดำเนินการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มทดลองจำนวน 30 คนได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คนได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และ 4) โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ดำเนินการ 3 กิจกรรม รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .85 ส่วนแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยหาค่าความเที่ยงด้วยสูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 ได้เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบทีแบบกลุ่มเดียวและสองกลุ่มอิสระ

**ผลการวิจัย:** หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่า ( $p < .001$ ) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า ( $p < .001$ ) ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่า ( $p < .001$ ) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า ( $p = .005$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าต่อไป

**คำสำคัญ:** การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

*Nursing Science Journal of Thailand. 2019;37(3):91-106*

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิภากาญจน์ คงสุวรรณ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110, e-mail: vineekam.kongsuwan@gmail.com

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<sup>1</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับบทความ: 28 มิถุนายน 2562 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 19 สิงหาคม 2562 / วันที่ตอบรับบทความ: 21 สิงหาคม 2562

## ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งนับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางด้านสุขภาพในประชากรทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2573 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับ 1 ที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากร (DALYs) เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มโรคทางจิตเวช<sup>1</sup> โรคซึมเศร้าสามารถพบได้ในประชาชนทุกเพศ ทุกวัย และมีอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย องค์การอนามัยโลกรายงานโรคซึมเศร้าในระดับชุมชนของกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลก พบว่ามีความชุกร้อยละ 1.9 ในเพศชาย และร้อยละ 3.2 ในเพศหญิง<sup>2</sup> ส่วนในประเทศไทยมีการรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 พบว่าโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นลำดับที่ 6 ในเพศหญิง และเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชเพียงโรคเดียวที่ทำให้มีการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากภาวะบกพร่องทางด้านสุขภาพ<sup>3</sup> นอกจากนี้กรมสุขภาพจิตได้รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 60 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556-2559 พบว่าผู้สูงอายุไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2559 คิดเป็นร้อยละ 33.8<sup>4</sup> จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มวัยอื่น<sup>4</sup> และจากสถิติย้อนหลัง 5 ปี นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556-2560 ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ก็พบว่า มีผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปีเช่นกัน<sup>5</sup>

โรคซึมเศร้าส่งผลโดยตรงกับผู้สูงอายุทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง<sup>6</sup> สูญเสียบทบาททางสังคม สูญเสียบุคคลใกล้ชิดและคู่ครอง<sup>7</sup> ขาดที่พึ่งพา และมีรายได้ลดน้อยลง<sup>8</sup> และยังส่งผลกระทบต่ออารมณ์ พฤติกรรมและความคิด ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์

รู้สึกไร้ค่า เป็นภาระต่อลูกหลานและสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมน้อยลง ครุ่นคิดแต่เรื่องของตนเอง และมักเป็นไปในทางลบ นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง สอดคล้องกับแนวคิดของ Beck<sup>9</sup> ที่กล่าวว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดจากการสะสมความคิด การรับรู้และความรู้สึกทางลบให้กับตนเอง ซึ่งเป็นความคิดที่บิดเบือนจากความจริง 3 ประการ (cognitive triad of depression) คือ ความรู้สึกทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ขาดกำลังใจ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด และรู้สึกตนเองไม่มีค่า ลักษณะความคิดที่เกิดขึ้นจะวนเวียนซ้ำไปซ้ำมาตลอดเวลาเป็นวงจรจนทำให้เกิดโรคซึมเศร้า

การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ พร่องในด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่ดูแลตนเอง สุขภาพเสื่อมลง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ คุณภาพชีวิตลดลง เกิดความรู้สึกเศร้าหมอง หงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดกำลังใจ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด รู้สึกตัวเองไร้ค่า คิดว่าไม่มีทางเยียวยาได้ จนทำให้มีความคิดที่จะทำร้ายตัวเอง คิดถึงแต่เรื่องความตายและอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด<sup>10</sup> สอดคล้องกับรายงานผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 1.17<sup>4</sup> และมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 18.61<sup>11</sup> โดยส่วนใหญ่ผู้ที่ฆ่าตัวตายมักจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัญหาสุขภาพและเกิดความเบื่อหน่ายในการดำเนินชีวิต หลังเข้าสู่วัยชราและและรู้สึกไร้ค่า ไม่อยากเป็นภาระของครอบครัว รวมถึงการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า<sup>12</sup> ในขณะเดียวกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร่ายังส่งผลกระทบต่อการทำงานต่างๆ ของร่างกาย คุณภาพชีวิตลดลง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ความคิดบิดเบือนไป ประกอบกับขาดความรู้ในการดูแลโรคที่ตนเองเป็นอยู่ทำให้ไม่สามารถปรับตัวและจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและภาวะซึมเศร้า

