

Chulalongkorn University

Chula Digital Collections

Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)

2019

พลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

เพียงฝัน ยอดดี

คณะพยาบาลศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>

Recommended Citation

ยอดดี, เพียงฝัน, "พลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า" (2019). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 9366.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/9366>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับใน
ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GROUP COGNITIVE BEHAVIORAL COUNSELING ON INSOMNIA IN OLDER
PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม
โดย	แบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
สาขาวิชา	น.ส.เพียงฝัน ยอดดี
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	พยาบาลศาสตร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

เพียงฝัน ยอดดี : ผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม
ต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. (THE EFFECT OF GROUP COGNITIVE
BEHAVIORAL COUNSELING ON INSOMNIA IN OLDER PERSONS WITH MAJOR
DEPRESSIVE DISORDER) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและ
พฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับการ
รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 40 คน โดยจับคู่อายุ และระดับภาวะซึมเศร้า
แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละจำนวน 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับ
ความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) การให้
คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม 2) แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ
เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่า
สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ
ทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังการได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและ
พฤติกรรมแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับ
ความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5977305436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: INSOMNIA, GROUP COGNITIVE BEHAVIORAL COUNSELING, OLDER PERSONS
WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Piangfan Yoddee : THE EFFECT OF GROUP COGNITIVE BEHAVIORAL COUNSELING ON
INSOMNIA IN OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. Advisor: Asst. Prof.
Pennapa Dangdomyouth, Ph.D.

The purposes of this quasi-experimental research were to study the effect of group cognitive behavioral counseling on insomnia in older persons with major depressive disorder. Forty samples were outpatient schizophrenic patients at Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, 20 subjects were randomly assigned to experimental group and control group, who met the inclusion criteria. They were matched paired by age and depression scores. The experimental group received group cognitive behavioral counseling, and the control group received regular nursing care. The research instruments consisted; 1) group cognitive behavioral counseling, 2) Insomnia Severity Index. All instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2nd instruments was reported by Cronbach's Alpha coefficient of .85. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The conclusions of this research were as follows:

1. Insomnia in older persons with major depressive disorder who participated in the group cognitive behavioral counseling was significantly lower than before, at the .05 level.
2. Insomnia in older persons with major depressive disorder who participated in the group cognitive behavioral counseling were significantly lower than that of who participated in the regular nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science
Academic Year: 2019

Student's Signature
Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งเมตตาชี้แนะแนวทางและเสียสละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษาแนะนำและสร้างแรงบันดาลใจแก่ฉันล้นเหลือ ตลอดจนการตรวจเพื่อปรับปรุงวิทยานิพนธ์ด้วยความทุ่มเทเอาใจใส่และสม่ำเสมอตลอดมา นิสิตกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ชีระ สินเดชาธิกร กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัยที่ให้ความกรุณาอย่างสูงในการชี้แนะแนวทางในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ตลอดทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้นิสิตได้พัฒนาตนเอง อีกทั้งบุคลากรและเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกแก่นิสิตทุกด้านตลอดมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอนข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาจนได้เครื่องมือการศึกษาที่สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทย์ พยาบาล กรรมการจริยธรรมการวิจัย และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ขอขอบพระคุณคุณคุณหทัยรัตน์ สายมาอินทร์ ผู้ช่วยผู้วิจัย นางสาววิสุดา มุลมีและนายธวัชชัย พลศักดิ์ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ แนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย รวมทั้งผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่เห็นความสำคัญ สละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาความเอาใจใส่ ตลอดจนกัลยาณมิตรเพื่อนสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ ห่วงใยสนับสนุน และให้คำปรึกษาที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่บูพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกายสุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

เพียงฝัน ยอดดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... ง	
กิตติกรรมประกาศ..... จ	
สารบัญ..... ฉ	
สารบัญตาราง..... ฅ	
บทที่ 1 บทนำ..... ง	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... ง	
คำถามการวิจัย..... 4	
วัตถุประสงค์การวิจัย 4	
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 4	
สมมติฐานการวิจัย 6	
ขอบเขตการวิจัย 6	
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 7	
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 8	
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 9	
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า 10	
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า 21	
2.3 แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม 33	
2.4 แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม..... 35	
2.5. การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า..... 41	
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 45	

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	48
รูปแบบการทดลอง.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	48
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	49
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	50
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม.....	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล	60
การกำกับการทดลอง	70
การวิเคราะห์ข้อมูล	71
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	73
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	77
สรุปผลการวิจัย	81
อภิปรายผลการวิจัย	82
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้.....	86
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	87
บรรณานุกรม	88
ภาคผนวก	98
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	99
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา	101
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	103
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	118

ภาคผนวก จ คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วน ร่วมในการวิจัย.....	120
ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	129
ประวัติผู้เขียน	143



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามอายุและระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า(Matched paired) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)	51
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า และการรักษาที่ได้รับขณะรักษาในโรงพยาบาล	52
ตารางที่ 3 ตารางการดำเนินกิจกรรม การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบ กลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์	63
ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ.....	74
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	75
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการ ทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=40)	76
ตารางที่ 7 แสดงคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายคน	130
ตารางที่ 8 แสดงคะแนนความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับของกลุ่มทดลอง หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม (n=20).....	132

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์โรคซึมเศร้ามีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงถึง 322 ล้านคน และพบมากในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 27 ของจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด ซึ่งส่วนมากพบในวัยผู้สูงอายุ (WHO, 2017) ประเทศไทยพบความชุกของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอยู่ในอัตราร้อยละ 10.1 (สุวิทย์ เจริญศักดิ์และคณะ, 2561) แนวโน้มสถานการณ์ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้นและมีภาระการพึ่งพิงตามมา (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557) ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีลักษณะอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ เบื่อหน่าย รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า ความสนใจลดลง สมาธิและความสามารถในการตัดสินใจลดลง (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553 ; WHO, 2017) อาการทางด้านร่างกายที่แสดงออกคือ มีการเคลื่อนไหวที่ช้าลง ความอยากอาหารลดลง ไม่มีแรง นอนไม่หลับ มีความคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ และฆ่าตัวตายสำเร็จ (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553; WHO, 2017) พบอาการนอนไม่หลับในกลุ่มสูงอายุโรคซึมเศร้า สูงถึงร้อยละ 40-80 (Manber & Chambers, 2009) นอกจากนี้จากการศึกษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตจังหวัดเชียงใหม่ พบผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการนอนไม่หลับคิดเป็นร้อยละ 60 (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ, 2554) อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้มีความชุกร้อยละ 81.2 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 40.6 ระดับปานกลางร้อยละ 25.4 ระดับเล็กน้อยร้อยละ 15.2 (จุฑารัตน์ จิราพงษ์, 2558)

การนอนหลับส่งผลกระทบต่อสุขภาพในทุกกลุ่มวัย ซึ่งระยะเวลาการนอนหลับแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุในผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาการนอนหลับ 7-9 ชั่วโมงเป็นระยะเวลาที่เหมาะสม (National Sleep Foundation, 2015) การนอนหลับตามปกติประกอบด้วย 4 ระยะ (Iber, Ancoli-Israel, Chesson, & Quan, 2007) แต่หากพบว่าผู้สูงอายุมีระยะเริ่มต้นการนอนหลับนานขึ้นกว่าปกติ (30 นาทีขึ้นไป) มีการตื่นบ่อยครั้งในตอนกลางคืนและตื่นเช้ากว่าปกติ มีระยะการนอนหลับสั้นกว่าปกติ ระยะเริ่มนอนระยะที่ 1-2 ใช้เวลาเพิ่มขึ้น (Edwards et al, 2010) ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงระยะเวลาและลักษณะการนอนหลับของผู้สูงอายุจึงเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นอาการนอนไม่หลับ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

อาการนอนไม่หลับ (insomnia) หมายถึง การรับรู้ความทุกข์ทรมานของการนอนหลับว่าเป็นกระบวนการทางจิตของบุคคลที่เป็นการตีความ หรือให้ความหมายต่อการนอนหลับและการ

ตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยมีอาการหลักคือ นอนหลับยากเมื่อเริ่มเข้านอน การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก การตื่นเร็วกว่าปกติหรือมีคุณภาพการนอนไม่ดี ทำให้เมื่อตื่นในตอนเช้าจะรู้สึกไม่ได้พักผ่อน ไม่สดชื่น โดยจะเกิดขึ้นร่วมกับอาการแสดงในตอนกลางวัน เช่น เหนื่อยล้า อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ง่วงนอนในตอนกลางวัน และวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับ (Edinger et al., 2004; Franzen & Buysse, 2008) อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีลักษณะเหมือนกับผู้สูงอายุทั่วไป (พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2553) ซึ่งมีอาการต่างๆ ดังนี้ เข้านอนเร็วแต่หลับยาก ตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก ตื่นเร็วหรือตื่นเชากว่าปกติตื่นขึ้นมาแล้วไม่สดชื่น (American Academy of Sleep Medicine, 2014) มีความผิดปกติของวงจรการนอนและการตื่น (abnormal regulation of sleep-wake cycle) ทำให้เกิดการตื่นขึ้นบ่อย จำนวนเวลานอนทั้งหมดและประสิทธิภาพของการนอนหลับลดลง (Susuki, Miyamoto, & Hirata, 2016) รวมทั้งคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเนื่องจากการเจ็บป่วยโรคซึมเศร้า (Edwards et al., 2010) อาการเหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในตอนกลางวันเกิดความทุกข์ทรมาน นำมาสู่ความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบทำให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลง (Jausse et al., 2011; Lee et al., 2013; สุรางค์ เลิศชาธาร, 2554; รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมที่มีความแปรปรวนตลอดเวลา การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude about sleep) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (จุฑารัตน์ จิราพงษ์, 2558) ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้น เนื่องจากความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่เป็นเวลานานโดยผ่านกลไกของความวิตกกังวล Morin (1993) โดยประเมินได้จากแบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Blastein & Morin, 2001) ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีสิ่งเร้าด้านการรู้คิดมาก จะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดและกระบวนการคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผล (distortion of cognition or thinking) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า Beck (1979) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่นๆอีกเช่นอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการควบคุมจังหวะชีวภาพและสมดุลของการนอนหลับจะลดลง โดยพบว่าเซลล์ประสาทในสมองที่มีอิทธิพลต่อการเกิดคลื่นเดลต้าที่แสดงถึงการหลับลึกในระยะที่ 3, 4 ของ NREM มีการทำงานลดลง หากมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีอาการนอนไม่หลับ มากกว่าบุคคลทั่วไป 2-4 เท่า (Stepanski, 2002, Evers & Martin, 2002; Hoertel et al., 2013) ความรุนแรงของ

ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า กล่าวคือผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้น (ฐนิษฐา กลีบบัว, 2558)

ในประเทศไทยมีการศึกษาการจัดการอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น จากการศึกษาของจุไรรัตน์ ดือขุนทด สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และวารี กังใจ (2559) ที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการผ่อนคลายโดยการฟังดนตรีธรรมะร่วมกับสวดมนต์บำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และการศึกษาของ สายฝน อินศรีชื่น และทัศนาศูววรรณะ ปกรณ์ (2560) ที่ศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวดมนต์บำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีการนอนหลับที่ดีขึ้น นอกจากนี้พบว่ามีงานการบำบัดความรู้และพฤติกรรมมาใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะนอนไม่หลับ พบว่าให้ประสิทธิภาพดีในการบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ (วรุตม์ อุ่นจิตสกุล และคณะ, 2559) สอดคล้องกับการนำการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมของดาราพรรณ ต๊ะปิ่นตา (2558) และ บุษยา คล้ายมุข (2557) และการให้คำปรึกษาโดยปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มของ อังคณา ช่วยคำชู (2554) มาใช้ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าการปรับความคิดและพฤติกรรม ช่วยลดและปรับแก้กระบวนการคิดจากความเชื่อที่บิดเบือนหรือทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง (Beck, 1995) และการศึกษาของ เยาวนาถ คำแก้ว(2562) ที่ศึกษาถึงการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับเทคนิคผสมผสานช่วยลดอาการนอนไม่หลับระดับน้อยในสูงอายุโรคซึมเศร้า

การให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้บุคคลเข้าใจและยอมรับปัญหาของตนเอง สามารถแก้ไขปัญหและพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม เข้าใจถึงศักยภาพของตนเองรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง และเกิดการยอมรับนับถือตนเอง โดย Beck (1995) อธิบายว่าโรคซึมเศร้านั้นเกิดจากการบิดเบือนของกระบวนการคิด โดยจะมีความคิดด้านลบ 3 ด้าน ทั้งเกี่ยวกับตนเอง ต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบหรือโลกภายนอก และต่ออนาคต ซึ่งรวมเรียกว่าความคิดด้านลบ 3 ด้านของโรคซึมเศร้า (cognitive triad of depression) บุคคลที่มีความคิดหรือมุมมองในด้านลบเหล่านี้ ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดอาการนอนไม่หลับตามแนวคิดวงจรการนอนไม่หลับของ Morin (1993) กล่าวถึงลักษณะการคิด ความเชื่อ ทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่เหมาะสม การบำบัดบุคคลเหล่านี้ต้องเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิด มุมมองใหม่ เพื่อนำไปสู่การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เหมาะสมด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT : Cognitive Behavior Therapy)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในการจัดการกับปัจจัยความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

ที่ส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงนำกระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มร่วมกับการนำแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมมาตามแนวคิดของ Beck (1995) ร่วมกับกระบวนการกลุ่มของ Mahler (1969) ในการสำรวจความเชื่อและทัศนคติต่อการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง ประเมินอาการนอนไม่หลับ โดยผู้ให้คำปรึกษาช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจอาการนอนไม่หลับของตนเอง ค้นหาความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ มีความรู้ความเข้าใจตนเอง และเกิดการยอมรับนับถือตนเอง และสามารถปรับความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับได้เหมาะสม สมาชิกกลุ่มมีการร่วมแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ทัศนคติ ช่วยทำให้เกิดความภาคภูมิใจว่าตนเองสามารถให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม (วัชร ทรัพย์มี, 2554)

คำถามการวิจัย

1. อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังการได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษา โดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดจากการบิดเบือนของกระบวนการคิด ทั้งเกี่ยวกับตนเอง ต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบหรือโลกภายนอกและต่ออนาคต ซึ่งรวมเรียกว่า ความคิดด้านลบ 3 ด้านของโรคซึมเศร้า (cognitive triad of depression) ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านจิตใจและร่างกายคืออาการนอนไม่หลับ (Insomnia) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่าปัจจัยสิ่งเร้าทางการรู้คิด ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (จุฑารัตน์ จิราพงษ์, 2558) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสอดคล้องกับแนวคิดวงจรการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ที่กล่าวถึงการนอนไม่หลับมาจากลักษณะการคิด ความเชื่อ ทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่เหมาะสม เป็นปัญหาที่พบบ่อยและยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มี

ความสำคัญส่งผลกระทบต่อการรักษาและการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Pigeon et al., 2008; Dombroski et al., 2008) การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยผ่านสัมพันธภาพและการสื่อสารเชิงบำบัดด้วยความไว้วางใจ และการยอมรับ ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและยอมรับในปัญหาของตนเองหาวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยได้ลดอารมณ์ทางลบต่างๆที่เกิดขึ้น และช่วยให้ได้วิเคราะห์ปัญหาของตนเอง (Bor & McCan, 1999) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ใช้รูปแบบการให้คำปรึกษารายกลุ่มที่เน้นการปรับความคิดและพฤติกรรมจากแนวคิดของ Beck (1995) ร่วมกับกระบวนการกลุ่มของ Mahler (1969) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับ สำรวจตนเอง และปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่บิดเบือน ปรับพฤติกรรมของตนเองเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน 5 ครั้ง แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 5 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม (The Involvement Stage) เป็นการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม สร้างข้อตกลงกับผู้รับคำปรึกษาในการสำรวจตนเอง (self monitoring) การวางแผนการมอบหมายการบ้าน (Homework assignment) พร้อมทั้งจะเปิดเผยความคิดความรู้สึกและร่วมมือกับผู้วิจัยในการรับคำปรึกษา ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้รับคำปรึกษา เมื่อพยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่มีความเชื่อถือ ไว้วางใจ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544) และให้ความรู้เรื่องอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประเมินและค้นหาปัญหาอาการนอนไม่หลับ พร้อมกำหนดเป้าหมาย ก่อนการให้คำปรึกษา

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม (The Transition Stage) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ความคิดความรู้สึกของกลุ่มเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ โดยผู้นำกลุ่มกระตุ้นสมาชิกมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์อาการนอนไม่หลับ (ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา และคณะ, 2556) และ เชื่อมโยง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม (Beck, 1995; ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตาและคณะ, 2556) สอนเทคนิคการปรับความคิดพฤติกรรม ให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบความคิดที่บิดเบือนเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุอาการนอนไม่หลับ ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเกี่ยวกับการนอนหลับ (Cognitive triad)

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินงาน (The Working Stage) เป็นการดำเนินการปรับความคิดพฤติกรรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความคิดที่บิดเบือนเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาหยุดความคิดอัตโนมัติด้านลบและปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ (Beck, 1995; รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2560) การหยุดความคิด (thought-blocking) คือการหยุดความคิดที่เกิดขึ้นด้วยการหาคำสั้นๆมาทดแทนความคิดเหล่านั้นด้วยการพูดเบาๆและพูดไปเรื่อยๆจนกว่าจะนอนหลับ เช่น พุทโธ เพื่อให้ความคิดที่รบกวน

การนอนหลับนั้นหยุดลงเป็นคำที่กำหนดขึ้น (Morin & Espie, 2003) ฝึกให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงเหตุและผลที่เกิดขึ้นจากความเป็นจริงพร้อมทั้งปรับเปลี่ยนความคิดในด้านลบเป็นด้านบวกเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และลดความวิตกกังวลจากความคิดเดิมที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการลดสิ่งรบกวนทางการรู้คิดและนำไปสู่การรบกวนการนอนหลับ (Hirshkowitz, Septowitz-Hafkin, & Sharafkhaneh, 2009; Morin & Espie, 2003)

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา(The Ending Stage) เป็นการยุติการให้คำปรึกษาและร่วมกันสรุปกิจกรรมทั้งหมดของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ทบทวนเอกสารความรู้ที่ได้รับ ร่วมกันอภิปรายกิจกรรมเริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหาของกลุ่ม ความรู้เรื่องอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ความรู้เรื่องความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ การเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับให้เหมาะสมถูกต้อง การคงไว้ซึ่งผลดีเพื่อเป็นแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติต่อเนื่อง

สมมติฐานการวิจัย

- 1.อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มลดลงกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม
- 2.อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) ศึกษาแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าไม่เกินระดับปานกลาง (ไม่เกิน19คะแนน) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม มีคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป

ตัวแปรต้น คือ การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

ตัวแปรตาม คือ อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หมายถึง อาการที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับรู้ความทุกข์ทรมานของการนอนหลับว่าเป็นกระบวนการทางจิตที่เกิดจากการตอบสนองต่อกระบวนการความคิด มีอาการคือ เข้านอนเร็วแต่หลับยาก ตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก การตื่นเช้ากว่าปกติ และมีผลกระทบจากอาการนอนไม่หลับ สามารถประเมินได้จากแบบประเมินการรับรู้การนอนไม่หลับด้วยตนเองแบบสั้น (Insomnia Severity Index: ISI) ซึ่งพัฒนาโดย Morin (1993) ปรับปรุงโดย จุฑารัตน์ จิราพงษ์ (2558) มีคะแนนการรับรู้การนอนไม่หลับด้วยตนเอง 8 คะแนนขึ้นไป

การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยพัฒนาในรูปแบบการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มใช้กระบวนการกลุ่มของ Mahler (1969) ดำเนินการเป็นเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม นานครั้งละ 60-90 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม หมายถึง กิจกรรมพยาบาลเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับเหตุผลวิธีการและแนวทางของการให้คำปรึกษาสร้างข้อตกลงกับผู้รับคำปรึกษาในการสำรวจตนเอง ประเมินและค้นหาปัญหาอาการนอนไม่หลับพร้อมกำหนดเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ความคิดความรู้สึกของกลุ่มเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ หมายถึง กิจกรรมพยาบาลโดยผู้นำกลุ่มกระตุ้นสมาชิกมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ ให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบความคิดที่บิดเบือน หมายถึง กิจกรรมพยาบาลเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุอาการนอนไม่หลับ และการอธิบายความหมายเหตุการณ์ต่างๆ