เพิ่มมากขึ้น ซึ่งความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยพื้นฐานหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตในสังคม<sup>13</sup> และยังเป็นปัจจัยปกป้อง (protection factors) ที่จะช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้าได้อีกด้วย<sup>14</sup>

จากการทบทวนแนวทางการบำบัดรักษาและการดูแลโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่ามียุทธศาสตร์หลายรูปแบบ เช่น การบำบัดรักษาด้วยยา จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา การบำบัดพลวัตทางจิตแบบย่อ และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้า ป้องกันความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ดี<sup>15</sup> และจากการทบทวนผลของการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบว่าการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและปานกลาง<sup>16</sup> และได้มีการนำวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลายในการบำบัดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้วิธีในการแก้ไขปัญหา แก้ไขความคิดที่บิดเบือน แก้ไขในความคิดทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางลบ ให้ผู้สูงอายุกลับมาแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม<sup>9</sup> สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ<sup>17</sup> พบว่าหลังการใช้โปรแกรมผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมีระดับความซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ในการศึกษาวิจัยผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า<sup>18</sup> พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดต่ำกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาวิจัยประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศนั้นพบว่า รูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิผลประกอบด้วยการบำบัด 5-10 ครั้ง ความถี่ในการบำบัดอย่างน้อย 1 สัปดาห์ต่อครั้ง และเป็นการมาพบกับผู้บำบัดที่คลินิกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งรูปแบบดังกล่าวไม่เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเดินทางและภาระค่าใช้จ่ายในการมารับการบำบัดที่คลินิก จากช่องว่างดังกล่าวจึงมีการพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบที่ช่วยลดปัญหาค่าใช้จ่ายและการเดินทางมาพบผู้บำบัด ดังเช่นการศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมผ่านทางโปรแกรมอินเทอร์เน็ตในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง<sup>19</sup> พบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอย่างมากต่อการบำบัดรูปแบบนี้ เพราะมีประโยชน์ ช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย และช่วยลดอัตราการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่างได้อีกด้วย และในประเทศไทยก็มีการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของคู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา<sup>20</sup> พบว่าภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีการลดลงและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในทุกระยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง และต้นทุนของการบำบัดโดยใช้คู่มือยังต่ำกว่าการดูแลตามมาตรฐานอีกด้วย และจากการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางโปรแกรมอินเทอร์เน็ต และการใช้คู่มือช่วยเหลือตนเองเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยังไม่พบว่ามีกรนำรูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าเลย

สำหรับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่มีผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามารับบริการการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โดยจะได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานแนวทางการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุแบบผู้ป่วยนอก คือ การบำบัดรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นการบำบัดรักษาหลักร่วมกับการให้ความรู้และคำแนะนำจากพยาบาลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นการพยาบาลตามปกติ ส่วนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีประเด็นยุ่งยากซับซ้อนจะได้รับการบำบัดรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดรักษาทางจิตสังคมตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด เช่น การให้การปรึกษาในภาวะวิกฤติ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ฯลฯ แต่จากรายงานการติดตามการดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 30-40 มีอัตราการขาดนัดหรือมารับการบำบัดไม่ครบจำนวนครั้งตามขั้นตอนของการบำบัด เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการส่งผลให้กระบวนการบำบัดรักษาไม่เป็นไปตามแผนที่ไว้วาง และมีอาการกลับมากำเริบซ้ำเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และมีหน้าที่ในการให้การพยาบาลดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จึงสนใจที่จะนำแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT)<sup>9</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ<sup>21</sup> มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีการปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง มองว่าตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่า เป็นภาระต่อผู้อื่น ให้เป็นความคิดความรู้สึกต่อตนเองใหม่ มองเห็นถึงคุณค่าของตนเองตามสภาพความเป็นจริงเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น โดยการเรียนรู้วิธีการปรับความคิดและพฤติกรรมจากคู่มือที่ได้รับ และปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ด้วยตนเอง ตลอดจนมีแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยลดการพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด

ช่วยเพิ่มความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง และลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่าและใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข รวมถึงช่วยลดปัญหาค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการเดินทางมาพบผู้บำบัดที่โรงพยาบาล การมารับการบำบัดไม่ครบตามขั้นตอนของการบำบัด และช่วยเพิ่มการเข้าถึงการบำบัดรักษาทางจิตสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้อีกด้วย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

**ประชากร** คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD)

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (MDD) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) รหัส F32 และ F33 ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ (1) ผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (2) มีความเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง (13-24 คะแนน) ประเมินโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) (3) มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำถึงระดับปานกลาง (10-30 คะแนน) ตามแบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Rosenberg (4) มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อยหรือไม่มีภาวะพึ่งพา (12-20 คะแนน) ใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities Daily Living Index: BAI) (5) ไม่มีอาการบกพร่องของสมรรถภาพสมอง ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ซึ่งจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (congenital impaired) สำหรับผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา คือ < 17 คะแนน และผู้สูงอายุที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คือ < 22 คะแนน (6) สามารถ

อ่านออกและเขียนได้ (7) ไม่บกพร่องทางการได้ยินหรือการมองเห็นจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้ (8) ไม่ได้รับการบำบัดรักษาทางจิตสังคมด้วยรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งมาก่อน ยกเว้นการได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีคุณสมบัติที่ต้องคัดออกจากกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ แพทย์ผู้ทำการรักษาเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยโรค และ/หรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วงที่ทำการวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการใช้วิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ใช้สูตรการคำนวณของ Cohen และการทบทวนงานวิจัยซึ่งมีรูปแบบคล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้<sup>13</sup> ( $\bar{X}_E = 18.26, SD_E = 5.06 \bar{X}_C = 22.4, SD_C = 4.99$ ) ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .82 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 จากการเปิดตารางของ Polit และ Beck ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 รายต่อกลุ่มรวมเป็น 50 ราย แต่เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย

### เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพการพักอาศัยสถานภาพ สัมพันธภาพ ในครอบครัว การทำงาน รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

2. แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Rosenberg ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์<sup>22</sup> เป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) 4 ตัวเลือก คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยมีข้อคำถามทางบวก 5 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 5 ข้อ การให้ค่าคะแนนโดยเรียงลำดับคะแนนข้อ

คำถามทางบวก 1-4 ตามลำดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง - เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งข้อคำถามทางลบจะมีการกลับคะแนนตรงข้ามกัน การแปลผล นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นเกณฑ์ในการแปลผล 3 ระดับ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (10-20 คะแนน) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงปานกลาง (21-30 คะแนน) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง (31-40 คะแนน) และได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณค่าด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

3. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)<sup>23</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ และข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางลบ 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความทางบวกตอบ “ใช่” ให้ 0 คะแนน และหากตอบ “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางลบจะมีการกลับคะแนนตรงข้ามกัน การแปลผลนำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นเกณฑ์ในการแปลผล 4 ระดับ คือ ปกติ (0-12 คะแนน) มีความเศร้าเล็กน้อย (13-18 คะแนน) มีความเศร้าปานกลาง (19-24 คะแนน) มีความเศร้ารุนแรง (25-30 คะแนน) ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า และมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณค่าด้วยสูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน<sup>20</sup> ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

4. โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของ Beck<sup>9</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ<sup>21</sup> ดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลจำนวน 3 กิจกรรม คือ *กิจกรรม*