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการดำเนินการปรับความคิดพฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมพยาบาลโดยการยกตัวอย่างประสบการณ์อาการนอนไม่หลับของสมาชิกในกลุ่มให้บอกความสัมพันธ์ของความคิดอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมจากสถานการณ์

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการสรุปกิจกรรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม และการคงไว้ซึ่งผลดีหมายถึง กิจกรรมพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่เกินระดับปานกลางไม่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

การพยาบาลปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับขณะเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการคัดกรองปัญหา การเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ให้การพยาบาลเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจตามปัญหา เช่น การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา (PST), การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT), การทำครอบครัวยุติ, การจัดการกับความเครียด, จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (IPT), จิตบำบัดอื่นๆ ที่ให้การพยาบาล โดยพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเป็นแนวทาง ในการวางแผนให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาการนอนไม่หลับให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข นอนหลับได้



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

- 2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.1.2 ปัจจัยของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- 2.1.3 ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- 2.1.4 การบำบัดรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.1.5 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

- 2.2.1 ความหมายของอาการนอนไม่หลับ
- 2.2.2 ความหมายของอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.2.4 การประเมินอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.2.5 การรักษาและการดูแลผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับ
- 2.2.6 การพยาบาลอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.3 แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม

- 2.3.1 ความหมายของการปรับความคิดและพฤติกรรม
- 2.3.2 หลักของการปรับความคิดและพฤติกรรม

2.4 แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

- 2.4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
- 2.4.2 หลักการของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
- 2.4.3 เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

2.5 การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

Seligman (1984) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า เป็นลักษณะที่แสดงว่าบุคคลหมดหวังมีอุปสรรคขัดขวางจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ทำให้บุคคลมีความรู้สึกซึมเศร้า เสียใจ ไม่มีคุณค่า ด้อยค่า บุคคลจะมีแต่ความรู้สึกเสียใจที่ตนเองไม่ประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวในชีวิต

สมภพ เรืองตระกูล (2549) ให้คำจำกัดความโรคซึมเศร้าว่ามีลักษณะที่สำคัญของโรคคือผู้ป่วยจะมีการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัด ร่วมกับอาการอื่น เช่นมีความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า

กรมสุขภาพจิต (2552) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตที่แสดงออกทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมแสดงออกโดยมีท่าทางการเคลื่อนไหว เชื่องช้า ถดถอย ยืนหรือนั่งท่าใดท่าหนึ่งนานๆ แยกตัวไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านความคิดมีความคิดหลงผิด คิดว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ สับสน ตัดสินใจไม่ได้ ต่ำหนืดตนเอง คิดร้ายต่อตนเอง ด้านสรีรวิทยา มีการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติหลายชั่วโมง

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ซึ่งมีความสำคัญได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า และความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง เคลื่อนไหวเชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายในที่สุด

มานิช หล่อตระกูล และคณะ (2555) ให้ความหมายว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวช ในกลุ่มความผิดปกติของอารมณ์ โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย รู้สึกเบื่อหน่าย จิตใจไม่สดชื่น อารมณ์เศร้าจะเป็นเกือบทั้งวันและติดต่อกันทุกวัน นานสองสัปดาห์ขึ้นไป

สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย (2559) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้ามีลักษณะสำคัญได้แก่ มีอาการเศร้า เบื่อ ไม่อยากทำอะไรแม้ในสิ่งที่เคยชอบ ขาดความสนุกเพลิดเพลิน หมดความสุขในชีวิต (anhedonia) รู้สึกไร้ค่า ท้อแท้ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย โดยอาการจะเป็นเกือบทั้งวัน ติดต่อกันนานกว่า สองสัปดาห์และส่งผลต่อชีวิตประจำวัน

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย หมดความสนใจในสิ่งที่เคยชอบ หลงผิด ต่ำหนืดตนเอง คิดร้ายต่อตนเอง ไม่มีสมาธิ ไม่มีแรง เชื่องช้าถดถอย เบื่ออาหาร น้ำหนักเพิ่มหรือลดผิดปกติ นอนไม่หลับ อาการดังกล่าวจะเป็นอยู่นานต่อเนื่องเกินสองสัปดาห์ขึ้นไป

2.1.2 ปัจจัยของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุแบ่งได้ 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตวิทยา ปัจจัยด้านสังคม (Blazer & Hybels, 2005) ดังนี้

2.1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors)

ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory) พบว่ามีการลดลงของสารสื่อประสาทที่ควบคุมอารมณ์และความรู้สึกเนื่องจากการลดอัตราการสร้างเซลล์ประสาทใหม่เมื่อมีอายุมากขึ้นปริมาณเนื้อสมองลดลง โดยเฉพาะสมองบริเวณ Dorsolateral prefrontal cortex และ Orbitofrontal cortex ลดการหลั่งสารสื่อประสาท Serotonin, norepinephrine, dopamine, acetylcholine (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2558) ในวัยสูงอายุ การทำงานของ Serotonin receptor 2A (5-HT_{2A}) ลดจำนวนลงตามอายุ (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2559)

ทฤษฎียีนหรือพันธุกรรม (Genetic Theory) พบว่า การเกิดโรคซึมเศร้าเป็นลักษณะความบกพร่องทางพันธุกรรม ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปอีกรุ่นหนึ่ง จากข้อมูลพบว่าฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าโอกาสที่แฝดอีกคนจะเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 70-80 ถ้าเป็นแฝดคนละไข่ โอกาสพบร้อยละ 14 แสดงให้เห็นถึงว่าพันธุกรรมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการเกิดโรคซึมเศร้า

2.1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological factors)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของจิตใต้สำนึก ที่เกิดมาจากความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) เป็นสาเหตุให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (narcissistic personality) เมื่อเกิดการสูญเสียมีผลทำให้ตัวตน ego ลดต่ำลงหรือถูกทำลาย ซึ่งตัวตนเป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางของสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ประกอบด้วย การรับรู้ (perception) ความจำ (memory) การตัดสินใจ (judgement) ความมีเหตุผล (reasoning) การแก้ปัญหา (problem solving) และการตัดสินใจในการกระทำ (decision making) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีเหตุผล (logical) และความถูกต้องเหมาะสม (correct) เมื่อตัวตนลดต่ำลงหรือถูกทำลายจึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเองออกจากความซึมเศร้ารู้สึกผิด บั่นดาลโทษะ ขาดความควบคุมตนเอง ทำให้มีความคิดทางลบกับตนเอง

ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) กล่าวว่าอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไปกระบวนการทางปัญญารับรู้ และแปลความต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาทำให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมต่อสิ่งเร้านั้น อารมณ์และพฤติกรรมนั้นก็จะมีอิทธิพลต่อกระบวนการทางปัญญาด้วย ซึ่งกระบวนการทางปัญญามาจากความเชื่อพื้นฐาน ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา เรียกว่าความคิดอัตโนมัติ เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระบวนการคิดจากความเชื่อที่บิดเบือน หรือทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ทำให้บุคคลมองตนเอง มองโลกในแง่ลบ โทษตนเองส่งผลให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (Beck, 1967) ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการคือ

1. ความคิดหลัก สามประการ (Cognitive triad) เป็นความคิดที่บุคคลพิจารณาตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือโลก และอนาคตของเขาในทางที่บิดเบือน คือมองตนเองในทางลบ แปรปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในเชิงความสูญเสีย ชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค เป็นโลกแห่งการถูกละทิ้ง และการมองอนาคตในทางลบ ความยากลำบากในปัจจุบันจะดำเนินไปไม่มีทางสิ้นสุด ทำให้ท้อแท้สูญเสียความหวังในอนาคต ส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. โครงสร้างทางความคิด (Schema) การแปลความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายเหตุการณ์ต่างๆ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดบิดเบือนไปในทางลบและมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตน เป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าจะทนได้ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของโครงสร้างทางความคิด

3. ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive errors) การดาวน์ลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ การเลือกสนใจประสบการณ์ในทางลบเฉพาะด้านใดด้านเดียว การคิดและการแปลความหมายเกินกว่าความเป็นจริง

ทฤษฎีความสิ้นหวัง หรือการยอมจำนนจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness Theory) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ คิดว่าไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (helplessness) ทำให้ปล่อยสถานการณ์ไปตามเลยไม่ยอมแก้ไข คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ สิ้นหวัง ซึมเศร้าตามมา (Seligman cited in Wilson, Spence, & Kavanang, 1989)

ทฤษฎีการลดและการเสริมแรงบวก (Reduced Positive Reinforcement Theory) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่นการรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำ (Low self - esteem) ความรู้สึกผิด (guilt) การมองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวได้ เมื่อบุคคลเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตทำให้บุคคลเกิดการลดการเสริมแรงตนเองในทางบวกผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองสูงขึ้น (Self - awareness) การคิดที่มุ่งเน้นต่อตนเองมากกว่าคนอื่น (focus on the self) เพิ่มการคิดวิพากวิจารณ์ตนเอง (self - criticism) และคาดหวังอนาคตทางลบ (negative expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ ความบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (Wilson, Spence, & Kavanang, 1989)

2.1.2.3 ปัจจัยด้านสังคม (Social factors)

1. เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและสิ่งรบกวนในแต่ละวัน (Stressful life events and daily hassles) จากการศึกษาเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต เช่นการสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก การเจ็บป่วย การต้องดูแลคนป่วยเรื้อรังในบ้าน การเกษียณ ว่างาน สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Murphy, 2000)

2. การสูญเสียหรือพลัดพราก (Bereavement) เป็นความรู้สึกเศร้าที่เกิดขึ้นหลังจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือสิ่งที่รัก มีอาการในช่วงสองเดือนแรกหลังการสูญเสีย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2558) หากมีอาการนานเกินสองเดือนจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2555)

3. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Socio – economic disadvantage) ทำให้ขาดแคลนสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตเนื่องจากรายได้ไม่แน่นอน อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี สุขภาพไม่ดีเจ็บป่วยบ่อย เกิดความเครียด จนหนทาง รู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ธรรินทร์ กองสุข, 2550)

4. การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Impaired social support) แรงสนับสนุนหรือเอาใจใส่จากสังคมรอบตัวเป็นปัจจัยสำคัญในการต่อต้านอาการนำไปสู่สาเหตุโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว อ้างว้าง มีเพื่อนน้อย แยกตัวจากสังคม อยู่คนเดียวได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ครอบครัวมีปัญหา มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าคนปกติ (ปญญภาพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีสามปัจจัยคือปัจจัยด้านชีววิทยาที่มีความผิดปกติจากการหลั่งสารสื่อประสาทที่ควบคุมอารมณ์และความรู้สึกลดลง จากเนื้อสมองลดการสร้างเซลล์ใหม่ตามอายุที่มากขึ้น จากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ปัจจัยด้านจิตวิทยาเป็นความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความคิด การเรียนรู้ ปัจจัยด้านสังคมเกิดจากการขาดการสนับสนุนจากสังคม รายได้น้อย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือการพลัดพราก ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งสิ้น

2.1.3 ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผลกระทบทำให้อาการเจ็บป่วยทางกายของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ รบกวนการรู้คิดมีอาการหลงลืมและการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ที่คล้ายโรคสมองเสื่อม (Frisch, 2002) มีการแปรปรวน 4 ด้านคือ แปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจและความแปรปรวนด้านร่างกาย (Beck, 1979) ด้านความคิด มีความคิดประหม่นค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบี้ยวไป ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจผู้อื่นลดลง ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจาก

สังคม มีความคิดอยากตายด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อย น้ำหนักลด

สรุปผลกระทบจากโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือกระทบด้านความคิด ด้านอารมณ์แรงใจและความคิดบิดเบือนมองตนเองโลกอนาคตด้านลบ อารมณ์เศร้า ด้านร่างกายส่งผลให้มี พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Edition 5th (DSM-5) ที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association หรือ APA) โดยมีการเริ่มใช้เมื่อ พ.ศ.2556 ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยนี้ได้ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทย (กมลเนตร วรณเสวก, 2558) โดยผู้ที่เป็โรคซึมเศร้ามัมีอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อ โดยต้องมีอาการในข้อ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 ข้อและมีอาการมากกว่า 2 สัปดาห์ อาการไม่เข้ากับเกณฑ์ mixed episode มีผลกระทบต่อหน้าที่การงานและสังคมอย่างมีนัยสำคัญอาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือโรคทางกาย อาการไม่ได้เป็นผลจากความโศกเศร้า เพราะสูญเสียคนรัก ได้แก่

1. อารมณ์เศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน
2. ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลงมาก หรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร เกือบทุกวัน
3. น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยที่ไม่ได้ตั้งใจลดอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมากเพราะกินจุ
4. นอนไม่หลับหรือนอนมากเกือบทุกวัน
5. การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า หรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข
6. อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นเกือบทุกวัน
7. รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ เป็นเกือบทุกวัน
8. สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบากเป็นเกือบทุกวัน
9. คิดอยากตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก มีดังนี้ มีกลุ่มอาการซึมเศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ไม่เคยมีอาการ hypomania หรือ mania ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือโรคทางกาย อาการหลักที่ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อ คือ

1. อารมณ์เศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน
 2. ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลงมาก หรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไรหรือไม่รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินเป็นเกือบทุกวัน อ่อนเพลียง่าย เหนื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นเกือบทุกวัน
- อาการรองที่ต้องมีอย่างน้อย 4 ข้อ คือ

1. ขาดความเชื่อมั่น ความภูมิใจในตนเองหายไป
2. ชอบตำหนิตนเอง หรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ
3. คิดอยากตายซ้ำๆ หรือพยายามฆ่าตัวตาย
4. สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก
5. การเคลื่อนไหวหรือความคิดเชื่องช้า หรือกระวนกระวาย อยู่ไม่สุข
6. นอนไม่หลับหรือนอนมาก
7. น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยไม่ได้ตั้งใจลดอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมากเพราะกินจุ

การแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับเล็กน้อย (mild) มีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 4 ข้อ

ระดับปานกลาง (moderate) มีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 6 ข้อ

ระดับรุนแรง (severe) มีอาการหลักและอาการรองทุกข้อ

สรุปได้ว่าการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า นั้น ในประเทศไทยใช้อยู่ 2 เกณฑ์ หรือ 2 ระบบ ทั้ง DSM-5 และ ICD-10 โรคซึมเศร้ามีอาการหลายระดับ ตั้งแต่ระดับน้อย ปานกลาง จนถึงรุนแรงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องเข้าใจโรคซึมเศร้าว่าเป็นการเจ็บป่วยอย่างหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดและถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (พจนนา เปลี่ยนเกิด, 2557)

2.1.4. การบำบัดรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.1.4.1 การบำบัดรักษาทางชีววิทยาการแพทย์

1. การบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant Drugs) การดูแลบำบัดรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การรักษาหลักในปัจจุบัน ได้แก่ การใช้ยาต้านเศร้า (antidepressants) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ Tricyclic antidepressant (TCAs), Monoamine oxidase inhibitor (MAOIs), Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) จากการศึกษาเรื่องความปลอดภัยและประสิทธิผลของการให้ยากกลุ่มยาต้านเศร้า (antidepressant) ในผู้สูงอายุ พบว่ายากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เป็นยาลำดับแรก (first choice) ในการเลือกให้กับผู้สูงอายุ มีผลข้างเคียงน้อย เพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มความจำและการเรียนรู้ อาการจะดีขึ้นเมื่อรับประทานยาประมาณ 8-12 สัปดาห์ ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ช่วยลดการเกิดความคิดฆ่าตัวตายหรือความรุนแรงอื่นๆ จากภาวะซึมเศร้า และลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ซึ่งการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า จะมีระยะเวลาในการตอบสนองของยาช้า จึงต้องให้ยาเป็นเวลานานกว่าอาการซึมเศร้าจะหาย

2. การบำบัดโดยการกระตุ้นสมองด้วย ไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy หรือECT) การบำบัดรักษาโดยการกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้ามักใช้กับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หรือโรคซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือไม่สามารรถให้อาการดีขึ้นได้ อาการเป็นมากจนเสี่ยงต่อชีวิตหรือในกรณีไม่

ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา มีหลักการคือแพทย์กดปล่อยกระแสไฟฟ้าให้ผู้ป่วยเกิดการชัก ซึ่งจะทำให้เกิดการปรับสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ในสมองให้มีความสมดุล บทบาทของพยาบาลทางจิตเวช การบำบัดโดยการกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้าใช้ได้ปลอดภัยและได้ผลดีสำหรับผู้สูงอายุที่ซึมเศร้ารุนแรง อยากฆ่าตัวตาย

2.1.4.2 การบำบัดทางจิตสังคม

การบำบัดทางจิตสังคมเป็นสิ่งที่ทำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาด้านเศร้า (Antidepressant Drugs) ซึ่งมีประสิทธิภาพมากในการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการรักษาทางยา และมีการเผชิญปัญหาที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด การรักษาโดยการบำบัดทางจิตจะให้ผลดีในช่วง 6-8 สัปดาห์ และควรบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 1 ปี ดังนี้

1. การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นการบำบัดผู้สูงอายุโดยการให้คำปรึกษา โดยการสื่อสารให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ว่าได้รับการดูแลอย่างไร และการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระบายสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิต สิ่งที่สะท้อนใจหรือกลัว ผู้สูงอายุจะรู้สึกเศร้ามาก บทบาทของพยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพเชิงบวกที่มีความเชื่อใจ มีความเข้าใจและความเอื้ออาทรผู้สูงอายุ การมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ การตระหนักว่าผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่น การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยจึงแตกต่างกันแม้จะเจ็บป่วยด้วยปัญหาแบบเดียวกันหรืออยู่ในวัยเดียวกัน และควรใช้เวลาผู้สูงอายุในการคิดไตร่ตรอง ได้มีโอกาสเล่าด้วยภาษาและความเข้าใจของตนเอง ตามด้วยการฟังอย่างตั้งใจ ในสิ่งที่ผู้สูงอายุเล่าเพื่อค้นหาปมที่อยู่ในใจ เอาใจใส่รับฟังผู้สูงอายุด้วยท่าที่เป็นมิตรและจริงใจ ยอมรับและแสดงถึงความเข้าใจในอารมณ์ผู้สูงอายุในขณะนั้น พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกต่างๆ พูดคุหาแนวทางในการปรับตัวและช่วยให้ผู้สูงอายุหากวิธีในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการรักษาด้วยการรับประทานยาและการบำบัดจิตสังคมในรูปแบบต่างๆจะช่วยลดอาการหรือหายจากภาวะซึมเศร้าได้

2. การทำกลุ่มจิตบำบัด (Group psychotherapy) เป็นการใช้กลุ่มบำบัดที่ได้รับการยอมรับว่าทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้ วิธีการแก้ไขปัญหา ที่มีสาเหตุมาจากกระบวนการคิดและจิตใจของตนเอง มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่น ส่งผลให้การรักษাজิตบำบัดมีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้าในระยะยาวและสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้

3. การทำดนตรีบำบัด (Music Therapy) เป็นการบำบัดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุให้อยู่ในสภาวะปกติ มีสมาธิ มีความรู้สึกที่สบายใจ เพลิดเพลิน เบี่ยงเบนความคิดจากเรื่องราวที่เครียดหรือวิตกกังวล ไปสู่ความคิดใหม่ๆ ที่สร้างสรรค์และเอื้อประโยชน์ ต่อการปรับปรุงตนเองให้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดมีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระยะหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่สูงกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดนตรีบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

4. การรำลึกถึงความหลัง (Reminiscence therapy) เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจอัตมโนทัศน์คุณค่าที่สำคัญของชีวิต เป็นการรวบรวมประสบการณ์ชีวิตที่มีความหมาย มีคุณค่าและสำคัญต่อบุคคล แล้วนำมาระลึกถึงความหลังที่มีความสุขเพื่อให้ผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจ และเพิ่มความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การระลึกถึงความหลังจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุ เกิดความพึงพอใจในประสบการณ์ที่ผ่านมา ภูมิใจในสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต โดยเฉพาะประสบการณ์ด้านบวกและมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน และสามารถบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าลดลงได้

5. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เป็นการบำบัดผู้สูงอายุโดยการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลหรือกลุ่ม เป็นจิตบำบัดและพฤติกรรมบำบัด ด้วยการใช้รูปแบบพฤติกรรมบำบัดทางปัญญา สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยหนึ่งในประเทศอังกฤษ พบว่า พฤติกรรมบำบัดทางปัญญามีประสิทธิภาพในการลดความคิดฆ่าตัวตาย ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง การบำบัดทำให้ปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริงในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีทักษะในการแก้ปัญหามากขึ้น สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า และมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

6. การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem-Solving therapy) เป็นการบำบัดผู้สูงอายุโดยการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมรูปแบบหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมองเห็นสาเหตุของปัญหา มีแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ จากการศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัย 7 เรื่อง เป็น Systematic Review 1 เรื่อง และ Randomized Controlled Trial 6 เรื่อง เกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าโปรแกรมการบำบัดแบบประสานความร่วมมือ (IMPACT) ซึ่งประกอบด้วย การบำบัดด้วยยาต้านเศร้า และการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST-PC) มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. การบำบัดสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy) เป็นการบำบัดผู้สูงอายุโดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาวิจัยหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการทำกิจกรรมกลุ่มแบบเพิ่มกิจกรรมทางกายและ

กิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้และการมีพยาบาลเยี่ยมบ้านคอยเป็นที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว และการจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านร่วมกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุได้

2.1.5 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.1.5.1 Physical therapies ประกอบด้วย การรักษาด้วยยาต้านภาวะซึมเศร้า (Antidepressant drug) ที่นิยมใช้เช่น Iproniazid Imipramine Phenelzine Fluoxetine Amitriptyline แพทย์ระบุวิธีใช้ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลผลข้างเคียงส่วนใหญ่ของยาเหล่านี้คือ ทำให้ง่วงนอนและการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) การรักษาทั้งสองรูปแบบจะส่งผลต่อสารสื่อประสาทในสมองส่วนที่ ควบคุมความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม กลับสู่สภาวะสมดุล พยาบาลมีบทบาทในการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้หรือข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคซึมเศร้า (วีระชัย เตชะนิตติชัย, 2551)

2.1.5.2 Psychotherapy หรือการทำจิตบำบัด เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายคือช่วยให้บุคคลมองเห็น รู้จัก เข้าใจปัญหา สามารถแก้ปัญหาด้วยกระบวนการคิด มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม เกิดการเรียนรู้ใหม่ พยาบาลสามารถใช้สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพที่ดีนั้นนำบุคคล เหล่านั้นเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่อนคลาย อาทิ ดนตรีบำบัดคือการฟังเสียงดนตรีบรรเลงร่วมกับมีเสียงในธรรมชาติ กิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ฝึกกระบวนการคิด การแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy) เข้าใจและยอมรับตนเอง (Self-understanding) เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มากขึ้น เป็นกำลังใจกับผู้ที่กำลังรู้สึกท้อแท้ในชีวิต (จุฑามาศ วังทะพันธ์, 2551)

2.1.5.3 Milieu Therapy การสร้างบรรยากาศ จัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้เกิดความรู้สึกที่อบอุ่น ปลอดภัย มีลานออกกำลังกาย มีห้องรับประทานอาหารเป็นสัดส่วนซึ่งช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความไว้วางใจต่อบุคลากรทางการพยาบาล ลดพฤติกรรมหวาดกลัวกับสิ่งรอบข้าง และป้องกันการแยกตัวของผู้ที่ภาวะซึมเศร้า กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำงานที่มีการเคลื่อนไหว เคลื่อนที่

2.1.5.4 Family Therapy พยาบาลควรแนะนำให้ญาติหรือคนใกล้ชิดใส่ใจ สนใจในคำพูดที่สะท้อนความคิดของผู้ป่วยในความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (พจนา เปลี่ยนเกิด, 2552) สนับสนุนให้ญาติรับฟังปัญหาของผู้ป่วยยามที่เขาทุกข์ใจมากที่สุด โดยญาติอาจมีส่วนร่วมในการชี้ให้ผู้ป่วยได้มองปัญหาจากแง่มุมอื่น ๆ ได้เห็นทางเลือกอื่น ๆ ในการแก้ปัญหา หมั่นให้กำลังใจ กล่าวชื่นชม ให้รางวัล เมื่อผู้ป่วยเริ่มเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น แนะนำให้สมาชิกในครอบครัวแสดงความรัก ความผูกพันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว เรียนรู้ที่จะเข้าใจและยอมรับในความแตกต่างของกัน (สายฝน เอกวรังกูร, 2554)

สรุปการพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีหลากหลายเช่นการพยาบาลผู้สูงอายุให้ได้รับยาต้านเศร้าและยานอนหลับการแนะนำการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยารวมถึงการบำบัด การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดเพิ่มความผูกพันของสมาชิกภายในครอบครัว

การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) (ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต, 2553)

ระดับอาการและการแสดงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. อารมณ์ซึมเศร้าระดับต่ำ (Mild depression)
2. อารมณ์ซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression)
3. อารมณ์ซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)

มาตรฐานการพยาบาล: ความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาลที่ป้องกันได้

เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น สิ่งแวดล้อมและอุบัติเหตุ
2. ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
3. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า

ตัวชี้วัด

1. อัตราการเกิดพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายตนเอง ผู้อื่น สิ่งแวดล้อม
2. อัตราการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วยซึมเศร้า
3. อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเวช
4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยจากการผูกมัด
5. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ตามเกณฑ์เชิงผลลัพธ์
ประเมินระดับภาวะซึมเศร้าด้วยอารมณ์ พฤติกรรม ความคิดและสรีรวิทยา โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เช่นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต หรืออื่นๆ ประเมินความเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมที่ผู้ป่วยอาจมีอันตรายต่อตนเอง ประเมินความเสี่ยงที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ประเมินความปลอดภัยจากการผูกมัดและการรักษาด้วยไฟฟ้า
2. จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย สะอาดและปราศจากสิ่งกระตุ้น เก็บอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยอาจนำมาใช้ทำร้ายชีวิตตนเองเช่น ผ้า กระดาษ ของมีคมต่างๆ

3. ดูแลใกล้ชิด อยู่กับผู้ป่วยดูแลและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้
4. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่พยาบาลสามารถสังเกตอาการได้อย่างใกล้ชิดและให้การพยาบาลได้อย่างทันที่
5. สร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจและร่วมมือในการรักษาพยาบาล
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์ ความรู้สึกเจ็บปวดในใจและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง
7. จำกัดพฤติกรรมเพื่อการรักษาพยาบาลในกรณีที่จำเป็นตามคู่มือผู้ป่วยที่ถูกจำกัดพฤติกรรม
8. ทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เช่นหลัก C3 CHER

มาตรฐานการพยาบาล : การบรรเทาทุกข์ทรมานของผู้ใช้บริการ

เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยและญาติได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ
2. ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมาน เนื่องจากอาการทางคลินิก
3. ญาติมีความรู้และทักษะการจัดการกับความเครียดของตนเองในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัด

1. อัตราผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
2. อัตราผู้ป่วยและญาติได้รับการตอบสนองตามความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรม
3. อัตราผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกดีขึ้น
4. อัตราญาติที่สามารถบอกวิธีการจัดการกับความเครียดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพจิตค้นหาปัญหา และความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการพยาบาล
2. สัมพันธภาพบำบัด (Therapeutic relationship) หรือให้การปรึกษารายบุคคล (Individual counseling)
3. การดูแลสุขวิทยาผู้ป่วยตามความเหมาะสม เน้นการกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
4. สอน สานิต และฝึกทักษะการจัดการความเครียด (Stress Management) ให้ผู้ป่วยและญาติ
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สะอาด ปราศจากสิ่งกระตุ้น

6. ให้สุขภาพจิตครอบครัว (Psycho-education) และให้การปรึกษาแบบครอบครัว (Family counseling) ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย
7. จัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรม (Activity group) และกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy)
8. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยตามความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ที่ไม่เกิดผลกระทบต่อแผนการรักษา
9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.2.1 ความหมายของอาการนอนไม่หลับ

Morin (1993) ให้ความหมายของอาการนอนไม่หลับ คือการรับรู้ในขณะเข้า นอน ประกอบด้วยอาการใดอาการหนึ่งดังต่อไปนี้คือนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน(difficulty initiating sleep)การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก(difficulty maintaining sleep)การตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakening)หรือ การตื่นนอนด้วยความรู้สึกไม่สดชื่นหรือไม่เต็มอิ่ม(non-retrotrative sleep)และอาการนอนไม่หลับจะส่งผลต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวรร่วมด้วย

Buyse et al., (1989) กล่าวว่าอาการนอนไม่หลับคือการหลับที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการเริ่มเข้านอน ตื่นบ่อยๆกลางดึก คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มีช่วงการนอนหลับลึกใน ระยะสั้นๆ

สุตารัตน์ ชัยอาจ และ พวงพะยอม ปัญญา(2548) กล่าวว่า การมีอาการ ดังกล่าวต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งอาการ หรือมากกว่าหนึ่งอาการร่วมกันระหว่างนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้น เข้านอน(difficulty initiating sleep)การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก(difficulty maintaining sleep)การตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakening)หรือ การตื่นนอนด้วยความรู้สึกไม่สดชื่น หรือไม่เต็มอิ่ม (non-retrotrative sleep)

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) ได้ให้ความหมายว่าการ นอนไม่หลับ หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้สีกว่านอนไม่เพียงพอ กลางวันง่วงนอนหรือประสิทธิภาพ ในการทำงานลดลง

สรยุทธ วาสิกนันท์ (2543) ให้ความหมายว่าอาการนอนไม่หลับคือการนอน หลับยาก การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง หรือการนอนหลับไม่เพียงพอซึ่งระยะเวลาของการอาจเป็นเพียง การนอนไม่หลับชั่วคราว การนอนไม่หลับระยะสั้น หรือ การนอนไม่หลับระยะยาวเป็นปัญหาที่พบได้ บ่อยในประชากรทั่วไปและพบมากขึ้นตามอายุ

สุรางค์ เลิศชาธาร(2554) ให้ความหมายอาการนอนไม่หลับคือ การที่มีความลำบากในการเริ่มหลับ หรือคงการนอนหลับให้ต่อเนื่องได้ตลอดคืน หรือการนอนหลับที่ไม่รู้สึกสดชื่น หลังตื่นนอนตอนเช้า (non refreshing, on restorative) มีผลทำให้เกิดอาการในเวลากลางวัน เช่น ง่วงนอน อ่อนเพลีย ขาดสมาธิ ความจำไม่ดี ความสามารถในการคิดตัดสินใจลดลง

สรุป อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การรับรู้ความทุกข์ทรมานของการนอนหลับว่าเป็นกระบวนการทางจิตของบุคคลที่เป็นการตีความหรือให้ความหมายต่อการนอนหลับ และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มาจากปัจจัยที่หลากหลายซึ่งมีอิทธิพลต่อการนอนหลับของบุคคลโดยมีอาการหลักคือ 1. นอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty initiating sleep) 2. การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) 3. การตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakening) หรือการ ตื่นนอนด้วยความรู้สึกไม่สดชื่นหรือไม่เต็มอิ่ม (non-restorative sleep) ภายในระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือนโดยมีอาการดังกล่าวอย่างน้อยหนึ่งอาการ หรือมากกว่าหนึ่งอาการร่วมกัน และทำให้ส่งผล กระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น อ่อนเพลีย ขาดสมาธิ ความจำไม่ดี ไม่สามารถทำงานซับซ้อนที่ต้องการ ตัดสินใจฉับไวได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index) ของ Morin (1993) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธวิภา แก้วแพง(2548) จำนวน 7 ข้อปรับปรุงโดย จุฑารัตน์ จิราพงษ์ (2554)

2.2.2 ความหมายของอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่า การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะด้านอารมณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวงจรการนอนหลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมด้วย โดยพบว่าอาการ นอนไม่หลับ (Insomnia) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุด และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญส่ง ผลกระทบต่อการรักษาและการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Pigeon et al., 2008 ; Dew & Reynolds, 1997; Dombroski et al., 2008 ; Nierenberg, 2010) อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีลักษณะดังนี้ ส่วนใหญ่ จะมีรูปแบบการตื่นเร็วกว่าปกติ (terminal insomnia) หรือตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening) ในขณะที่วัยรุ่นโรคซึมเศร้าจะนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty falling asleep) (Prinz et al., 1990) จากผลการตรวจด้วย Polysomnographic พบว่าคลื่นสมองของ delta wave รวมทั้งความหนาแน่นมีการลดลงอย่างมากในช่วงแรกของการนอนในระยะ NREM (Prinz et al., 1990; Buysse et al., 1999) รวมทั้งการสั้นลงของ rapid eye movement (REM) latency (shortened REM latency) ช่วง rapid eye movement (REM) period แรกที่ยาวขึ้น (longer first REM period) และความผิดปกติของวงจรการนอนและการตื่น (abnormal regulation of sleep-wake cycle) ซึ่งสอดคล้องกันจากหลายการศึกษาที่พบว่า ความผิดปกติของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับ มีความเปลี่ยนแปลงของวงจรการนอนหลับคล้ายกับที่เกิด

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งไม่แตกต่าง จากผู้ป่วยวัยอื่น(เฟิร์พน์ ลือบุญรัชชัย, 2553; Lustberg & Reynolds, 2000)

สรุปความหมายอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าคือ อาการที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเข้านอนเร็วแต่หลับยาก ตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก ตื่นเร็วหรือตื่นเชากว่าปกติตื่นขึ้นมาแล้วไม่สดชื่น มีความผิดปกติของวงจรการนอนและการตื่น ทำให้เกิดการตื่นขึ้นบ่อย จำนวนเวลานอนทั้งหมดและประสิทธิภาพของการนอนหลับลดลง รวมทั้งคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเนื่องจากการเจ็บป่วยโรคซึมเศร้า อาการเหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในตอนกลางวันเกิดความทุกข์ทรมาน นำมาสู่ความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

2.2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

แนวคิดของ Spelman (1986) อาการนอนไม่หลับเป็นผลจากปัจจัยต่างๆรวมกัน 3 ประการคือ ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) และปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors) สามารถอธิบายจากการสรุปของ สูดาร์ตัน ชัยอาจ และพวงพะยอม ปัญญา (2548) ได้ดังนี้

1. ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้ความ ทนทาน (threshold) ต่ออาการนอนไม่หลับลดลง ซึ่งมักจะเป็นปัจจัยที่มาจากตัวบุคคลนั้นๆ โดย พบว่าผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับจะถูกกระตุ้นได้ง่ายทั้งช่วงเวลากลางวันและกลางคืน มีบุคลิกแบบย่ำคิดย่ำทำ จึงมีความวิตกกังวลได้ง่าย รวมถึงลักษณะส่วนบุคคลเช่น เพศ อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ ในปัจจัยนี้ (Morin, 1993)

2. ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับชนิดที่เกิดขึ้นเร็ว (acute insomnia) ในกรณีเช่นนี้พบว่าอาการนอนไม่หลับนั้นจะเกิด พร้อมๆกับ เหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่นการสูญเสียคนที่รัก การเกษียณอายุหรือการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ นอกจากนี้ การเจ็บป่วยด้านร่างกาย ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสิ่งแวดล้อมขณะนอนหลับเช่น แสงสว่าง เสียงที่รบกวนการนอน ลักษณะของเพื่อนร่วมเตียง ส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับได้ทั้งสิ้น

3. ปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการนอน ไม่หลับนั้นเป็นอยู่นานขึ้นหรือเรื้อรัง ตามปกติเมื่อปัจจัยกระตุ้นหายไปหรือลดความรุนแรงลง บุคคล จะสามารถกลับมา นอนหลับได้ตามปกติ แต่สำหรับบางคนถึงปัจจัยเหล่านี้จะหายไปแล้ว บุคคลนั้นๆก็ยังไม่สามารถที่จะนอนได้ตามเดิมเนื่องมาจากปัจจัยคงอยู่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดเนื่องมาจากการปรับ พฤติกรรมเพื่อจัดการกับอาการนอนไม่หลับที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยกระตุ้น ซึ่งได้แก่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับการนอนหลับ เช่นการใช้เวลาบนเตียงสำหรับทำกิจกรรมอื่น คิดถึงปัญหาต่างๆขณะเข้า นอน รวมไปถึงการดำเนินชีวิตที่ไม่สอดคล้องกับการนอนหลับที่ดี เช่นการดื่มกาแฟ การดื่ม แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่

การใช้อานอนหลับเป็นประจำ และการงีบหลับในเวลากลางวัน เป็นต้น รวมทั้ง ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับก็ถือว่าเป็นผลกระทบด้านลบ ที่ส่งผล ต่ออาการนอนไม่หลับให้ดำเนินต่อไป

แนวคิดของ Morin (1993) กล่าวว่าอาการนอนไม่หลับเกิดจากความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ (dysfunctional beliefs and attitudes about sleep) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การนอนไม่หลับคงอยู่เป็นระยะเวลานาน โดยผ่านกลไกของความวิตกกังวล ลักษณะและกลไกของความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับต่อปัญหาการนอนไม่หลับไว้น่าสนใจดังนี้ ลักษณะแรก คือ การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยเฉพาะการรับรู้ว่าการนอนไม่หลับเป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสียการควบคุมการนอนหลับของตนเอง ซึ่งการรับรู้เช่นนี้จะยิ่งทำให้ปัญหารุนแรงขึ้นโดยผ่านขบวนการของความวิตกกังวล (sleep related anxiety) และการเรียนรู้ว่าปัญหานั้นไม่สามารถแก้ไขได้ (learned helplessness) การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหานอนไม่หลับ มีความกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียการควบคุมการนอนหลับของตนเองการไม่สามารถคาดเดาเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเอง การคิดว่าปัญหาการนอนไม่หลับของตนเองนั้นเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีใครที่จะช่วยเหลือได้ และปัญหานั้นทอนความสุข ในชีวิตของเขามากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหานอนไม่หลับ ลักษณะที่สองคือ ความเชื่อว่าผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นในตอนกลางวัน เช่น อาการอ่อนเพลีย อารมณ์หงุดหงิด การไม่สนุกสนานกับการทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่นๆ และการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นผลเนื่องมาจากการนอนไม่หลับในเวลากลางคืนเท่านั้น ซึ่งถือว่าเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากผลกระทบดังกล่าวอาจเกิดเนื่องมาจากสาเหตุอื่นๆนอกเหนือจากการนอนไม่หลับ การรับรู้ผลกระทบนี้ถึงแม้จะตรงตามความเป็นจริงหรือมากเกินไป เป็นการย้ำเตือนให้ผู้ตื่นนอนไม่หลับคิดว่าการนอนหลับของตนเองแย่มากเพียงใด ความคิดเช่นนี้จะทำให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ กระตุ้นให้มีการเฝ้าทางความคิด และรบกวนการนอนหลับ นอกจากนั้นความกังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพการทำงานในเวลากลางวันจะทำให้ผู้ที่นอนไม่หลับทำงานหนักมากขึ้นและนำงานกลับมาทำที่บ้านเป็นผลให้เกิดความตึงเครียดมากขึ้นและรบกวนการนอนหลับต่อไป (Spielman, Nunes & Gloinsky, 1996) ลักษณะที่สามคือ ความคาดหวังที่ไม่เป็นจริงเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับของตนเองผู้ที่นอนไม่หลับมักจะยึดติดและเข้มงวดเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับของตนเอง เช่น ความเชื่อที่ว่าการนอนหลับให้ได้ 8 ชั่วโมง เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะช่วยให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในช่วงเวลากลางวันซึ่งในความเป็นจริงแล้วความต้องการการนอนหลับของแต่ละคนนั้นแตกต่างกันออกไป (Morin, Blais & Savard, 2002) การเข้มงวดกับมาตรฐานการนอนหลับของตนเองเช่นนั้นเมื่อไม่สามารถจะนอนหลับได้ตามที่คาดหวังไว้จะยิ่งทำให้เกิดความวิตกกังวลและครุ่นคิดเกี่ยวกับผลกระทบทางลบและปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นตามมา และทำให้มีพฤติกรรมนอนหลับที่ไม่เหมาะสม เช่น พยายามที่

จะนอนหลับตอนกลางวันที่ทดแทนการนอนที่สูญเสียไปในเวลากลางคืน ทำให้ใช้เวลานานขึ้นบนเตียงนอน ดังจะเห็นได้จากความต้องการการนอนหลับกับการนอนหลับที่หลับได้จริงมีความแตกต่างกันมากในผู้ที่นอนหลับได้ไม่ดีเปรียบเทียบกับในกลุ่มที่นอนหลับได้ดี (Morin & Gramling, 1989) การใช้เวลานานเตียงนอนที่มากขึ้นก่อให้เกิดเงื่อนไขของการนอนไม่หลับกับเวลานอนและห้องนอน เป็นเหตุให้การนอนไม่หลับรุนแรงขึ้นและเพิ่มความตึงเครียดทางอารมณ์และตอกย้ำความเชื่อที่ว่า การนอนไม่หลับนั้นเป็นปัญหาที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลรบกวนการนอนหลับเป็นวงจรเช่นนี้เรื่อยไป