*ที่ 1* การเตรียมความพร้อมก่อนการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองโดยการสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและการบำบัดรักษาด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม อธิบายเป้าหมายและขั้นตอนของการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมใช้เวลา 60 นาที *กิจกรรมที่ 2* การปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองโดยใช้คู่มือดูแลใจให้ไกลทุกซอกเป็นการฝึกทักษะต่างๆ ในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งเนื้อหาในคู่มือประกอบด้วยการปรับความคิดโดยฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดแบบใหม่ทดแทนความคิดทางลบแบบเดิม การปรับพฤติกรรมโดยฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความคิดรวมถึงการทดลองจัดการกับอารมณ์และความคิดในสถานการณ์จริงด้วย “การฝึกจิตให้นิ่ง” “การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ” และ “การพูดกับตนเอง” การปรับพฤติกรรมโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมในแต่ละวันตามที่ได้รับมอบหมายด้วย “การปลูกต้นอ่อนทานตะวัน” ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมที่ 2 ด้วยตัวผู้ป่วยเองนั้น จะมีการติดตามทางโทรศัพท์จำนวน 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อติดตามปัญหาอุปสรรคในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ให้กำลังใจ และช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ในการอ่านและการทำความเข้าใจคู่มือได้ดีขึ้น รวมถึงกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพักการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ก่อนเริ่มกิจกรรมต่อไป *กิจกรรมที่ 3* การสะท้อนผลในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยประเมินผลการเรียนรู้และการทดลองปฏิบัติในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดตนเองอย่างต่อเนื่องโดยการทบทวนการค้นหาคำคิดอัตโนมัติทางลบ การตรวจสอบและพิสูจน์ความคิด และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้เหมาะสม ใช้เวลา 60 นาที รวมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ และผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา กิจกรรม และภาษาของโปรแกรมฯ

จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ของโปรแกรม เนื้อหาวิธีการ ระยะเวลาที่ใช้ และความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมในการดำเนินการวิจัย

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสรับรอง PSU IRB 2018 - NSt 021 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เลขที่โครงการวิจัย SSR REC ๗/๒๕๖๑ และในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยการเคารพความเป็นส่วนตัว มีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย และการดูแลช่วยเหลือหากกลุ่มตัวอย่างมีความไม่สบาย เครียด หรือเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือทันที และ/หรือส่งต่อยังโรงพยาบาลสวนสราญรมย์เพื่อช่วยเหลือต่อไป การวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกขั้นตอน ข้อมูลทั้งหมดไม่มีการเปิดเผยที่จะทำให้ได้รับความเสียหาย ข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง และในกรณีที่กลุ่มควบคุมมีความสนใจหรือต้องการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง สามารถเข้าร่วมได้ภายหลังสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว ซึ่งในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ไม่พบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ

ในโปรแกรมด้วยตนเองทั้งหมด และมีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแบบสอบถาม โดยการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอน ดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยศึกษาระเบียบวิธีวิจัย ทบทวนความรู้ในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของ Beck<sup>9</sup> รวมทั้งทบทวนวรรณกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ<sup>21</sup> เพิ่มเติมจากตำราบทความวิชาการและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ และเข้ารับการอบรมการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT in nursing practice) ซึ่งจัดโดยศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับชมรมจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย (CAT) ระหว่างวันที่ 23-25 พฤษภาคม 2561

1.2 เตรียมเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย พัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมความพร้อมวางแผนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของโปรแกรมเพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 นำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และเมื่อผ่านการอนุมัติ จึงขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

1.4 เลือกผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินกิจกรรมทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เตรียมสถานที่ในการดำเนินวิจัย โดยประสาน



กับบุคลากรที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

1.6 กำหนดวันในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับฉลากเลือกวันกลุ่มละ 2 วันต่อสัปดาห์ เพื่อป้องกันการถ่ายเทสิ่งทีทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และนัดมารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย

1.7 ผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากแฟ้มประวัติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า และแบ่งกลุ่มทดลองและควบคุม โดยการจับคู่ตามคุณสมบัติที่มีความคล้ายคลึงกัน

## 2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย โดยการให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นรับทราบ และยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยลงในใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไป ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อนการดำเนินการวิจัย

2.3 กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งประกอบด้วยทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและคำแนะนำในการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยใช้การพูดคุยและหรือแจกเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และกลุ่มทดลองผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง โดยใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง 3 กิจกรรมรวมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

2.4 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหลังการทดลอง ในวัดที่นัดพบ

แพทย์ (สัปดาห์ที่ 5) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## 3. ชั้นประเมินผล

3.1 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน และความถูกต้องของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย

3.2 นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ chi-square และสถิติ Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติ independent t-test

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบค่าที่ พบว่าข้อมูลคะแนนภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normal distribution)

**ผลการวิจัย**

ผลการวิจัยในส่วนข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 60 คน มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square) พบว่าข้อมูล

ทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ยกเว้นลักษณะข้อมูลด้านสัมพันธภาพในครอบครัวที่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	$\chi^2$	P
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
<b>เพศ</b>				
ชาย	6 (20)	6 (20)		
หญิง	24 (80)	24 (80)		
<b>อายุ</b>	$\bar{X} = 64.60$ (SD = 3.10)	$\bar{X} = 65.70$ (SD = 3.05)	.44	.92
60-64 ปี	14 (46.67)	9 (30)		
65-69 ปี	16 (53.33)	21 (70)		
<b>ระดับการศึกษา</b>			6.29	.10
ประถมศึกษา	21 (70)	28 (93.3)		
สูงกว่าประถมศึกษา	9 (30)	2 (6.7)		
<b>สถานภาพ</b>			.29 <sup>a</sup>	.59
โสด	2 (6.7)	1 (3.3)		
สมรส	18 (60)	20 (66.7)		
หย่าร้าง/แยก/หม้าย	10 (33.4)	9 (30)		
<b>สภาพการพักอาศัย</b>				1.00 <sup>b</sup>
อยู่ลำพัง	3 (10)	2 (6.7)		
อยู่กับคู่สมรส	18 (60)	20 (66.7)		
อยู่กับบุตรหลาน/ญาติ	9 (30)	8 (26.6)		
<b>สัมพันธภาพในครอบครัว</b>			4.81	.06
ใกล้ชิด/อบอุ่น	20 (66.7)	27 (90)		
ห่างเหิน/ขัดแย้ง	10 (33.3)	3 (10)		
<b>การทำงาน/อาชีพในปัจจุบัน</b>			7.82	.17
ว่างงาน/ผู้เกษียณอายุ	8 (26.7)	7 (23.4)		
ทำงานบ้าน	7 (23.3)	10 (33.3)		
รับจ้าง/เกษตรกร	15 (50)	13 (43.3)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		$\chi^2$	P
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)			
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน					.38	.98
< 10,000 บาท	14 (46.7)		16 (53.3)			
10,001-20,000 บาท	11 (36.7)		10 (33.3)			
≥ 20,001 บาท	5 (16.6)		4 (13.4)			
ความเพียงพอของรายได้					.08	1.0
เพียงพอ	22 (73.3)		21 (70)			
ไม่เพียงพอ	8 (26.7)		9 (30)			
ภาวะสุขภาพ					1.91	.59
ไม่มีโรคประจำตัว	10 (33.3)		9 (30)			
มีโรคประจำตัว 1 โรคขึ้นไป	20 (66.7)		21 (70)			
กิจกรรมทางสังคม					.34	.77
ไม่มีส่วนร่วม	7 (23.3)		9 (30)			
มีส่วนร่วม	23 (76.7)		21 (70)			

<sup>a</sup> มีการยุบกลุ่ม, <sup>b</sup> Fisher's exact test

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ( $\bar{X} = 29.40$ ,  $SD = 1.22$ ) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ( $\bar{X} = 22.30$ ,  $SD = 2.68$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $p < .001$ ) และ ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ( $\bar{X} = 7.17$ ,  $SD = 3.51$ ) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ( $\bar{X} = 17.53$ ,  $SD = 2.98$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และค่าคะแนน

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (n = 30)	22.30	2.68	29.40	1.22	15.66	< .001
ภาวะซึมเศร้า (n = 30)	17.53	2.98	7.17	3.51	28.27	< .000

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง ( $\bar{X} = 29.40, SD = 1.22$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{X} = 25.90, SD = 2.63$ ) อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ( $p < .001$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง ( $\bar{X} = 7.17, SD = 3.51$ ) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{X} = 9.93, SD = 3.74$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .005$ ) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (N = 60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	29.40	1.22	25.40	2.63	6.61	< .001
ภาวะซึมเศร้า	7.17	3.51	9.93	3.74	2.95	.005