แนวคิด Integrative model Lundh and Broman (2000) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับเป็นการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ ที่ผ่านกระบวนการทางจิตวิทยาโดยผ่านคำบอกเล่า หรือเป็นการให้ความหมายของผู้ป่วยเองเกี่ยวกับความยากลำบากในการนอน โดยบุคคลนั้นๆ บอกเล่าปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยด้านสิ่งเร้าที่รบกวนการนอนหลับ (sleep-interfering) และ การตีความหมายของการนอนหลับ (sleep-interpreting) สามารถอธิบายได้ดังนี้ สิ่งเร้าที่รบกวนการนอนหลับคือ

1. สิ่งเร้าที่มากระตุ้นและรบกวนการนอนหลับ ประกอบด้วย สิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับด้านร่างกาย อารมณ์ต่างๆ ของบุคคลนั้น และ ด้านการรู้คิด ที่เกิดเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง หรือเกิดร่วมกันเป็นลักษณะของบุคคลที่มีความไวต่อสิ่งที่มากระตุ้น ไวต่อความรู้สึกเจ็บปวด ไม่สามารถดำเนินชีวิตในลักษณะที่เรียบง่าย ภายหลังเกิดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตแล้วกลับคืนสู่สภาพปกติได้ช้า มีความวิตกกังวลสูง มีอารมณ์ความขัดแย้งภายในตนเองซึ่งอารมณ์ต่างๆ นี้ส่งผลให้ เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา

2. การตอบสนองของบุคคลที่มีความแตกต่างกันต่อสิ่งเร้าที่มารบกวน ตามความเชื่อของบุคคลนั้นๆ ที่มีต่อการนอนหลับซึ่งเป็นปัจจัยโน้มนำไปสู่อาการนอนไม่หลับที่แตกต่างกันไป ส่วนการตีความหมายของการนอนหลับ คือการให้ความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เกี่ยวกับการนอนหลับ ประกอบด้วย

- 2.1 การยอมรับระยะเวลา จำนวนชั่วโมงในการนอนของแต่ละบุคคลนอนของการนอนหลับในแต่ละครั้ง หรือไม่

- 2.2 ความคาดหวังของบุคคลนั้นๆ ที่เป็นตัวกำหนดระยะเวลาในการนอน

- 2.3 ปฏิบัติการรู้คิดที่ตอบสนองต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของการนอนหลับ

- 2.4 ความรู้สึกของบุคคลที่ตัดสินใจว่าการนอนหลับในคืนที่ผ่านมาดี

- 2.5 การตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกในช่วงเวลาระหว่างวัน เช่น ความเหนื่อยหน่าย หงุดหงิด อ่อนเพลียหรือแยกตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น เป็นต้น หากบุคคล นั้นมีการตีความหมายหรือการรับรู้ไม่ถูกต้องตามที่กล่าวมาข้างต้นจะก่อให้เกิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการนอนหลับ และส่งผลให้อาการนอนไม่หลับนั้นดำเนินอยู่เรื่อยไปมีสิ่งเร้าอยู่ทั้งหมด 3 ด้าน แต่จากแนวคิดนี้

พบว่าสิ่งเร้า ทางด้านอารมณ์ คือ ความวิตกกังวล อารมณ์หดหู่เศร้าหมอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอน

สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าประกอบด้วยหลายปัจจัย การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยอาการนอนไม่หลับตามแนวคิด Morin(1993) ลักษณะการบกพร่องทางการรู้คิด ได้แก่ สิ่งเร้า (arousal) การรู้คิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ (dysfunctional cognitions) นิสัยที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอน(maladaptive habits) และผลที่เกิดขึ้น (consequence) มีความเชื่อมโยงกันเป็นวงจรที่นำไปสู่การนอนไม่หลับเนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนมองตนเองในแง่ลบมีโครงสร้างความคิดประหมัดเหตุการณ์ในแง่ลบ ประเมินว่าตนเองไม่สามารถนอนหลับได้มีความคิดว่าตนเองต้องนอนไม่หลับซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของมอรินที่กล่าวว่าปัจจัยสิ่งเร้าด้านความรู้คิดความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

เกณฑ์ในการจำแนกอาการนอนไม่หลับ

จำแนกตามระยะเวลา มีการจำแนกหลายลักษณะ ได้แก่
National Institute of Mental Health (1984) ได้จำแนก

1. นอนไม่หลับเป็นครั้งคราว (transient insomnia) มีอาการนอนไม่หลับไม่เกิน 2-3 วัน พบในคนปกติที่มีความเครียดฉับพลัน เช่น เปลี่ยนเวลานอนทันทีหรือการเดินทางข้ามเส้นแบ่งเวลาโลก (time zone) ส่งผลให้เกิดภาวะ jet lag ต้องพูดในที่สาธารณะ วันรุ่งขึ้นถ้าร่างกายมีการปรับตัวที่ดีอาการนอนไม่หลับจะหายไป สุรชัย เกื้อศิริกุล (2544)

2. นอนไม่หลับช่วงสั้นๆ (short-term or short-lasting insomnia) มี อาการนอนไม่หลับเป็นเวลาดำเนินการ 1-3 สัปดาห์ มักสัมพันธ์กับความเครียดในครอบครัว การทำงาน ความกังวลต่อการเจ็บป่วยทางร่างกายที่รุนแรง การผ่าตัดต่างๆ

3. นอนไม่หลับเรื้อรัง (long-term, chronic insomnia) มีอาการ นอนไม่หลับติดต่อกันนานกว่า 3 สัปดาห์ กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นโรคทางจิตเวช เป็นโรควิตกกังวล ซึมเศร้า โรคจิต หรือติดเหล้า ติดสารเสพติด มีโรคทางกายที่เรื้อรัง โรคทางการนอนหลับ เช่น Sleep apnea , Periodic limb movement (PLMD), Obstructive sleep apnea ,Circadian rhythm disorderและ Primary insomnia

International Classification of Sleep Disorders (ICSD) สมภพ เรืองตระกูล(2550) จำแนกดังนี้

1. Inadequate Sleep Hygiene เป็นอาการนอนไม่หลับเนื่องจาก กิจกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการนอนหลับที่ดี มีภาวะตื่นตัวในเวลากลางวันมีพฤติกรรมหลายอย่างที่ ขัดขวางการนอนโดยเพิ่มการตื่นตัวของระบบประสาทในช่วงเวลาใกล้นอนหรือเปลี่ยนแปลงจังหวะ ชีววิทยา(Circadian

rhythm) เช่นการออกกำลังอย่างหนัก รับประทานอาหารอ้วนมากเกินไป รับฟัง ข่าวสารหรือมีเรื่องเครียดก่อนนอน

2. Primary Insomnia or Psychophysiological Insomnia (ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV) การนอนไม่หลับจากภาวะตื่นตัวซึ่งเป็นเงื่อนไขที่สัมพันธ์กับการพยายามที่จะนอนหลับเช่นเดียว และห้องนอนเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการนอนไม่หลับ จึงเรียกอีกอย่างว่า conditioned insomnia ภาวะนี้มักมีสาเหตุอื่นร่วมเช่นความเครียด ความวิตกกังวล การใช้ยานอนหลับ อาการขาดยา และ delay sleep phase syndrome ซึ่งจะแตกต่างจากโรคทางจิตเวชคือการปรับตัวในการดำเนินชีวิตเวลากลางวันเป็นปกติ เพียงแค่แสดงอาการอ่อนเพลียร่วมกับลักษณะอื่นๆ

3. Sleep State Misperception ผู้ป่วยจะบอกว่ามีอาการหลับยาก และหลับไม่ได้นาน ซึ่งเกิดจากการสูญเสียการรู้ตัวเมื่อเริ่มต้นนอนหลับร่วมกับกระบวนการภายในจิตใจ และทางชีวภาพ ไม่มีความสอดคล้องกัน มักจะเกิดภายหลังมีภาวะวิตกกังวลสูงสามารถแก้ไขด้วยการปรับความคิด และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับเป็นต้น

4. Idiopathic Insomnia จะพบว่ามีอาการเริ่มต้นตั้งแต่อายุน้อยๆและมีอาการต่อเนื่องตลอดชีวิต ไม่ทราบสาเหตุที่เกิดแต่มีการสันนิษฐานว่าเกิดจากความไม่สมดุลของ สารเคมีใน brainstem reticular formation มีความบกพร่องของการควบคุม sleep generator ใน brainstem เช่น raphe nuclei และ locus cerules หรือ basal forebrain dysfunction การรักษาจะได้ผลไม่ดีเท่าที่ควรส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การคลายเครียด ปรับปรุงสุขภาพการนอน

สรุปอาการนอนไม่หลับจำแนกตามระยะเวลาคือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราวนอนไม่หลับช่วงสั้นๆและนอนไม่หลับเรื้อรัง

2.2.4 การประเมินอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.2.4.1 การตรวจประเมินการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (Objective sleep measurement) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน มีดังนี้

1. Polysomnography เป็นเครื่องมือในการตรวจสุขภาพการนอน แบบสมบูรณ์เพื่อศึกษาถึงสภาพและสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นขณะนอนหลับ โดยวัดการเปลี่ยนแปลงของ คลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography, EEG) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ Electromyogram, EMG) กล้ามเนื้อลูกตา (Electrooculogram, EOG) คลื่นไฟฟ้า หัวใจ การตรวจวัด ระดับออกซิเจนในเลือด การตรวจวัดลมหายใจสามารถตรวจวัดระยะ REM และ NREM ข้อเสียคือ ราคาแพงต้องใช้งานโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น ชนกพร จิตปัญญา (2543)

2. การตรวจสุขภาพการนอนหลับแบบสมบูรณ์ โดยวิธีการประเมินการ เคลื่อนไหวของร่างกาย (Body movement) โดยติดเครื่องมือไว้ที่แขนและขา ซึ่งประกอบด้วยหมวก วัดการนอนหลับ (Night cap) สามารถใส่ไว้บนศีรษะ สามารถเคลื่อนย้ายได้แต่การวิเคราะห์ผลการ ตรวจนั้นไม่สามารถจำแนกระยะ

ความผิดปกติ 1 ถึง 4 แบบ NREM ได้วิเคราะห์เพียงระยะการตื่นของ REM และ NREM เท่านั้น (Ajilore et al., 1995 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543) และการใช้ เครื่องสวมข้อมือ (Wrist actigraphy) ใช้การแปลผลด้วยคลื่นไฟฟ้ามีความสามารถในการวัดทั้งใน ระยะการนอนหลับและตื่น ได้ดี ใช้งานสะดวกเหมาะสมกับทุกคน ไม่รบกวนผู้ป่วย เพียงมีข้อจำกัด ต้องแปลผลโดยผู้เชี่ยวชาญ เท่านั้น (Schweb, 1994 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543)

2.2.4.2 การตรวจประเมินทางจิตพิสัย (Subjective sleep) ซึ่งสามารถประเมิน ได้หลากหลายรูปแบบ ส่วนใหญ่จะมาจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเอง ดังนี้

1. การประเมินค่าด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scales) เป็นลักษณะของการ ใช้มาตรวัดแบบเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร กำหนดข้อความในแต่ละช่วง การวัดเพื่อสื่อความหมาย ให้ผู้ป่วยได้เข้าใจคำถาม ข้อเสียในการใช้คือผู้ป่วยอาจจะเข้าใจไม่ตรงกับ ความหมายที่ตนเองรู้สึก ได้แก่ Verran and Snyder Halpem (VSH Sleep Scale) ข้อจำกัดคือไม่ สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วย ที่มีอาการนอนไม่หลับเรื้อรัง (Snyder & Veran, 1987 อ้างถึงใน พัทรีญา แก้วแพง (2547)

2. Stanford Sleepiness Scale (SSS) เป็นแบบวัดปริมาณการนอน หลับแบบมาตราส่วน ประมาณค่าด้วยตนเอง (Subjective rating Scales) เป็นวิธีที่ง่ายต่อการรับรู้ ด้านอารมณ์ ความรู้สึก เกี่ยวกับการนอนหลับ ข้อจำกัดคือไม่สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการนอน ไม่หลับเรื้อรัง เนื่องจากความโน้มเอียงในการรับรู้และให้คะแนนอาการนอนไม่หลับของตนเอง ชนกพร จิตปัญญา (2543)

3. การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการสอบถามรูปแบบการนอนหลับ การงีบหลับในเวลากลางวัน ความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย เช่นความเจ็บปวดต่างๆ อัตรการ หายใจที่เปลี่ยนแปลง ข้อเสีย คือใช้ระยะเวลานาน การสื่อสารข้อมูลอาจทำให้ผิดพลาดได้ (Chediak, Kiel & Cohn, 1990 อ้างถึงใน พัทรีญา แก้วแพง (2547)

4. การบันทึกการนอนหลับประจำวัน (Sleep Diaries) เป็นการให้ผู้ป่วย บันทึกการนอนหลับและตื่น จำนวนชั่วโมง ความรู้สึกต่อการนอนไม่หลับ การรับประทานยา ในแต่ละวัน ต้องบันทึกด้วยตนเอง จึง ง่ายและสะดวกแต่มีข้อจำกัดในผู้ที่มีปัญหาด้านการมองเห็นการเขียน และผู้สูงอายุ (Hoythornthwaite et al., 1991 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543) การสังเกตอาการของผู้ป่วย โดยตรงเหมาะกับการประเมินในผู้ป่วย มากกว่าและการประเมินอาจผิดพลาดได้

5. Insomnia Severity Index: ISI เป็นแบบประเมินการรับรู้การนอนไม่ หลับด้วยตนเองแบบสั้น ซึ่งพัฒนาโดย Morin (1993) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พัทรีญา แก้วแพง (2547) จุฑารัตน์ จิราพงษ์ (2558) นำมาปรับปรุงใช้ในการประเมินอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้น ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ระยะเวลาในการนอน การจัดการกับอาการ การตื่นเช้ากว่าปกติ และ ผลกระทบ

ที่เกิดขณะมีอาการนอนไม่หลับ โดยใช้ มาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ และ แบ่งระดับความรุนแรง 4 ระดับ โดยมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางโดย Blastein และ Morin (2001) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 145 ราย ที่มีอาการนอนไม่หลับที่มีอาการซึมเศร้า พบว่า มีค่า ความตรงเชิงเนื้อหาและ ความสอดคล้องภายในด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.74-0.78

2.2.4.3 การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นลักษณะคำถามให้ผู้ป่วย เติมคำ หรือ เลือกตอบ แบบประเมินนี้มีหลากหลายได้แก่

1. St.Mary Hospital Sleep Questionnaire:SMH เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินการนอนหลับของผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ โดยวัดตัวแปรของการ นอนหลับ ได้แก่ 1)ความแปรปรวนของการนอนหลับ (sleep disturbance) ประกอบด้วย คุณภาพ การนอนหลับและระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 2) ประสิทธิภาพของการนอนหลับ (sleep effectiveness) ประกอบด้วยจำนวนชั่วโมงในการหลับ และความพึงพอใจต่อการนอนหลับ (Richardson, 1997) The Pittsbergh Sleep Quality Index : PSQI เป็นแบบประเมิน คุณภาพการนอนหลับและความแปรปรวนในการนอนหลับช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาที่ใช้หลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้นอนหลับและผลกระทบต่อการทำงานในช่วงกลางวัน Buysee et al.,(1989)

2. แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ที่พัฒนามาจากแบบสอบถามของ SMH และมาตรวัดการนอนหลับของ Verran Synder Halpern Sleep Scale :VSH โดย วราภา แหลมเพชร (2544) ซึ่งใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับใน โรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายเปิด 6 ข้อ ได้แก่เวลาเข้านอนและตื่น นอน ระยะเวลาก่อนหลับ จำนวนครั้งที่ตื่นระหว่างการนอน ระยะเวลาทั้งหมดในการนอน และ การงีบหลับในช่วงเวลากลางวัน และคำถามปลายปิดอีก 3 ข้อ ได้แก่ความรู้สึกหลังตื่นนอน ความลึก ในการหลับและความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน Insomnia Severity Index (ISI) เป็นแบบประเมินการรับรู้อาการนอนไม่หลับด้วยตนเองแบบสั้นซึ่งพัฒนาโดย Morin (1993) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธรีญา แก้วแพง (2547) จุฑารัตน์ จิราพงษ์ (2558) นำมาปรับปรุงใช้ในการประเมินอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้น ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ระยะเวลาในการนอน การจัดการกับอาการ การตื่นเช้ากว่าปกติ และ ผลกระทบที่เกิดขณะมีอาการนอนไม่หลับ โดยใช้ มาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับและแบ่งระดับความ รุนแรง 4 ระดับ โดยมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางโดย Blastein และ Morin (2001) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 145 ราย ที่มีอาการนอน

ไม่หลับที่มีอาการซึมเศร้า พบว่า มีค่า ความตรงเชิงเนื้อหาและ ความสอดคล้องภายในด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.78 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ และแบบประเมินนี้ยังสามารถใช้ได้ง่าย ใช้เวลาตอบน้อยประมาณ 5-10 นาที สามารถวัดซ้ำได้ มีข้อคำถามที่เป็นการประเมินระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้น ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งอาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของมอรินเกิดจากความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ เนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีกระบวนการคิดที่บิดเบือนมองตนเองด้านลบคิดว่าตนเองไม่สามารถนอนหลับได้ มองอนาคตด้านลบตั้งเป้าว่าตนเองต้องนอนไม่หลับเป็นลักษณะโครงสร้างทางความคิดที่เฉพาะของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (Beck, 1995) สอดคล้องกับแบบสอบถามของมอรินที่มีข้อคำถามประเมินเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับและความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมีข้อคำถามสั้นเข้าใจง่าย เพียง 7 ข้อและมีการใช้ในการศึกษามาก่อนจากงานวิจัยของจุฑารัตน์ จิราพงษ์ (2558) ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างตัวกันคือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.2.5 การรักษาและการดูแลผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับ

2.2.5.1 การรักษาอาการนอนไม่หลับโดยใช้ยา (pharmacologic management) ในผู้สูงอายุ ได้แก่กลุ่ม benzodiazepine receptor agonist ได้แก่

เอสตาโซแลม (estazolam) ฟลูราซีแพม (flurazepam) ควาซีแพม (quazepam) ทีมาซีแพม (temazepam) ไทโรโซแลม (triazolam) การใช้ยานอนหลับโดยเฉพาะ เบนโซไดอะเซปีนส์ นั้นได้ผลดีกับอาการนอนไม่หลับใน ระยะแรกและอาการไม่เรื้อรัง หากใช้ในระยะยาวพบว่ามีความเสี่ยงต่อการติดยา ควรใช้ยาต่อเนื่องไม่เกิน 4 สัปดาห์ แต่หากเกินกว่านั้นควรพิจารณาในกลุ่มอื่น ๆ เช่น ยาด้านเศร้า เพื่อใช้ร่วมกันไปด้วย (Sadock & Sadock, 2001)

กลุ่มยารักษาอารมณ์เศร้า (Anti-depressant) ได้แก่อะมิทริปไทลีน (amitriptyline) ด็อกเซปิน (doxepin) ทริมิพรามิน (trimipramine) ทราโซโดน (trazodone) นอกจากนี้ ต้องระมัดระวังผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะ เปลี่ยนท่า ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการร่วงซึมและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ (กุสุมาลย์ รามศิริ, 2544)

กลุ่มแอนติฮิสตามีน (Antihistamine) เป็นยาที่ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปที่มี อาการนอนไม่หลับได้แก่ไดเฟนไฮดรามีน (diphenhydramine) ด็อกซีลามีน (doxylamine) ขนาด 25-30 มิลลิกรัม โดยให้ประมาณ 30-40 นาทีก่อนนอน ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีโอกาสสูงในการติดยาหากใช้ติดต่อกัน (กุสุมาลย์ รามศิริ, 2544)

เมลาโทนิ (melatonin) หรือ N-acetyl-5-methoxytryptamine จะถูกหลั่ง จากต่อมไพเนียลในสมอง ช่วยควบคุมวงจรชีวภาพในการหลับตื่น และอารมณ์ให้เป็นปกติ ซึ่งเมลาโท นิ น ถูกสังเคราะห์มาจากซีโรโทนิน โดยเอนไซม์ arylalkylamine - N - acetyltransferase และ

hydroxyindole-O-methyltransferase กล่าวคือ ความมืดจะมีผลต่อการสร้างเมลาโทนินให้เพิ่มขึ้นเมื่อเกิดความมืดซึ่งเมลาโทนิน จะมีผลยับยั้งการตื่นตัวในเรติคูลาร์ฟอร์ เมซันทำให้เข้าสู่กระบวนการนอนหลับได้เร็วขึ้น ส่วนแสงสว่างจะยับยั้งการหลั่งเมลาโทนิน

2.2.5.2 การดูแลรักษาแบบไม่ใช้ยาเพื่อลดอาการนอนไม่หลับ มาปรับใช้ในผู้ป่วย สูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งสามารถส่งเสริมการดูแลได้อย่างเหมาะสมโดย เทอดศักดิ์ เดชคง (2540) การดูแลด้านสุขอนามัยการนอน (Sleep Hygiene education) เช่น เข้านอนและตื่นนอนตรงเวลา โดยหลีกเลี่ยงการนอนดึก ใช้เตียงเมื่อต้องการนอนเท่านั้น ไม่ควรทำกิจกรรมอื่นใช้เทคนิควิธีการอื่น ๆ เข้าเสริมด้วย Stimulus Control Therapy (การรักษาด้วยการควบคุมเงื่อนไขการนอน)เป็นวิธีการบำบัดที่เน้นการสร้างเชื่อมโยงของการนอนหลับเข้ากับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยเฉพาะเตียงนอนและห้องนอนนั่นก็คือ หากนอนบนเตียงยอมนคิดถึงการนอนสบาย มากกว่าการ หวนคิดว่าจะนอนไม่หลับนั่นเองการจำกัดเวลานอน (Sleep Restriction Therapy) เป็นวิธีการที่เน้นการ สร้างประสิทธิภาพการนอน ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องบันทึกข้อมูลการนอนของตนเองเพื่อดูช่วงเวลาที่นอนหลับ เมื่อเทียบกับ เวลาที่อยู่บนเตียงทั้งหมด ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ใช้เวลาหลับจริงบนเตียง น้อยกว่า 80 เปอร์เซ็นต์จะได้รับคำแนะนำให้ลดช่วงเวลานการอยู่บนเตียงจนกว่าเปอร์เซ็นต์เวลาที่ใช้ในการนอนหลับจะเพิ่มถึง 80 – 90 เปอร์เซ็นต์ (ในกรณีที่ผู้ป่วยเพิ่มประสิทธิภาพการนอนได้ถึง 90เปอร์เซ็นต์ ก็อาจพิจารณาเพิ่มเวลาเข้านอนทีละ 15 นาที)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Therapy) และยังมีบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ ได้แก่การค้นหาความคิดที่รบกวนต่อการนอน เช่นความคิดที่ว่าตนเอง “นอนไม่หลับ” แล้วใช้โปรแกรมที่ดีกว่ามาทดแทน วิธีการ เช่นนี้ มีความเหมาะสมกับผู้ที่มิปัญหาอนไม่หลับจากความวิตกกังวล รวมทั้งผู้ที่เผชิญกับเรื่องราว อันเลวร้ายต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นภัยธรรมชาติ หรือการตกเป็นเหยื่อถูกทำร้ายร่างกาย

การใช้แสงบำบัด (Light therapy) ด้วยการให้ผู้ป่วยได้สัมผัส (การเห็นและอยู่ในแสงสว่าง) แสงสว่างประมาณ 4000 ลักส์เป็นเวลา 30 – 60 นาทีทุกวัน ทั้งนี้หากผู้ป่วยเป็นผู้ที่ หลับยากและง่วงนอนตอนเช้า(delayed phase)ก็อาจพิจารณาให้สัมผัสแสงสว่างในช่วงเช้า ในกรณี ที่ผู้ป่วยเป็นผู้ที่หลับเร็วและตื่นเร็วเกินไป (advanced phase) ก็จะพิจารณาให้สัมผัส (มองเห็น) แสง สว่างในช่วงเย็นแทนการใช้แสงบำบัดนี้ มีความเหมาะสมกับผู้ที่ไม่นอนไม่หลับเนื่องจากการทำงานเป็นกะ การนอนไม่หลับในนักเดินทาง ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานพักพิง อย่างไรก็ตามควรระมัดระวังในผู้ที่ ผิวหนังหรือสายตาไวต่อแสงเพราะอาจเกิดอันตรายได้

การออกกำลังกาย พบว่าการออกกำลังกายที่ไม่หนัก เช่น โยคะ ไทเก๊ก และซิงเกิ้ล นั้นมีส่วนช่วยส่งเสริมการนอนได้ดีมาก ที่จริงแล้วการฝึกหายใจยาว แบบโยคะและการเคลื่อนไหว ซ้ำๆเป็นจังหวะแบบไทเก๊ก ก็ให้ผลผ่อนคลายสร้างเสริมการนอนทั้งสิ้น

การฝึกสมาธิ ช่วยให้การนอนเป็นไปได้อย่างดี ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นการปรับ สมดุลของสรีระวิทยาของร่างกายให้เหมาะสมต่อการนอน รวมทั้งช่วยลดความวิตกกังวลซึ่งรบกวนการนอนหลับ การจัดการความเครียด (Stress management) หรือการฝึกผ่อนคลายความเครียด

สรุปการการรักษาและการดูแลผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับมีหลายรูปแบบทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา คือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การใช้แสงบำบัด การออกกำลังกาย และ การฝึกสมาธิ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดการใช้ยา ลดอาการข้างเคียงจากยา เป็นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับใช้บำบัดผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.2.6 การพยาบาลอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

มีหลัก 3 ประการ คือ

1. Altering the environment คือการจัดสิ่งแวดล้อมในห้องนอนให้เหมาะสมกับการนอนหลับ รวมทั้งการจัดอุปกรณ์ที่นอนหมอน ในการส่งเสริมการนอนหลับให้สุขสบาย วิไลวรรณ ทองเจริญ (2554)
2. Relaxing the person คือการทำจิตใจให้สงบผ่อนคลาย โดยการทำสมาธิ หรือการทำจิตใจให้สบายเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนการนอนหลับ ส่งเสริมให้สามารถนอนหลับได้ดีขึ้น
3. Re-Patterning the rhythmic person-environment interaction เช่นการปรับอุณหภูมิห้องนอน ลดแสงสีเสียงที่รบกวนการนอนหลับ ลดการรับหลับในตอนกลางวันและการเลี่ยงการดื่มคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาใกล้นอน

ข้อเสนอแนะการส่งเสริมสุขอนามัยในการนอน วรุฒม์ อุ่นจิตสกุล และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2559)

1. แนะนำเข้านอนและตื่นนอนตรงเวลาทุกวัน เพื่อให้เกิดความเคยชิน โดยอย่านอนและตื่นเมื่อถึงเวลากำหนด ควรลงบันทึกตารางเวลานอนทุกวันอย่างสม่ำเสมอ
2. แนะนำลุกจากเตียงทันทีเมื่อตื่น การสัมผัสแสงแดดอ่อนตอนเช้า และออกกำลังกายเบา ๆ จะช่วยให้สมองและร่างกายตื่นตัว สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี
3. แนะนำหลีกเลี่ยงการทำงานหรือกิจกรรมที่ตึงเครียดก่อนเข้านอน
4. แนะนำออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที ช่วงเช้าตรู่หรือตอนเย็น จะช่วยลดความตึงเครียดทางร่างกายและอารมณ์ ช่วยให้หลับเร็วตื่นเร็ว
5. แนะนำใช้เตียงนอนสำหรับนอนตอนกลางคืนและกิจกรรมทางเพศเท่านั้น
6. แนะนำจัดห้องนอนให้มืด เงียบ สบาย ปลอดภัย มีอากาศถ่ายเทสะดวก ปรับอุณหภูมิที่เหมาะสม
7. เมื่อเข้านอนนาน 15-30 นาที แล้วยังไม่หลับให้ลุกขึ้นจากที่นอน แล้วทำกิจกรรมซึ่งให้ความเพลิดเพลิน
- 8) แนะนำไม่ควรงีบหลับในตอนกลางวัน เพราะส่งผลให้นอนหลับยาก หรือตื่นบ่อยในเวลากลางคืน ถ้าจำเป็นต้องนอน ไม่ควรนอนนานกว่า 30 นาที

9. แนะนำหลีกเลี่ยงการใช้สารหรือยากระตุ้นประสาท ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อช่วยให้หลับ ไม่ควรดื่มคาเฟอีนเกินวันละ 2 ครั้ง หลีกเลี่ยงการดื่มชาหรือกาแฟหลังเที่ยงวัน อย่าสูบบุหรี่ก่อนนอนหรือกลางดึก
10. ไม่รับประทานอาหารมื้อเย็นมาก หรือดื่มน้ำมากก่อนเข้านอน แต่ไม่ควรปล่อยให้หิวก่อนเวลานอน
11. ฝึกการผ่อนคลายเพื่อลดการตื่นตัว และลดความคิด เช่น การฝึกหายใจ การฝึกคลายกล้ามเนื้อ

สรุปการพยาบาลอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าประกอบด้วย Altering the environment Relaxing the person และ Re-Patterning the rhythmic person-environment interaction

2.3 แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม

2.3.1 ความหมายแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม

แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม คือการบำบัดบุคคลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มุมมองใหม่ นำไปสู่การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เหมาะสม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากการบิดเบือนกระบวนการคิดโดยจะมีความคิดด้านลบ 3 ด้าน (cognitive triad of depression) ได้แก่ ความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง ความคิดด้านลบต่อประสบการณ์ของตนเอง หรือจากโลกภายนอก และความคิดด้านลบต่ออนาคต การให้คำปรึกษาที่เน้นการปรับพฤติกรรมความคิด มีเป้าหมายเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 6 โดยมีพื้นฐานความคิดและความเชื่อที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) ความคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) ความคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้ และ 3) การปรับความคิดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกไปในทางที่เหมาะสม บุชบา คล้ายมุข (2555), Beck (1995)

แนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมเชื่อว่ามนุษย์เรามี automatic thought ซึ่งมีที่มาจากความเชื่อที่เป็นแก่นของระบบคิดที่เรียกว่า core beliefs ซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกอยู่ในตัวตนของบุคคลนั้น ส่วน intermediate beliefs มีลักษณะเป็นกฎเกณฑ์ (rules) ข้อสันนิษฐาน (assumption) มักมีลักษณะเป็นเงื่อนไขเช่น “ถ้าเป็นอย่างนั้น ...จะทำให้เป็นอย่างนี้..” หรือเป็นประโยคที่มีคำว่า “ควร” หรือ “ต้อง” เป็นส่วนประกอบ เช่น “ฉันต้องทำทุกอย่างให้สมบูรณ์แบบ” “ฉันควรใส่ใจความรู้สึกคนรอบตัวมากกว่าตัวเอง” การปรับความคิดและพฤติกรรมมุ่งเน้นที่การแก้ไข automatic thought

2.3.2 หลักของการปรับความคิดและพฤติกรรม

บัญญัติ 10 ประการในการทำ Cognitive Therapy

1. Cognitive therapy is based on an ever-changing formulation of the patient and problems in cognitive terms.

การทำ cognitive therapy อยู่บนพื้นฐานของการสังเคราะห์ (formulate) ปัญหาของผู้ป่วย โดยนำข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยมาวิเคราะห์ในรูปแบบของ cognitive model ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยว่าในแต่ละสถานการณ์เขามีความรู้สึกและความคิดอย่างไร แล้วพิจารณา cognitive model ว่ามีปัญหาด้านใดบ้าง

2. Cognitive therapy requires a sound therapeutic alliance.

การทำ cognitive therapy เป็นจิตบำบัด อย่างหนึ่ง ดังนั้น cognitive therapy จึงต้องมีพื้นฐานของ therapeutic alliance หรือความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยที่มีขอบเขต ความเข้มแข็งของความสัมพันธ์ในการรักษาเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดถึงความสำเร็จในการบำบัด

3. Cognitive therapy emphasizes collaboration and active participation.

การทำ cognitive therapy เน้นที่ collaboration ที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน แม้ผู้บำบัดจะมีหน้าที่แก้ปัญหาให้ผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยเองก็มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือตนเองด้วย ผู้บำบัดแบบ CBT จะพยายามให้ผู้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการบำบัด

4. Cognitive therapy is goal-oriented and problem-focused.

การทำ cognitive therapy มุ่งเน้นที่ปัญหา มีเป้าหมายที่ชัดเจนและพยายามไปให้ถึงเป้าหมายซึ่งผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องทำงานร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อกำหนดปัญหาและเป้าหมายที่เป็นประโยชน์

5. Cognitive therapy initially emphasizes the present.

การทำ cognitive therapy เน้นที่ปัจจุบัน ถึงแม้เมื่อบำบัดไประยะหนึ่งอาจมีการย้อนกลับไปดูที่อดีตเพื่อประเมินว่าอดีตมีผลต่อความเชื่อในปัจจุบันอย่างไร

6. Cognitive therapy is educative, aims to teach the patient to be his/her own therapist, and emphasizes relapse prevention.

การทำ cognitive therapy มีส่วนที่เป็นการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเช่นใน session มักมีการสอนผู้ป่วยเรื่องการดำเนินของโรค หลักการและแนวคิดของ cognitive therapy และ cognitive model รวมทั้งเทคนิคต่างๆ ที่ใช้จัดการกับความคิด

7. Cognitive therapy aims to be time limited.

การทำ cognitive therapy มักมีการกำหนดเวลาในแต่ละ session ไว้ชัดเจนเช่นครั้งละ 45 นาที เป็นต้น หรือ อาจกำหนดไว้ 12 ครั้ง หรือ 16 ครั้ง จุดประสงค์ของการกำหนดเวลาคือเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงคุณค่าของเวลาและพยายามทำเวลาที่มีให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

8. Cognitive therapy sessions are structured.

การทำ cognitive therapy มีรูปแบบที่ชัดเจน

9. Cognitive therapy teaches patients to identify, evaluate, and respond to their dysfunctional thoughts and beliefs.

การทำ cognitive therapy เป็นการสอนให้ความรู้ หรือให้การศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ identify และ evaluate ความคิด ความเชื่อของตน รวมถึงการหาอย่างใดกับตนเองเพื่อแก้ไข dysfunctional ให้เป็น functional thought

10. Cognitive therapy uses a variety of techniques to change thinking, mood, and behavior.

Cognitive therapy ใช้เทคนิคหลากหลายเพื่อเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มต้นที่จุดไหนก่อนนั้น ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์

สรุปแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมคือ การเน้นการปรับปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มุมมองใหม่ นำไปสู่การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เหมาะสมตามหลักของการปรับความคิดและพฤติกรรม 10 ประการโดยการมุ่งที่การค้นหาปัญหาของผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบันการร่วมกันแก้ไขปัญหโดยให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาดตนเองด้วย มีรูปแบบกำหนดเวลาที่ชัดเจนรวมถึงมีการสอนให้ความรู้ร่วมด้วยมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด การบำบัดจึงจะประสบผลสำเร็จที่สุด

2.4 แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

2.4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

Mahler (1969) กล่าวถึงความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นกระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเกิดการเข้าใจตนเองและยอมรับพฤติกรรมของตนเองและผู้อื่น ภายใต้บรรยากาศแห่งความไว้วางใจซึ่งกันและกัน นำไปสู่การสำรวจตนเอง ความเข้าใจตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงพฤติกรรมที่พึงปรารถนามากยิ่งขึ้น

โรงพยาบาลศรีธัญญา (2542) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่เอื้ออำนวยให้ผู้มาปรึกษาได้พัฒนาตนเองให้สมาชิกได้มีโอกาสสำรวจตนเอง เข้าใจตนเอง และรับฟังความคิดความรู้สึก เจตคติของผู้อื่นที่มีทั้งเหมือนและแตกต่างจากตน โดยให้ค้นพบปัญหาของตนเอง ช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ โดยใช้พลังจากกลุ่ม ซึ่งกลุ่มให้คำปรึกษาที่ดี ควรมีสมาชิกกลุ่มประมาณ 5-12 คน

คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2545) กล่าวว่า การให้คำปรึกษากลุ่ม ต่างจากการให้คำปรึกษารายบุคคล คือ สมาชิกทุกคนมีหน้าที่มาช่วยแก้ไขปัญหากลุ่มอีกทั้งการให้คำปรึกษากลุ่มเหมาะสำหรับสมาชิกที่ปกติเท่านั้น

ลักษณ์ สรวิวัฒน์ (2545) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม เป็นการเพิ่มพูน

ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการเป็นสมาชิกของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการที่จุดเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่ม

พนม ลิ้มอารีย์ (2548) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาจัดขึ้น เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้มาขอรับคำปรึกษา ซึ่งมีจำนวนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป และผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนอบรมทางด้านการให้ความช่วยเหลือทางจิตวิทยาโดยเฉพาะ เพื่อช่วยให้ผู้มาขอรับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจตนเองสิ่งแวดล้อม และนำความรู้ ความเข้าใจที่ได้จากการปรึกษาภายในกลุ่มไปใช้ในการปรับปรุงแก้ไขตนเอง ทำให้สามารถปรับตัวได้ดีขึ้นและสามารถ นำตนเองได้ในที่สุด

วัชร ทรัพย์มี (2549) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่าเป็นกระบวนการที่บุคคล ซึ่งมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหาของตนเองมา ปรึกษาหารือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสแสดงความรู้สึกความคิดเห็นได้ระบายความรู้สึกขัดแย้งในใจ ได้สำรวจตนเอง ฝึกการยอมรับตนเอง กล่าวที่จะเผชิญปัญหา และได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง พร้อมทั้งรับฟังความรู้สึก นึกคิดของผู้อื่น และได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกับตน

Shertzer and Stone (1971) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า หมายถึง การที่บุคคลมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองในด้านใดด้านหนึ่ง หรือต้องการที่จะแก้ไขปัญหาใดปัญหาหนึ่งร่วมกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเอง ทั้งยังได้รับความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่นและได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นกัน

Ohlsen (1988) กล่าวว่า การให้คำปรึกษากลุ่มเป็นการให้ความช่วยเหลือบุคคลปกติให้ยอมรับปัญหาต่างๆ ของตนเองและแก้ไขปัญหานั้นๆ ก่อน ที่จะกลายเป็นปัญหารุนแรง นอกจากนี้ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มยังช่วยให้ผู้มีปัญหาสามารถเรียนรู้ที่จะนำความคิดหรือประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่มมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

Corey (2004) ได้กล่าวถึง การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ว่า เป็นกระบวนการของสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เน้นในเรื่องความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มักจะเป็นปัญหาของผู้มารับบริการ ซึ่งโดยทั่วไปจะเกี่ยวข้องกับการศึกษา อาชีพส่วนตัว และสังคมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีจุดมุ่งหมายทั้งการป้องกันและการบำบัดรักษาบรรยากาศของกลุ่ม เต็มไปด้วยความไว้วางใจ และแสดงความเห็นอกเห็นใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่การเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นความขัดแย้ง ความสับสน มีการพัฒนาตนเอง เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาของตน

Corey (2009) ได้กล่าวถึงลักษณะการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเชิงREBT เพิ่มเติมอีกว่ามีการสนับสนุนให้มีการถ่ายทอดหรือแลกเปลี่ยนเรื่องราวต่าง ๆ ระหว่างสมาชิกแต่ละคนมากกว่าการให้

การปรึกษาแบบอื่น ๆ เพราะให้ความสนใจกับแนวทางที่สมาชิกได้เรียนรู้จากกลุ่ม เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันของตน

สุกัญญา มหัทธนนันท์ (2544) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการใช้กิจกรรมกลุ่ม ที่มีต่อความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงจังหวัดสระบุรีพบว่ากลุ่มทดลองมีความภาคภูมิใจในตนเองระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นฤมล เปี่ยมปัญญา (2552) ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมในการเผชิญความโกรธของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 พบว่าหลังการจัดกิจกรรมนักเรียนที่ได้รับการจัดกิจกรรมแนะแนวมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสมในการเผชิญความโกรธสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มคือกระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มตั้งแต่สองคนขึ้นไป เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกเกิดการไว้วางใจ มีความเห็นอกเห็นใจช่วยเหลือซึ่งกันและกันยอมรับ สำรวจตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองที่พึงปรารถนายิ่งขึ้น

2.4.2 หลักการสำคัญในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

Rao (1981) ได้เสนอหลักการของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้หลายข้อ ดังนี้