**การอภิปรายผล**

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก็แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ จึงอภิปรายได้ว่าการนำแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมของ Beck<sup>9</sup> มาบูรณาการร่วมกับการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ<sup>21</sup> ช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงความคิดต่อตนเองด้านลบไปในทางบวกเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

และมีภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ สอดคล้องกับงานวิจัยผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ<sup>17</sup> และผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า<sup>18</sup> ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมผู้สูงอายุมีระดับความซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการที่ผู้สูงอายุได้เรียนรู้วิธีการปรับความคิดด้านลบที่มีต่อตนเองให้เป็นความคิดใหม่ที่เกิดประโยชน์ต่อตนเอง และการฝึกกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจตนเองช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ดีให้กับตนเอง ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Rosenberg<sup>24</sup> ที่กล่าวว่าไว้ว่าเมื่อบุคคลมีการประเมินตนเองด้านบวกเฉพาะด้านที่ส่งผลให้ภาพรวมบวกด้วยเช่นกัน ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีความคิดด้านบวกต่อตนเองและมีความเคารพนับถือตนเอง จะช่วยเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้อีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้<sup>25</sup> โดยผลการ

ศึกษาพบว่า โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ Beck ช่วยให้ค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ การออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ยังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้เรียนรู้วิธีการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองจากคู่มือที่ได้รับ โดยการอ่านและลงมือปฏิบัติตามเนื้อหาและกิจกรรมที่ระบุในคู่มืออย่างเป็นขั้นตอนที่ชัดเจน มีแนวทางการแก้ไขปัญหาความคิดและพฤติกรรมด้านลบที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกของตนเอง มีการฝึกฝนหรือทำซ้ำบ่อยจนเกิดความชำนาญในการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยลดการพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ในทุกที่ทุกเวลา และในระหว่างการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองผู้สูงอายุยังได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้บำบัดทางโทรศัพท์ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ มีความมั่นใจในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการใช้คู่มือปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองยังช่วยลดปัญหาค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการเดินทางมารับการบำบัดที่โรงพยาบาล และช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการปรับความคิดและพฤติกรรมครบตามขั้นตอนของการบำบัด ช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมผ่านทางโปรแกรมอินเทอร์เน็ตในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า<sup>19</sup> และการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของคู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา<sup>20</sup> ซึ่งผลการศึกษาพบว่าโปรแกรม

การปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองทั้งสอง การศึกษามีประสิทธิผลสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

### สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองภายใต้กรอบแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมของ Beck<sup>9</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ<sup>21</sup> สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้พยาบาลที่จะนำแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าไปใช้ได้มีโอกาสต่อไป ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. *ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล* สามารถนำแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและอยู่ในชุมชน โดยพยาบาลที่ใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองควรได้รับการอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. *ด้านการวิจัย* ควรมีการพัฒนาต่อด้วยการนำผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองไปใช้ในในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีการกำเริบซ้ำบ่อยๆ หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการบำบัดที่โรงพยาบาลตามนัดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่อาศัยทฤษฎีความน่าจะเป็น (non-probability sampling) และการที่ต้องพยายามเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ต้องมีคะแนนภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์ที่ระบุในคุณสมบัติคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้ อาจไม่ใช่ตัวแทนประชากรที่ตึก

### References

1. World Health Organization. Depression: let's talk [Internet]. Bangkok: Department of Mental Health; 2018 [cited 2018 Jan 20]. Available from: <http://www.searo.who.int/thailand/news/technical-factsheet-depression-thai.pdf?ua=1>. (in Thai).
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017 [cited 2018 Jan 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.
3. International Health Policy Program. Disability-adjusted life year: DALY. Nonthaburi: The Graphic Systems; 2015. 53 p. (in Thai).
4. The Excellence Center for Depression Disorder in Thailand. Report of access to services for patients with major depressive disorder [Internet]. Ubon Ratchathani: Prasimahabodhi Psychiatric Hospital; 2017

[cited 2017 Dec 24]. Available from: [http://www.thaidepression.com/www/report/main\\_report/](http://www.thaidepression.com/www/report/main_report/) (in Thai).