1. สมาชิกแต่ละคนจะมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มมีความมั่นคงและจะทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกปลอดภัย พร้อมทั้งจะช่วยเหลือแสดงความรู้สึกและปัญหาต่าง ๆ
2. สมาชิกแต่ละคนจะมีศักยภาพและมีความรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงของตน สมาชิกจะแสดงความต้องการของตนในการที่จะปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเขาไม่ใช่เกิดความรู้สึกที่ต้องถูกบังคับ
3. สมาชิกจะเรียนรู้และเข้าใจถึงจุดมุ่งหมายและวิธีการของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และในการให้คำปรึกษานั้นจะต้องมีการตั้งความหวังไว้ด้วย
4. สมาชิกจะเรียนรู้ถึงวิธีการแก้ปัญหาได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ ชักถาม อภิปรายการเปรียบเทียบ และสรุปข้อคิดเห็นต่างๆ ของสมาชิกในกลุ่ม (Rao, 1981)

Dyer and Vriend (1975) ได้สรุปหลักในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ดังนี้

1. ในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะให้ความสำคัญต่อสมาชิกเป็นรายบุคคล โดยจะพูดถึงปัญหาของสมาชิก เพื่อให้รู้จักตนเองและเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น
2. ผู้นำจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาและเป็นผู้ช่วยเหลือกลุ่ม
3. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นการให้คำปรึกษาแก่สมาชิกทุกคน และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เป็นตัวของตัวเองมากที่สุด สามารถทดลองพฤติกรรมใหม่ ๆ ในกลุ่มได้ เพื่อเป็นการพัฒนาดตนเอง

4. การให้คำปรึกษาไม่มีเป้าหมายของกลุ่มร่วมกัน แต่ละคนจะมีเป้าหมายของตนเองการบรรลุเป้าหมายจะเกิดจากความคิด ความรู้สึก และการกระทำของสมาชิกเอง
5. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในกลุ่ม บางครั้งก็จำเป็นอาจจะมีตอนใดตอนหนึ่งที่จะต้องให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่สมาชิกบางคนที่ต้องการ
6. การมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มสูงขึ้นไม่ได้หมายความว่ากลุ่มมีประสิทธิภาพ บางครั้งการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มสูงขึ้น แต่การช่วยเหลือบุคคลในกลุ่มอาจจะน้อยลงก็ได้
7. ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรเพิ่มความกดดันขึ้นในกลุ่ม ถ้าสมาชิกไม่พร้อมที่จะพูดก็ไม่ควรบังคับให้เขาพูด ถ้าสมาชิกพูด ก็ไม่ไปหยุดชะงักการพูดของเขา
8. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไม่ใช่การสารภาพบาป จึงไม่ควรจะพูดถึงอดีตเพราะไม่มีประโยชน์ เนื่องจากอดีตไม่สามารถแก้ไขได้ นอกจากจะทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังและความรู้สึกผิด จึงควรเน้นเฉพาะปัจจุบัน เพราะคนเราควรจะอยู่ในโลกปัจจุบัน
9. ไม่ควรกล่าวถึงบุคคลนอกกลุ่ม เพราะเป็นการยากที่จะช่วยเหลือเขา
10. เรื่องที่พูดกันในกลุ่มต้องเก็บเอาไว้เป็นความลับ ไม่ควรนำเรื่องในกลุ่มไปพูดนอกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกทุกคนรู้สึกมั่นคงปลอดภัย
11. สมาชิกจะพูดถึงปัญหาของตนเอง รับผิดชอบต่อตนเองและต่อปัญหาของตนเอง ไม่มีการพูดแทนกัน แต่กลุ่มมีหน้าที่ช่วยให้สมาชิกแต่ละคนบรรลุเป้าหมายของตนเองได้
12. ไม่ควรเน้นความรู้สึกมากกว่าความคิด ในการพูดถึงควรพูดไปด้วยความคิดและความรู้สึกจะช่วยให้สมาชิกรู้สึกตัวอยู่ตลอดเวลา จะไม่มีใครพูดเพื่อเจ้อหรือรุนแรง
13. ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มไม่ใช่ความมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม แต่ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มก็มีประโยชน์
14. การติดตามผลการให้คำปรึกษาแต่ละครั้งควรจะทำให้เหมือนกับเป็นประสบการณ์หนึ่งเดียวกัน ก่อนที่จะเริ่มทำครั้งใหม่ควรจะเอ่ยถึงคราวที่แล้วว่าได้ทำอะไรไปบ้าง
15. ในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้งควรจะมุ่งช่วยเหลือสมาชิกคนหนึ่งหรือสองคนเป็นพิเศษ
16. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสมาชิกอาจมีความไม่สบายใจ มีความวิตกกังวลเพราะไม่ได้รับการกระตุ้นให้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง
17. การแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกทางลบไม่ได้เป็นสิ่งที่ไม่ดี แต่เป็นสิ่งที่ควรจะระบายออกมาด้วยวิธีการที่ทุกคนยอมรับ
18. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะไม่มีแบบแผนที่แน่นอน มีการยืดหยุ่นอยู่ตลอดเวลา
19. ในกระบวนการให้คำปรึกษาจะไม่มีการตัดสินพฤติกรรม ความคิด และเหตุผลของสมาชิกว่าถูกหรือผิด ดีหรือไม่ดี แต่จะศึกษาถึงสาเหตุและวิธีการแก้ไขมากกว่า

20. ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะวัดจากความสำเร็จเวลาสมาชิกอยู่นอกกลุ่ม ด้วยการสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกหรือเจ้าตัวอาจจะบันทึกพฤติกรรมของตนไว้และผู้ให้คำปรึกษาพิจารณาอย่างเป็นกลาง (Dyer and Vriend, 1975)

2.4.3 เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

2.4.3.1 ขนาดของกลุ่มที่ให้คำปรึกษา

มาห์เลอร์ มีความเห็นว่า สมาชิกในกลุ่มควรมีระหว่าง 7 - 10 คน ไม่ควรมีสมาชิกในกลุ่มน้อยกว่านี้ กลุ่มที่มีสมาชิกมากเกินไป สมาชิกจะไม่สนใจเท่าที่ควร โอกาสที่สมาชิกหลบเลี่ยงจากกลุ่มมีมากและผู้ให้คำปรึกษาจะลำบากในการชักจูงให้สมาชิกแต่ละคนสนใจกลุ่ม แต่ถ้าเป็นกลุ่มขนาดเล็ก สมาชิกจะมีโอกาสสื่อความหมายซึ่งกันและกันอย่างเต็มที่ (Mahler, 1969) ส่วน คมเพชร ฉัตรศุภกุล ได้กล่าวถึงขนาดของกลุ่มว่า จำนวนสมาชิกควรอยู่ระหว่าง 6 - 15 คน ไม่ควรมีจำนวนมากกว่านี้ ถ้าหากจะมีใครก็ตามที่กำหนดจำนวนสมาชิกในกลุ่มเกิน 20 คนขึ้นไป กลุ่มประเภทนี้จะเป็นกลุ่มทำงานอย่างอื่นได้อย่างสำเร็จ แต่ไม่ได้หมายความว่า จะทำการให้คำปรึกษาได้ผลดี

2.4.3.2 ระยะเวลาการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

ควรจัดทำให้คำปรึกษาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ถ้าเวลาในการให้คำปรึกษามีน้อยอาจจัดให้มีการให้คำปรึกษาสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ช่วงเวลาของการให้คำปรึกษาสำหรับสมาชิกควรใช้เวลา 1 - 1.5 ชั่วโมง ส่วน คอเรีย กล่าวว่า “โดยทั่วไปเด็กวัยรุ่นควรจัดให้มีการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละครั้งและใช้เวลาสั้น ๆ ส่วนผู้ใหญ่ควรจัดจำนวนครั้งมากกว่าและใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมงในแต่ละสัปดาห์” (Corey, 1985) ส่วนวัชร ทรัพย์มี อธิบายว่า “ช่วงระยะเวลา ชั่วโมง ไม่นานเกินไปสำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ส่วนจำนวนครั้งประมาณ 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จนกว่าจะสิ้นสุดปัญหา” (วัชร ทรัพย์มี, 2554) Mahler เสนอว่า “การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มควรจัดอย่างน้อยที่สุด 6-7 ครั้ง” (วัชร ทรัพย์มี, 2549 อ้างอิงมาจาก Mahler, 1969)

2.4.3.3 หลักการของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

Mahler (1969) ได้สรุปขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม (The Involvement Stage) ในขั้นนี้สมาชิกที่เข้ากลุ่มนั้นจะยังไม่ค่อยกล้าที่จะเปิดเผยตัวเอง เพราะยังไม่แน่ใจในเพื่อนสมาชิก ความสนิทสนมคุ้นเคยหรือความไว้วางใจสมาชิกคนอื่นยังอยู่ในขั้นผิวเผิน ในขั้นนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ซึ่งอาจต้องใช้เวลามากพอสมควรสำหรับการดำเนินการในขั้นนี้ ทั้งนี้จะต้องขึ้นอยู่กับสมาชิกในกลุ่มด้วย ถ้าสมาชิกในกลุ่มมีความเข้าใจ มีความจริงใจกล้าเปิดเผยตนเอง เข้าใจในวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่มได้เร็วก็จะใช้เวลาสั้น
2. ขั้นการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่ม (The Transition Stage) จะเป็นขั้นที่ต่อเนื่องมาจากขั้นแรก ซึ่งกลุ่มจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการขึ้นบ้าง สมาชิกจะเข้าใจถึงจุดมุ่งหมายในการมาร่วม

กลุ่มดีขึ้น สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องการที่จะช่วยเหลือปรึกษาหารือร่วมกัน แต่อาจมีความวิตกกังวล มีความตึงเครียดเกิดขึ้นในขั้นนี้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องชี้แจงให้สมาชิกเข้าใจลักษณะของกลุ่มว่า ต่างจากกลุ่มสังคมทั่วไป สมาชิกแต่ละคนจะต้องอภิปรายปัญหาส่วนตัวของตนเองอย่างเปิดเผย ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ทุกคนในกลุ่ม

3. ขั้นการดำเนินงาน (The Working Stage) ในขั้นนี้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกทุกคนในกลุ่มได้พัฒนาขึ้นมาก จะมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน พร้อมทั้งจะเปิดเผยตนเอง อภิปรายถึงปัญหาของตนเองตามความเป็นจริงร่วมกัน ปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกัน ในขั้นนี้สมาชิกจะมีโอกาสสำรวจตัวเองได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เข้าใจปัญหาของตนเองอย่างแจ่มแจ้งและได้รู้ถึงวิธีการในการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา (The Ending Stage) การยุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะขึ้นอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม ถ้าแต่ละคนในกลุ่มเกิดความเข้าใจกระจ่างแจ้งในปัญหาด้วยตนเองเป็นอย่างดีแล้ว และรู้ถึงวิธีที่จะแก้ไขปัญหาร่วมกันที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยที่สมาชิกแต่ละคนเกิดความพึงพอใจไม่ติดค้างในสิ่งใดก็เป็นอันว่ายุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มได้ แต่ถ้าสมาชิกคนใดคนหนึ่งยังรู้สึกติดขัดไม่กระจ่างแจ้ง กลุ่มจำเป็นจะต้องทำให้เกิดความกระจ่างให้ได้ก่อน จึงจะยุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Mahler, 1969)

สรุปผู้วิจัยใช้รูปแบบการทำกลุ่มของ Mahler(1969)เนื่องจากการให้คำปรึกษาโดยการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Beck ที่เน้นการจัดการกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าคือ ความคิดความเชื่อทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ขบวนการทำกลุ่มของ Mahler (1969)เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้บุคคลเข้าใจและยอมรับปัญหาของตนเองช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้ค้นหาปัญหาเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ สามารถแก้ไขปัญหและพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม เข้าใจถึงศักยภาพของตนเองรู้จักตนเองเข้าใจตนเอง และเกิดการยอมรับนับถือตนเอง

2.5. การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

จากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญส่งผลกระทบต่อการรักษาและการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Pigeon et al., 2008; Dombroski et al., 2008) ทำให้ผู้วิจัยสนใจพัฒนาการให้คำปรึกษาซึ่งเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาโดยผ่านสัมพันธภาพและการสื่อสารเชิงบำบัดด้วยความไว้วางใจ และการยอมรับ ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจชัดเจนในปัญหาของตนเอง ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการศึกษาของอังคณา ช่วยคำชู (2554) โดยนำแนวคิดของ Beck (1967) ในเรื่องความคิดที่บิดเบือน มองตนเอง มองโลก มองอนาคตในด้านลบร่วมกับกระบวนการกลุ่มของ Mahler (1969) ดำเนินการเป็นการให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่ม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรมคือ 1. ขั้นตอนการก่อตั้งกลุ่ม 2. ขั้นตอนการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม 3. ขั้นตอนการดำเนินงาน 4. ขั้นตอนยุติการให้คำปรึกษา

ตารางแสดงสรุปการบูรณาการ การพัฒนาการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

แนวคิด กระบวนการทาง ปัญหา Beck (1967)	แนวคิดการรู้ คิดของวงจร การนอนไม่ หลับ Morin (1993)	การให้คำปรึกษา แบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม ของ Mahler (1969)	ผู้วิจัยบูรณาการ การให้คำปรึกษาโดยการปรับ ความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการ นอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
กระบวนการทาง ปัญหาของ ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า 1.ความคิด หลักสาม ประการ (Cognitive triad) 2.โครงสร้าง ทาง	เกิดจากความ ผิดปกติทางการ รู้คิด (dysfunctiona l cognition) ประกอบด้วย 1.การมีความ เชื่อที่บิดเบือน (distorted beliefs) 2.ความ คาดหวัง	กระบวนการกลุ่ม ของMahler(1969) มี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่1 ขั้นการ ก่อตั้งกลุ่ม(The Involvement Stage) ขั้นก่อตั้งกลุ่ม โดย การสร้าง สัมพันธภาพภายใน กลุ่ม ประเมินและ ค้นหาปัญหาพร้อม	ผู้วิจัยได้บูรณาการพัฒนาการให้คำปรึกษาโดยการ ปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการ นอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ดังต่อไปนี้ ขั้นตอนที่1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม(The Involvement Stage) กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพภายใน กลุ่ม ประเมินและค้นหาปัญหา พร้อมกำหนด เป้าหมาย ก่อนการให้คำปรึกษาและ ให้ความรู้เรื่อง อาการนอนไม่หลับในสูงอายุโรคซึมเศร้า ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม(The Transition Stage) กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์ สถานการณ์ความคิดความรู้สึกของกลุ่ม

แนวคิด กระบวนการทาง ปัญญา Beck (1967)	แนวคิดการรู้ คิดของวงจร การนอนไม่ หลับ Morin (1993)	การให้คำปรึกษา แบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม ของ Mahler (1969)	ผู้วิจัยบูรณาการ การให้คำปรึกษาโดยการปรับ ความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการ นอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
ความคิด (Schema) 3.ความคิดที่ บิดเบือน (Cognitive errors)	(expectation) 3.การประเมิน ค่า (appraisals) 4.ความเข้าใจ ในการให้ เหตุผลที่ ผิดปกติ (attributions)	กำหนดเป้าหมาย ก่อนการบำบัด ขั้นตอนที่ 2 ขั้น การเปลี่ยนลักษณะ ของกลุ่ม(The Transition Stage) ขั้นการดำเนินงาน โดยวิเคราะห์ ความคิดความรู้สึก ของกลุ่ม ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมความคิด ขั้นตอนที่ 3 ขั้น การดำเนินงาน (The Working Stage)ดำเนินงาน ปรับความคิดและ พฤติกรรม ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติ การให้คำปรึกษา (The Ending Stage)ยุติการให้ คำปรึกษาสรุป กิจกรรมทั้งหมด	ปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมและสอนเทคนิคการ ปรับความคิดพฤติกรรมค้นหาความคิดหลักสาม ประการ (Cognitive triad)โครงสร้างทางความคิด (Schema)ความคิดที่บิดเบือนเกี่ยวกับอาการนอน ไม่หลับ (Cognitive errors) กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบความคิดที่ บิดเบือนและปรับความคิดพฤติกรรมต่ออาการนอน ไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าใช้เทคนิค เชื่อมโยง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน(The Working Stage) เป็นการดำเนินการปรับความคิดพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนแบบแผนความคิดที่บิดเบือนเพื่อให้ผู้รับ คำปรึกษาหยุดความคิดอัตโนมัติด้านลบและ ปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ (Beck,1995; รังสิมันต์ สุนทรไชยา,2560)การหยุดความคิด (thought- blocking) คือการหยุดความคิดที่เกิดขึ้นด้วยการหา คำสั้นๆมาทดแทนความคิดเหล่านั้นด้วยการพูด เบาๆและพูดไปเรื่อยๆจนกว่าจะนอนหลับ เช่น พุท โธ เพื่อให้ความคิดที่รบกวนการนอนหลับนั้นหยุด ลงเป็นคำที่กำหนดขึ้น (Morin & Espie, 2003)ฝึก ให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงเหตุและผลที่เกิดขึ้นจากความ เป็นจริงพร้อมทั้งปรับเปลี่ยนความคิดในด้านลบเป็น ด้านบวกเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และลด ความวิตกกังวลจากความคิดเดิมที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็น การลดสิ่งเร้าทางการรู้คิดและนำไปสู่การรบกวน การนอนหลับ (Hirshkowitz, Septowitz-Hafkin,

แนวคิด กระบวนการทาง ปัญหา Beck (1967)	แนวคิดการรู้ คิดของวงจร การนอนไม่ หลับ Morin (1993)	การให้คำปรึกษา แบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม ของ Mahler (1969)	ผู้วิจัยบูรณาการ การให้คำปรึกษาโดยการปรับ ความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการ นอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
			& Sharafkhaneh, 2009; Morin & Espie, 2003) ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา(The Ending Stage) เป็นการยุติการให้คำปรึกษาและร่วมกัน สรุปกิจกรรมทั้งหมดของการให้คำปรึกษาโดยการ ปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการ นอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ทบทวนเอกสาร ความรู้ที่ได้รับ ร่วมกันอภิปรายกิจกรรมเริ่มตั้งแต่ การค้นหาปัญหาของกลุ่ม ความรู้เรื่องอาการนอน ไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ความรู้เรื่องความ เชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ การเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการ ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับอาการ นอนไม่หลับให้เหมาะสมถูกต้อง การคงไว้ซึ่งผลดี เพื่อเป็นแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติ ต่อเนื่อง

สำหรับวัตถุประสงค์การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพื่อลดอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับสามารถปรับความคิดและพฤติกรรมที่ส่งผลกับอาการนอนไม่หลับได้ซึ่งการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ดำเนินการกิจกรรมละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง คือ 1. ขั้นตอนการก่อตั้งกลุ่ม 2. ขั้นตอนการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม 3. ขั้นตอนการดำเนินงาน 4. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม (The Involvement Stage) เป็นการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของการให้คำปรึกษาโดยการ

ปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม สร้างข้อตกลงกับผู้รับคำปรึกษาในการสำรวจตนเอง (self monitoring) การร่วมวางแผนการบ้าน (Homework assignment) พร้อมทั้งจะเปิดเผยความคิด ความรู้สึกและร่วมมือกับผู้วิจัยในการรับคำปรึกษาซึ่งการสร้างสัมพันธภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในผู้รับคำปรึกษาเมื่อพยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่มีความเชื่อถือ ไว้วางใจ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) และให้ความรู้เรื่องอาการนอนไม่หลับในสูงอายุโรคซึมเศร้า ประเมินและค้นหาปัญหาอาการนอนไม่หลับ พร้อมกำหนดเป้าหมาย ก่อนการให้คำปรึกษา

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม (The Transition Stage) เป็นการวิเคราะห์ สถานการณ์ความคิดความรู้สึกของกลุ่มเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับโดยผู้นำกลุ่มกระตุ้นสมาชิกมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์อาการนอนไม่หลับ ให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบความคิดที่ บิดเบือนเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุอาการนอนไม่หลับ ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือน ไปในทางลบเกี่ยวกับการนอนหลับ (Cognitive triad) ได้แก่การมองตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือโลก และอนาคตไปในทางด้านลบ อธิบายเกี่ยวกับโครงสร้างทางความคิด (Schema) ที่บิดเบือนการแปล ความหมายของการนอนหลับ การประเมินค่า และการอธิบายความหมายเหตุการณ์ต่างๆ และเนื้อหา ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive errors) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้ความเข้าใจถึงปัญหาของตนเอง ได้ดีขึ้นและปรับความคิดพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าใช้เทคนิคเชื่อมโยง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมและสอนเทคนิคการปรับความคิด พฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน (The Working Stage) เป็นการดำเนินการปรับความคิด พฤติกรรมโดยการยกตัวอย่างประสบการณ์อาการนอนไม่หลับของสมาชิกในกลุ่ม ให้สมาชิกบอก ความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมจากสถานการณ์ ผู้นำกลุ่มเขียนความคิด เห็นต่างๆ ของสมาชิกในกระดานโดยแยกเป็นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม เพื่อเป็นตัวอย่างให้ทุกคนเห็นและฝึกการหยุดความคิดโดยผู้นำกลุ่มยกตัวอย่างสถานการณ์ตัวอย่าง แล้วถามสมาชิกถึง ความคิด อารมณ์ความรู้สึกให้สมาชิกลองให้ความหมายของความคิดอัตโนมัติตามความเข้าใจของแต่ละคนจากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปความคิดอัตโนมัติทางบวกและทางลบจากนั้นผู้นำกลุ่มให้สมาชิกดูตัวอย่าง ความคิดทางบวกและความคิดทางลบและให้สมาชิกบอกว่าเป็นความคิดทางลบหรือทางบวกจากนั้น ผู้นำกลุ่มขออนุญาตยกตัวอย่างอาการนอนไม่หลับที่เกิดกับสมาชิกมา 1 ตัวอย่างซึ่งผู้นำกลุ่มมีหน้าที่ พิจารณาแบบแผนความคิดด้านลบว่าเป็นแบบใดตามแนวคิดของแนวคิด Morin (1993) และ Beck (1967) แล้วเชื่อมโยงถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาที่ต้องการให้เกิดการปรับเปลี่ยนแบบแผน ความคิดที่บิดเบือนเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาหยุดความคิดอัตโนมัติด้านลบและปรับเปลี่ยนความคิดใหม่

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา(The Ending Stage)เป็นการยุติการให้คำปรึกษาสรุปกิจกรรมทั้งหมดของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และการคงไว้ซึ่งผลดีเพื่อเป็นแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติต่อเนื่อง

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อังคณา ช่วยคำชู (2554) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าวร่วม พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าวต่ำกว่าก่อนทดลองและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ใช้รูปแบบของการให้ คำปรึกษารายกลุ่มที่เน้นการปรับพฤติกรรมความคิดตามแนวคิดของ Beck ร่วมกับกระบวนการกลุ่มของ Mahler(1969) ในการสำรวจปัญหาประเมินภาวะซึมเศร้า โดยผู้ให้คำปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตัวผู้ป่วย

ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา สุพิศ กุลชัย สมบัติ สกมลพรรณ กรรณิการ์ ศรีมงคลธาราธร สุชาพร บุญยศิลาพงศ์ และผกาทิพย์ สุขจิตร (2556) ศึกษาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดยาที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้พัฒนาขึ้น สามารถใช้ได้จริงและผู้ให้การปรึกษาและผู้ป่วยรับรู้ในประโยชน์ โปรแกรมพัฒนาจากทฤษฎีทางปัญญาของ เบค โดยมีขั้นตอนโปรแกรมตามแนวคิดของเบรพแมน 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินความต้องการ 2) การวางแผนโปรแกรม 3) การนำโปรแกรมไปทดลองใช้ และ 4) การประเมินโปรแกรมเนื้อหาและกิจกรรมประกอบด้วยการค้นหาความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดหรือการแก้ปัญหา

รัตนนา พันจุย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และรัตนศิริ ทาโต (2557) ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มของ Mahler (1969) ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงขึ้นภายหลังเข้าโปรแกรมโดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยกระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ช่วยพัฒนาให้สมาชิกกลุ่ม มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในปัญหาและความรู้สึกของตนเอง สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสได้แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของแต่ละคนเป็นการระบายความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจ ได้สำรวจตนเองได้ฝึกการยอมรับตนเอง กล่าวที่จะเผชิญปัญหาและได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหา

บุษยา คล้ายมูข (2557) ศึกษาการให้คำปรึกษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าวต่ำลง ภายหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดและในระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .$

001) และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพเรียนรู้ธรรมชาติของภาวะซึมเศร้าเหตุผลของการบำบัดโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิด การค้นหาความคิดทางลบและความคิดอัตโนมัติ การทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การประเมินตนเองถึงความก้าวหน้าพบทวนความรู้ความเข้าใจประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม ข้อคิดในการมองปัญหาต่างๆ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน ความคิดความเชื่อใหม่ ให้ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้เป็นอย่างดีและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำรงชีวิต

จุฑารัตน์ จิราพงษ์ (2558) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพบอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าร้อยละ 81.2 อยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 40.6 ($x = 17.54$, $\pm S.D. = 8.49$) พบสิ่งเร้าทางการรู้คิด ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับ ($r = .636$, $.607$) สิ่งเร้าด้านร่างกาย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับ ($r = .558$, $.572$) จำนวนของโรคทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับอาการนอนไม่หลับ ($r = .243$) ส่วนเพศและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ

รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2560) ศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับได้แก่ ทฤษฎีวงจรการนอนไม่หลับของมอร์ริส ทฤษฎีปัจจัย 3 P ของสปีลแมน และทฤษฎีบูรณาการ (integrative model) สามารถนำไปประยุกต์ในการประเมินการนอนหลับทั้งด้านคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับ รวมทั้งนำทฤษฎีวงจรการนอนไม่หลับของมอร์ริสเป็นแนวทางในการบำบัดอาการนอนไม่หลับสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าหรือผู้สูงอายุทั่วไปได้ โดยลดสิ่งเร้าด้านต่างๆ ด้วยการสอนการจัดการสิ่งเร้า การตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นและปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งเร้าหรือความคาดหวังที่มากเกินไปให้อยู่ในความเป็นจริง มีแนวทางในการปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับ เพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับและลดอาการนอนไม่หลับ

เยาวนาถ คำแก้ว (2562) ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับระดับน้อยในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร พบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถลดอาการนอนไม่หลับระดับน้อยในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าคือสิ่งเร้าทางการรู้คิด ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับ จุฑารัตน์ จิราพงษ์ (2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ รังสิมันต์

สุนทรไชยา (2560)) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้แก่ ทฤษฎีวงจรการนอนไม่หลับของมอริน ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ การรู้คิด และสรีระ ซึ่งมีการประยุกต์มาจากแนวคิดการรู้คิด ของ Beck (1967) โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าสาเหตุของการนอนไม่หลับเกิดจากความบกพร่องทางการรู้คิด ซึ่งประกอบด้วย การมีความเชื่อที่บิดเบือน (distorted beliefs) ความคาดหวัง (expectation) ที่ไม่เป็นจริง การประเมินค่า (appraisals) ที่คาดเคลื่อน และความเข้าใจในการให้เหตุผล (attributions) ที่ผิดปกติไป ซึ่งส่งผลให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางการรู้คิดเกิดความวิตกกังวลและนำไปสู่อาการนอนไม่หลับตามมา จากปัจจัยอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่ามีการศึกษาของ เยาวนาถ คำแก้ว (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลต่ออาการนอนไม่หลับระดับน้อยในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครพบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถลดอาการนอนไม่หลับระดับน้อยในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มสร้างความไว้วางใจกับผู้รับการปรึกษา ประเมินและค้นหาปัญหาพร้อมกำหนดเป้าหมายก่อนการให้คำปรึกษาและให้ความรู้เรื่องอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์ความคิดความรู้สึกของกลุ่มสมาชิกอภิปรายปัญหาอาการนอนไม่หลับเปิดเผยข้อมูลตนเอง

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้โครงสร้างความคิด รูปแบบความคิดที่บิดเบือนและปรับความคิดพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 4 ดำเนินการปรับความคิดพฤติกรรมและฝึกการหยุดความคิด ปรับความคิดใหม่

กิจกรรมที่ 5 สมาชิกเข้าใจปัญหาของตนเองอย่างกระจ่าง สรุปกิจกรรมทั้งหมด ยุติการให้คำปรึกษา

อาการนอนไม่หลับ
ในผู้สูงอายุโรค
ซึมเศร้า
(Morin,
1993)

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit and Beck,2004) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ตัวแปรต้น คือ การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ตัวแปรตาม คือ อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

รูปแบบการทดลอง

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

โดย X = การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

O₁ = คะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามก่อนให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

O₂ = คะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

O₃ = คะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ = คะแนน อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีเครือข่ายบริการสุขภาพจิต บำบัดรักษาโรคซึมเศร้าด้วยเทคโนโลยีและเป็นเลิศในระดับประเทศ มีวิจัยและถ่ายทอดองค์ความรู้เทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้าและจากสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบสูงเป็นอันดับ 3 จาก 5 อันดับโรคแรกของปีงบประมาณ

2560-2562 (annual report โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2562) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 40 คน ซึ่งจะได้จากการสุ่มแบบเจาะจง(purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

Inclusion criteria

1. มีระดับอาการซึมเศร้าไม่เกินระดับปานกลาง (มีคะแนนอาการซึมเศร้าไม่เกิน 19 คะแนน) ตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck (1961) ปรับปรุงโดยเชาวนี ล่องชูผล (2547) ซึ่งอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงส่งผลต่อการรับรู้การปรับความคิดและพฤติกรรม(อังคณา ช่วยคำชู, 2554)
2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE) มีคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป

3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

Exclusion Criteria

1. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด
2. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายระหว่างการดำเนินการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการศึกษาตามผลการศึกษาของเยวานาถ คำแก้ว (2562) ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งมีการศึกษาที่ใกล้เคียงกันมารวมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{2(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2 (\sigma)^2}{(\mu_2 - \mu_1)}$$

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาต่อกลุ่ม

$z_{\alpha/2}$ เมื่อกำหนด Power of test ที่ 80% มีค่าเท่ากับ = 1.96

z_{β} เมื่อกำหนด Power of test ที่ 80% มีค่าเท่ากับ = 0.84

$(\sigma)^2$ คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมนอนหลับเท่ากับ 5.29 (เยวานาถ คำแก้ว, 2562) $\mu_2 - \mu_1$ คือ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย Pre test และ Post test เท่ากับ 82.05 และ 106.80 (เยวานาถ คำแก้ว, 2562)

$$\text{แทนค่าในสูตร } n/\text{กลุ่ม} = \frac{2 (1.96 + 0.84)^2 (5.29)^2}{(106.80 - 82.50)}$$

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2 (2.8)^2 (5.29)^2}{(20.75)}$$

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2 (7.84)(27.9841)}{(20.75)}$$

$$n/\text{กลุ่ม} = 19.63 \text{ ปัดทศนิยม } n/\text{กลุ่ม} = 20 \text{ คน}$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจริงครั้งนี้ มีจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งออกเป็น
กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ICD-10 (F32.0-F32.9) พร้อมทั้งประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดของการวิจัยหรือไม่ โดยคัดเลือกผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติ ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยและให้ กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การเดินทางจะมีรถรับ-ส่ง มาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการวิจัยครั้งนี้ ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายกันในด้านอายุ เนื่องจาก อายุที่เพิ่มขึ้นจะพบการทำงานของเซลล์ประสาท catecholaminergic neuron ใน locus ceruleus ลดลงส่งผลต่อการทำงานในระบบชีวภาพทำให้วงจรการนอนหลับผิดปกติไปจากเดิม อายุที่มากขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ (Jeste et al., 2011) และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าเนื่องจากความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับใน ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Isaac and Greenwood, 2011) ดังนี้

1. อายุต่างกันไม่เกิน 2 ปี

2. ระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 16-19 คะแนน

ตารางที่ 1 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามอายุและระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า(Matched paired) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คู่ที่	อายุ(ปี)		ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	63	62	16(ปานกลาง)	18(ปานกลาง)
2	60	61	17(ปานกลาง)	18(ปานกลาง)
3	69	70	16(ปานกลาง)	17(ปานกลาง)
4	64	63	17(ปานกลาง)	16(ปานกลาง)
5	60	61	17(ปานกลาง)	18(ปานกลาง)
6	65	65	19(ปานกลาง)	17(ปานกลาง)
7	82	81	19(ปานกลาง)	18(ปานกลาง)
8	69	68	16(ปานกลาง)	19(ปานกลาง)
9	60	61	17(ปานกลาง)	17(ปานกลาง)
10	70	71	16(ปานกลาง)	16(ปานกลาง)
11	65	63	16(ปานกลาง)	17(ปานกลาง)
12	68	67	18(ปานกลาง)	18(ปานกลาง)
13	60	61	16(ปานกลาง)	18(ปานกลาง)
14	64	62	18(ปานกลาง)	17(ปานกลาง)
15	61	63	19(ปานกลาง)	18(ปานกลาง)
16	71	69	19(ปานกลาง)	19(ปานกลาง)
17	70	69	18(ปานกลาง)	18(ปานกลาง)
18	65	63	19(ปานกลาง)	17(ปานกลาง)
19	65	64	18(ปานกลาง)	18(ปานกลาง)
20	63	62	16(ปานกลาง)	17(ปานกลาง)

จากตารางที่ 1 พบว่าการจับคู่ (Matched-paired) โดยให้กลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มทดลองเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกันมากที่สุดได้แก่ อายุต่างกันไม่เกิน 2 ปี และระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง

4. ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการจับฉลากแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

5.ผู้วิจัยสุ่มคัดเลือกผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเข้ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม โดยการให้ผู้ช่วยผู้วิจัยจับฉลากหีของของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทีละคู่ ถ้ารหัสไหนถูกจับขึ้นมาก่อนเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ และสลากที่จับขึ้นมาได้ภายหลังเป็นกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า และการรักษาที่ได้รับ ขณะรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	2	10.0	2	10.0	4	10.0
หญิง	18	90.0	18	90.0	36	90.0
อายุ						
60 – 69 ปี	16	80.0	17	85.0	33	82.5
70 – 79 ปี	3	15.0	2	10.0	5	12.5
80 ปีขึ้นไป	1	5.0	1	5.0	2	5.0
สถานภาพสมรส						
คู่	10	50.0	15	75.0	25	62.5
โสด	0	0.0	0	0.0	0	0.0
หม้าย	10	50.0	4	20.0	14	35.0
หย่า	0	0.0	0	0.0	0	0.0
แยกกันอยู่	0	0.0	1	5.0	1	2.5
รายได้						
เพียงพอ	15	75.0	18	90.0	33	82.5
ไม่เพียงพอ	5	25.0	2	10.0	7	17.5
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	10.0	3	15.0	5	12.5

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n=20)		(n=20)		(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	17	85.0	15	75.0	32	80.0
มัธยมศึกษา	1	5.0	2	10.0	3	7.5
อาชีวศึกษา	0	0.0	0	0.0	0	0.0
อนุปริญญา	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ปริญญาตรี	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า						
1 – 5 ปี	5	25.0	4	20.0	9	22.5
6 – 10 ปี	12	60.0	14	70.0	26	65.0
มากกว่า 10 ปี	3	15.0	2	10.0	5	12.5
ยาที่รับประทานเป็นประจำขณะนี้						
ไม่มี	0	0.0	0	0.0	0	0.0
มี	20	100.0	20	100.0	40	100.0
การบำบัดทางสังคมจิตใจที่ได้รับ						
ไม่มี	20	100.0	20	100.0	40	100.0
มี	0	0.0	0	0.0	0	0.0

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.0 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.5 รองลงมาคืออายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.5 และน้อยที่สุดคืออายุ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 5.0 สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองพบว่าคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.5 รองลงมาคือหม้ายคิดเป็นร้อยละ 35.0 รายได้ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 82.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา.คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 12.5 และน้อยที่สุดคือมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 7.5 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าอยู่ในช่วง 6-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมาคือ 1 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.5 และน้อยที่สุดคือมากกว่า 10 ปีคิดเป็นร้อยละ 12.5 ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับยาที่รับประทานเป็นประจำขณะนี้ทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมในการดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และได้รับการรับรองจริยธรรมในการดำเนินการวิจัย ในวันที่ 14 กรกฎาคม 2563 เลขที่โครงการวิจัย COA No.005/2563 ดังเอกสารในภาคผนวกผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและเข้าใจในกระบวนการการดำเนินโครงการทุกขั้นตอน และแจ้งให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาถ้าต้องการในระหว่างการดำเนินโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ แผนการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
 - ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

ชุดที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยพัฒนามาจากอังคณา ช่วยคำชู ซึ่งการให้การปรึกษา โดยการปรับความคิด และ พฤติกรรม จากแนวคิดของ Beck(1995) ผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาใช้ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับกระบวนการกลุ่มของ Mahler(1969) เป็นการให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่ม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม
2. สร้างโครงสร้างเนื้อหาการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยนำแนวคิดต่างๆที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจากการ

ทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับปัญหาในการดูแลและการจัดการกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยทุกขั้นตอนของการศึกษาได้วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

โดยมีกระบวนการดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม (The Involvement Stage) เป็นการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม สร้างข้อตกลงกับผู้รับคำปรึกษาในการสำรวจตนเอง (self monitoring) การวางแผนการมอบหมายการบ้าน (Homework assignment) พร้อมทั้งจะเปิดเผยความคิดความรู้สึกและร่วมมือกับผู้วิจัยในการรับคำปรึกษา ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้รับคำปรึกษา เมื่อพยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่มีความเชื่อถือ ไว้วางใจ (สวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) และให้ความรู้เรื่องอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประเมินและค้นหาปัญหาอาการนอนไม่หลับ พร้อมกำหนดเป้าหมาย ก่อนการให้คำปรึกษา

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม (The Transition Stage) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ความคิดความรู้สึกของกลุ่มเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ โดยผู้นำกลุ่มกระตุ้นสมาชิกมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์อาการนอนไม่หลับ (ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา และคณะ, 2556) และ ให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบความคิดที่บิดเบือนเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุอาการนอนไม่หลับ ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเกี่ยวกับการนอนหลับ (Cognitive triad) ใช้เทคนิคเชื่อมโยง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม (Beck,1995; ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตาและคณะ, 2556) สอนเทคนิคการปรับความคิด พฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินงาน (The Working Stage) เป็นการดำเนินการปรับความคิดพฤติกรรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความคิดที่บิดเบือนเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาหยุดความคิดอัตโนมัติด้านลบและปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ (Beck,1995; รังสิมันต์ สุนทรไชยา,2560)

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา(The Ending Stage) เป็นการทบทวนกิจกรรมทั้งหมดที่ผ่านมา สมาชิกเข้าใจปัญหาของตนเองอย่างกระจ่าง คงไว้ซึ่งผลดีเพื่อเป็นแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติต่อเนื่อง ยุติการให้คำปรึกษา แจ้งสมาชิกในการสิ้นสุดกิจกรรม กล่าวขอบคุณสมาชิก

3. จัดทำคู่มือสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับโดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการศึกษา งานวิจัย ตำราทางวิชาการ ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า 2) โครงสร้างทางความคิด 3) ความคิดความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ 4) การปรับความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับ

4. จัดทำรูปแบบการให้คำปรึกษากลุ่ม โดยกำหนดขั้นตอนของกิจกรรมตามลำดับ โดยมี รูปแบบในการดำเนินกิจกรรม สร้างสื่อและอุปกรณ์ ที่จะใช้ในการทำกิจกรรม เช่น ใบงาน ใบความรู้ต่าง ๆ ที่จะใช้ในการกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษา โดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่ประกอบด้วยขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม และคู่มือสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับ ที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญและมีประสบการณ์ในการสอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 1ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาความชัดเจนครอบคลุม รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4คนจากทั้งหมด 5 คน (Polit&Beck,2004) นำมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 5 คนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นข้อเสนอแนะดังนี้

แผนการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

1. กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพจากเดิม 5 กิจกรรม ปรับลดลงเหลือ 1 กิจกรรม
2. เพิ่มเนื้อหาในใบความรู้เพิ่มเติมดังนี้ ความหมายของอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผลกระทบจากอาการนอนไม่หลับ
3. เพิ่มช่วงระยะเวลาในการประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ
4. เพิ่มการทบทวนประเมินของแบบฝึกหัดที่ให้ในครั้งที่ผ่านมากในกิจกรรมที่ 2
5. ตัดทฤษฎีปัญญานิยมในกิจกรรมที่ 2 ออกเนื่องจากเป็นคำที่เข้าใจยากในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
6. เพิ่มใบงานที่ 2/2 แบบบันทึกความคิด อารมณ์และพฤติกรรม
7. เพิ่มการดำเนินการปรับความคิดพฤติกรรมและฝึกการหยุดความคิดโดยเชื่อมโยงให้เห็นว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบส่งผลอย่างไรต่ออาการนอนไม่หลับ ในกิจกรรมที่ 4
8. เพิ่มกิจกรรมที่ 5 คือประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Post test)