5. Suansaranrom Psychiatric Hospital. Document summary of the annual performance of the agency. Surat Thani: Statistics and Medical Records; 2017. 45 p. (in Thai).
6. Naka K, Saengchan H, editors. Adult and elderly nursing 1. Vol. 3. 1<sup>st</sup> ed. Songkhla: Neo Point (1995); 2016. 275 p. (in Thai).
7. Yaiyong O, Lueboonthavatchai P. Depression and grief of the elderly at the elderly associate in Nonthaburi Province. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2011;56(2):117-28. (in Thai).
8. Wongpoom T, Sukying C, Udomsubpayakul U. Prevalence of depression among the elderly in Chiang Mai Province. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2012;56(2):103-16. (in Thai).
9. Beck JS. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 2<sup>nd</sup> ed. New York, NY: Guilford Press; 2011. 391 p.
10. Liwan U. Nursing of elderly with depression. In: Elderly nursing: neurological problems and others. 3<sup>rd</sup> ed. Bangkok; Bunsiri Printing; 2009. p.29-46. (in Thai).
11. Department of Mental Health. Report on the number of suicides in Thailand [Internet]. Nonthaburi: Department of

- Mental Health; 2017 [cited 2017 Dec 24]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/age.asp>. (in Thai).
12. National Suicide Prevention Center, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Thailand suicide rate report [Internet]. Khon Kaen: National Suicide Prevention Center; 2017 [cited 2017 Dec 24]. Available from: [https://www.suicidethai.com/web\\_suicide/index.php/viewnew/form/detail\\_id/391](https://www.suicidethai.com/web_suicide/index.php/viewnew/form/detail_id/391). (in Thai).
13. Sripeng U. The effect of supportive psychotherapy with participating family on depressive symptoms elderly patients with major depressive disorder [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. 178 p. (in Thai).
14. Puttametta M, Soonthornchaiya R. Selected factors related to depression of the older persons with depressive disorder in the central region. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2016;30(2):69-82. (in Thai).
15. Wongpakaran N. Depression in the elderly. In: Arunpongphaisan S, Vasikananon S, editors. *Depressive disorder textbook*. 1<sup>st</sup> ed. Khon Kaen: Khlang Nana Wittaya; 2015. p.421-39. (in Thai).
16. KitSambant W, Ta Pinta D, Phichiensathien W. Effects of therapy by adjusting thoughts and behaviors on depression in the elderly: literature review. *Nursing Journal*. 2017;44(1):161-71. (in Thai).
17. Longchoopol C, Hanrungchrotorn U. Effects of cognitive behavioral therapy program on elderly people with depression. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2011;5(1):80-90. (in Thai).
18. Sangsai W, Soonthornchaiya R. Effects of cognitive behavioral therapy on depression and functioning of elderly patients with depression. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2014;28(3):104-16. (in Thai).
19. Richards D, Timulak L, Doherty G, Sharry J, Colla A, Joyce C, et al. Internet-delivered treatment: its potential as a low-intensity community intervention for adults with symptoms of depression: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2014;14:147.
20. Thapinta D, Skulphan S, Kitsumbun V, Longchoopol C. Cognitive behavior therapy self-help booklet to decrease depression and alcohol use among people with alcohol dependence in Thailand. *Issues Ment Health Nurs*. 2017;38(11):964-70.
21. Ratana-Ubol A. Learning of adults and the elderly in Thai society. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2016. 164 p. (in Thai).

22. Mahasitawat Y. The relationship between perception of bio-psycho-social change, self-esteem and health behavior of the elderly in Amphur Maung, Saraburee Province [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1986. 152 p. (in Thai).
23. Train The Brain Forum Thailand. Thai Geriatric Depression Scal: TGDS. Siriraj Medical Journal. 1994;46(1):1-9. (in Thai).
24. Rosenberg M. Conceiving the self. 1<sup>st</sup> ed. New York: Basic Books; 1979. 319 p.
25. Khumsan B. The effects of cognitive behavior therapy on self-esteem of children with learning disorders [master's thesis]. Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2013. 168 p. (in Thai).