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 5 คน โดยทดลองใช้แผนกิจกรรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ทั้ง 5 ครั้ง เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของแผนการทำกิจกรรม ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้และความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาอุปสรรคต่างๆ ผลการนำแผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไปทดลองใช้ พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถเข้าใจและทำกิจกรรมได้ครบตามกระบวนการ ในการทำกิจกรรมหรือการให้การบ้านอาจต้องมีการยกตัวอย่างให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจง่าย

ชุดที่ 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา

1.เพิ่มยาที่ได้รับประทานเป็นประจำขณะนี้

2.การบำบัดทางสังคมจิตใจที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index: ISI)

แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index:ISI) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธริญา แก้วแพง (2547) แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index:ISI) โดยMorin (1993) ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ระยะเวลาในการนอนการจัดการกับอาการ การตื่นเช้ากว่าปกติ และผลกระทบที่เกิดขึ้นมีอาการนอนไม่หลับ

โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ(0 คะแนน =ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งและ 4 คะแนน = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การแปลผล มีช่วงคะแนน จาก 0 -28 คะแนนโดยแบ่งระดับความรุนแรง เป็น 4 ระดับ Morin (1993) ดังนี้

ระหว่าง 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการนอนไม่หลับ

ระหว่าง 8-14 คะแนน หมายถึง มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย

ระหว่าง 15-21 คะแนน หมายถึง มีอาการนอนไม่หลับปานกลาง

ระหว่าง 22-28 คะแนน หมายถึง มีอาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ที่ใช้ในการทดลองไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถามแล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญและมีประสบการณ์ใน

การสอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(APN) 1ท่านและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2547) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึงข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2หมายถึงข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวน 3หมายถึงข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนเล็กน้อย 4หมายถึงข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม (Polit and Beck, 2004)

$$CVI = \frac{\text{จำนวน ข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวน ข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยรวมเท่ากับ 1 โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ตามข้อเสนอแนะดังนี้

- 1.ปรับคำถามข้อที่ 2.เป็น “ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นขึ้นมากลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับมีหรือไม่ ระดับใด”
2. ปรับคำถามข้อที่3 เป็น “ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นเช้ามากกว่าที่ต้องการหรือไม่ ระดับใด”
- 3.ปรับคำถามข้อที่ 6 เป็น “ท่านคิดว่าท่านมีปัญหากับการนอนหลับหรือไม่ ระดับใด”
- 4.ปรับคำถามข้อที่ 7 เป็น “เป็นท่านรู้สึกกังวลกับการนอนไม่หลับหรือไม่ ระดับใด”

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index : ISI) ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ . 85

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude scale: DBAS-16) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย จรรยา ฉิมหลวง (2554) ตามแบบประเมินของ Morin et al (2007) แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude scale, DBAS-16) ของ Morin et al., (2007) เป็นแบบประเมินด้วย Visual analog scales จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 4 หัวข้อ ดังนี้

1. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับ (ข้อ 5, 7, 9, 12 และ 16)
2. ความรู้สึกกังวลหมดหนทางในการช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (ข้อ 3, 4, 8, 10, 11 และ 14)
3. ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับ (ข้อ 1 และ 2)
4. ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยานอนหลับ (ข้อ 6, 13 และ 15)

เกณฑ์ในการให้คะแนน เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ช่วงความยาวต่อเนื่อง 100 mm บนเส้นตรง (0-10) ในระดับคะแนนตั้งแต่ 0 คือไม่เห็นด้วย ถึง 10 คือ เห็นด้วยมากที่สุด โดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกันทั้งหมด 16 ข้อ และหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในคลินิกเท่ากับ .77 เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับ เท่ากับ .79 และมีค่าเที่ยงเท่ากับ .83 Carney et al., (2007)

การแปลผล ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude scale, DBAS-16) ค่าความตรงเท่ากับ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

ระหว่าง 0-3.8 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติในระดับต่ำ

ระหว่าง 3.9-10 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติในระดับสูง

เกณฑ์กำกับการทดลอง

คะแนนความเชื่อและทัศนคติในระดับ 3.9 ขึ้นไปจึงจะแสดงว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ถ้าหากคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะทบทวนเนื้อหาของโปรแกรมและทำซ้ำจนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะผ่านเกณฑ์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 20 คน เกณฑ์การกำกับการทดลอง คือมีระดับคะแนนความเชื่อและทัศนคติในระดับต่ำ ร้อยละ 80

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude scale: DBAS-16) ที่ใช้ในการกำกับการทดลองไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ความ

เหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถามแล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญและมีประสบการณ์ในการสอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 1 ท่านและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน แล้วนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1.0

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude scale: DBAS-16) ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาก่อนจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ระยะเตรียมการก่อนการทดลอง 2) ระยะดำเนินการทดลอง 3) ระยะหลังการทดลอง

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มี 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านองค์ความรู้แนวคิดทฤษฎี จากการศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่เกี่ยวกับแนวคิดผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ร่วมกับขอคำปรึกษาคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา สร้างโครงสร้างเนื้อหาการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยนำแนวคิดต่างๆที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับปัญหาในการดูแลและการจัดการกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยทุกขั้นตอนของการศึกษาได้วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ลงเรียนวิชาการให้คำปรึกษา ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ฝึกประสบการณ์การเป็นผู้นำกลุ่ม การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (Advanced Practice Nurse; APN) และอบรม Creativity and CBT จำนวน 24 ชั่วโมง เข้าร่วม workshop การบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยมีวิทยากร ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ตี๋ปินตาและผศ.ดร.

เขาวนีส่องผลเพื่อให้เกิดความชำนาญกับโปรแกรมที่สร้างขึ้นและเพื่อให้การดำเนินการทดลองบรรลุตามวัตถุประสงค์

2. ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจากการศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

4. เมื่อได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์แล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อทำการขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา และสถานที่

5. เมื่อได้รับการอนุมัติจากรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้วิจัยจึงประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกเพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

6. การเตรียมตัวของผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยได้ขอพบผู้ช่วยวิจัย เพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย และบทบาทของผู้ช่วยผู้วิจัยแก่ผู้ช่วยวิจัย เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัยซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ ดังนี้ ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในระหว่างการทำคำปรึกษาแบบกลุ่ม และจัดบันทึกในการทำกลุ่ม โดยผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนและรายละเอียดและขั้นตอนการทำวิจัย รายละเอียดโปรแกรม การใช้เครื่องมือทั้งหมดในการวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง pretest และ posttest

7. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์แบบผู้ป่วยนอก โดยศึกษาประวัติจากเวชระเบียน เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

8. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยจึงพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพให้ข้อมูลในการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่ม

ตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

9. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อายุและระดับภาวะซึมเศร้า เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 คนแล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

10. ก่อนเริ่มการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้ ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ป่วยสูงอายุซึมเศร้า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยนัดผู้ป่วยกลุ่มทดลองในวันแรกและนัดกลุ่มควบคุมในวันถัดมาเพื่อให้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยก่อนการวิจัย (pretest) โดยแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ โดยผู้ช่วยผู้วิจัย เป็นแบบประเมินที่กลุ่มตัวอย่างประเมินด้วยตนเองโดยมีผู้ช่วยผู้วิจัยดูแลใกล้ชิดคอยให้คำแนะนำในข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างสงสัยหรือไม่เข้าใจ

กลุ่มควบคุม ให้ข้อมูลถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่จะได้รับขณะมารับการบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์แบบผู้ป่วยนอกกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการคัดกรองปัญหา การเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ให้การพยาบาลเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจตามปัญหา การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่ได้จำเพาะเจาะจงผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที เป็นระยะเวลาติดต่อกัน เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้าร่วมกิจกรรม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม จะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติเมื่อมารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์แบบผู้ป่วยนอกได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการคัดกรองปัญหา การเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ให้การพยาบาลเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจตามปัญหา เช่น การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา (PST), การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT), การทำครอบครัวบำบัด, การจัดการกับความเครียด, จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (IPT), จิตบำบัดอื่นๆ พบจิตแพทย์เพื่อการรักษา และรับยาที่ห้องยาแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้านการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์และการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ รวมถึงได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ

สัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่ 5 พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอากรรมณีตคลินิก ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยทำเป็นรายกลุ่มกลุ่มทดลอง 20 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คนผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 5 ครั้ง เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้กลุ่มทดลองตอบคำถามตามแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับแบบประเมินทุกขั้นตอนประเมินโดยผู้ช่วยผู้วิจัย โดยแสดงรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 3 ตารางการดำเนินกิจกรรม การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

วัน	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1		
จันทร์	(กลุ่มที่ 1) 9.30 – 11.00น. (กลุ่มที่ 2) 13.30 – 15.00น.	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ประเมินและค้นหาปัญหา พร้อมกำหนดเป้าหมาย ก่อนการให้คำปรึกษา และ ให้ความรู้เรื่อง อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
สัปดาห์ที่ 2		
จันทร์	(กลุ่มที่ 1) 9.30 – 11.00น. (กลุ่มที่ 2) 13.30 – 15.00น.	กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์ความคิดความรู้สึกของกลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมและสอนเทคนิคการปรับความคิดพฤติกรรมค้นหาความคิดหลักสามประการ (Cognitive triad)โครงสร้างทางความคิด (Schema)ความคิดที่บิดเบือนเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Cognitive errors)
สัปดาห์ที่ 3		
จันทร์	(กลุ่มที่ 1) 9.30 – 11.00น. (กลุ่มที่ 2) 13.30 – 15.00น.	กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบความคิดที่บิดเบือนและปรับความคิดพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าใช้เทคนิคเชื่อมโยง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม
สัปดาห์ที่ 4		
จันทร์	(กลุ่มที่ 1) 9.30 – 11.00น. (กลุ่มที่ 2) 13.30 – 15.00น.	กิจกรรมที่ 4 ดำเนินการปรับความคิดพฤติกรรมและฝึกการหยุดความคิด
สัปดาห์ที่ 5		
จันทร์	(กลุ่มที่ 1) 9.30 – 11.00น. (กลุ่มที่ 2) 13.30 – 15.00น.	กิจกรรมที่ 5 ยุติการให้คำปรึกษาสรุปกิจกรรมทั้งหมดของการให้คำปรึกษา และการคงไว้ซึ่งผลดีเพื่อเป็นแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติต่อเนื่อง

การให้การปรึกษากลุ่มครั้งที่ 1 (วันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 1)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับสมาชิกกลุ่ม และมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มด้วยตนเอง รวมทั้งสร้างบรรยากาศให้เกิดความเชื่อถือไว้วางใจ ความเป็นกันเอง เปิดเผยความรู้สึกของตนเองต่อสมาชิกกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อตกลงการเข้าร่วมกลุ่ม การปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับการร่วมให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

วิธีการดำเนินการกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน เพื่อให้สามารถเห็นหน้ากันได้ทุกคน
2. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวแนะนำผู้ช่วยผู้นำกลุ่มและกล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิก พูดคุยสร้างสัมพันธภาพถามความเป็นอยู่เรื่องทั่วไปก่อนเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น สร้างความไว้วางใจแสดงความสนใจและใส่ใจกับสมาชิกในกลุ่ม
3. ให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัว โดยเริ่มจากผู้นำกลุ่มจนครบทุกคน
4. กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพที่ 1/1 “จับคู่คุย” ในขั้นตอนดำเนินการดังนี้คือจับคู่สองคน โดยจะต้องจำชื่อคู่ของตัวเองให้ได้ เมื่อเริ่มจับคู่สองคน ผู้สูงอายุสามารถจำชื่อของตัวเองได้ แต่เมื่อเริ่มจับกลุ่มใหญ่ต้องใช้เวลานานขึ้นในการจำชื่อสมาชิกในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มใช้เวลา ไม่แสดงสีหน้ารีบร้อนคาดหวังสมาชิกสามารถช่วยกันตอบได้ ว่าเพื่อนในกลุ่มตัวเองชื่อเล่น และชอบอะไร สมาชิกในกลุ่มรู้จักกันมากขึ้น บรรยากาศภายในกลุ่มไม่ตึงเครียด ผ่อนคลาย
5. ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มแจกใบแนะนำกิจกรรม เพื่อให้สมาชิกเข้าใจกิจกรรมและเป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกลุ่ม
6. ผู้นำกลุ่มชี้แจง วัตถุประสงค์ของโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง จำนวนครั้งที่พบกัน ข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกลุ่ม การปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม สถานที่นัดหมายในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม

1. เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม จับคู่คุย ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่คำถาม ถามว่าใครมีปัญหาอนไม่หลับ และเข้าสู่การบรรยายเรื่องอาการนอนไม่หลับ
2. ผู้นำกลุ่มบรรยายใบความรู้ที่ 1/1 “เรื่องอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า”

3. จากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นเกี่ยวกับปัญหาอาการนอนไม่หลับของสมาชิกกลุ่มเชื่อมโยงกับความรู้เรื่องอาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพื่อให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน

1. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกแต่ละคนว่า เคยมีปัญหานอนไม่หลับไหม มีอาการอย่างไรบ้าง
2. สมาชิกในกลุ่มตอบคำถาม ถึงปัญหานอนไม่หลับผู้นำกลุ่มสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มกล้าที่จะเล่าเรื่องอาการนอนไม่หลับให้สมาชิกท่านอื่นฟัง ร่วมกันอภิปรายถึงอาการนอนไม่หลับ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม
3. ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจดปัญหาของสมาชิกในกลุ่มไว้

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

1. ผู้นำกลุ่มสรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป
2. สมาชิกในกลุ่มทำแบบประเมินทำแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัยคอยแนะนำชี้แจงในส่วนแบบประเมินข้อที่สมาชิกไม่เข้าใจ
3. ผู้นำกลุ่มมอบหมายงานให้การบ้านแก่สมาชิกกลุ่ม ใบการบ้านที่ 1/1 “แบบบันทึกอาการนอนไม่หลับ” และสรุปกิจกรรมและนัดหมายกับสมาชิกกลุ่มในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

สรุปการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1

ในช่วงแรกสมาชิกในกลุ่มค่อนข้างเงียบ หลังจากกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัวบรรยากาศภายในกลุ่มเริ่มมีสัมพันธภาพที่ดี มีการไว้วางใจพูดคุยกันในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สามารถบอกชื่อคู่ของตนได้ สมาชิกในกลุ่มสันทัดสนคลาย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการนอนไม่หลับของตนได้ มีการเล่าอาการนอนไม่หลับของตนเองให้สมาชิกท่านอื่นฟัง สมาชิกในกลุ่มเกิดความคุ้นเคยกันและไว้วางใจ มีการแลกเปลี่ยนพูดคุยกันมากขึ้น สามารถ ทำแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับได้ครบถ้วน

การให้การปรึกษากลุ่มครั้งที่ 2 (วันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 2)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ความคิด ความรู้สึกของกลุ่ม เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับได้
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจโครงสร้างความคิด ความคิดที่บิดเบือน

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและเปิดโอกาสให้สมาชิกทักทายกันเอง โดยพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย

2. ผู้นำกลุ่มเตรียมความพร้อมของสมาชิกในกลุ่ม “หากพวกเรากำลังสบายจง.....พลัน” ให้สมาชิกกลุ่มทำตามทีบอกสองครั้ง เช่น”หากพวกเรากำลังสบายจงตบมือพลัน (สมาชิกกลุ่มตบมือสองครั้ง) หากพวกเรากำลังสนุกหมดเรื่องทุกขีใดๆทั้งสิ้นจะประวิงอะไรกันเล่าจงตบมือพลัน
3. ผู้นำกลุ่มทบทวนใบการบ้านที่ 1/1”แบบบันทึกเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ”โดยให้สมาชิกในกลุ่มนำเสนอการบ้านของ เมื่อสมาชิกทุกคนเล่าถึงการบ้านของตนเองจนครบ ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกแต่ละคนว่าคิดอย่างไรเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของเพื่อนสมาชิกคนอื่น

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มอธิบายใบงานที่ 2/1“แบบบันทึกความคิด” พร้อมทั้งยกตัวอย่าง การบ้านสองตัวอย่าง กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น เสนอแนวทางในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ
2. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปแบบบันทึกความคิดบันทึกสาเหตุและอาการนอนไม่หลับเชื่อมโยงเข้าสู่โครงสร้างความคิด ความคิดที่บิดเบือนเกี่ยวกับอาการนอนหลับ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน

1. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้โครงสร้างความคิด ตามใบความรู้ที่ 2/1 “โครงสร้างความคิด”
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกดูสถานการณ์ตัวอย่าง “ภาพวิดีโอเจ็ดตลาดแตก”เนื้อหาในวิดีโอคือเจ้าของตลาดชื่อเจ็ดดา มีนิสัยโอ้อวดอารีชอบช่วยเหลือผู้อื่นแต่เป็นคนเสียงดัง พุดจาโผงผาง เดินเก็บค่าเช่าที่ในตลาด ห่มตาซังร้านขายหมูที่โกดังซัง ช่วยพ่อค้าที่เป็นลม ช่วยเหมาแกงจากแม่ค้าในตลาดไปขาย แต่ภาพที่ออกสื่อโซเชียลคือภาพที่เจ็ดดาเจ้าของตลาดห่มตาซังลงพื้น หามพ่อค้าไปนอกตลาดคนในโซเชียลต่างคิดว่าเจ็ดดาเจ้าของตลาดทำร้ายพ่อค้าในตลาด แต่ถึงจะโดนคำกล่าวหาจากคนอื่นในโลกโซเชียล เจ็ดดาเจ้าของตลาดยังปฏิบัติตัวเหมือนเดิมกับพ่อค้าแม่ค้าที่เช่าที่ขายของในตลาด จากเหตุการณ์ ผู้นำกลุ่มได้ถามถึงความรู้สึก ความคิดครั้งแรกที่เห็นภาพเจ็ดดาเจ้าของตลาดห่มตาซังร้านขายหมู ว่ามีความรู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร โดยเขียนลงในใบงานที่ 2/1“แบบบันทึกความคิด”

สมาชิกในกลุ่มเขียนแสดงความคิดเห็น

3. ผู้นำกลุ่มเขียนโครงสร้างความคิด โดยโยงกับเหตุการณ์ตัวอย่าง เหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม
4. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ความคิดที่บิดเบือน
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเขียน ความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของตนเองที่คิดว่าไม่ถูกต้อง
6. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงความคิดความรู้สึกต่ออาการนอนไม่หลับของสมาชิกเข้าสู่โครงสร้างความคิด ผู้นำกลุ่มโยงเข้าความคิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

1. ผู้นำกลุ่มสรุปกิจกรรมและนัดหมายกับสมาชิกกลุ่มในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป
2. ผู้นำกลุ่มมอบหมายงานใบการบ้านที่ 2/1 “แบบบันทึกความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ”

สรุปการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2

สมาชิกสามารถบอกอาการนอนไม่หลับของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟังได้ผ่านสัมพันธภาพและความไว้วางใจ รู้ถึงปัญหาของกลุ่มว่าสมาชิกในกลุ่มมีปัญหาเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ มีความคิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ สามารถบอกโครงสร้างทางความคิดได้ รวมถึงเชื่อมโยงเข้ากับ โครงสร้างความคิดเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของตนเองได้ สามารถวิเคราะห์ความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานการณ์อาการนอนไม่หลับของตนเอง และสมาชิกในกลุ่มได้ การวิเคราะห์สถานการณ์ความคิดความรู้สึกของสมาชิกกลุ่มช่วยให้สมาชิกเข้าใจความสัมพันธ์ของสิ่งเร้า ความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และสรีระ ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้สำรวจความคิดความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ฝึกให้ผู้รับคำปรึกษาวิเคราะห์ความคิดอารมณ์ตนเอง สามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบช่วยให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงความคิดความเชื่อที่บิดเบือนที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ

การให้การปรึกษากลุ่มครั้งที่ 3 (วันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 3)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติที่บิดเบือนทางลบเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถสะท้อนความคิดความเชื่อที่บิดเบือนไร้เหตุผล
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถปรับความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับให้ถูกต้อง

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย
2. ผู้นำกลุ่มเตรียมความพร้อมของสมาชิกในกลุ่ม “หากพวกเรากำลังสบายจง.....พลัน” ให้สมาชิกกลุ่มทำตามทีบอสองครั้ง เช่น”หากพวกเรากำลังสบายจงตบมือพลัน (สมาชิกกลุ่มตบมือสองครั้ง) หากพวกเรากำลังสนุกหมดเรื่องทุกขใดๆทั้งสิ้นจะประวิงอะไรกันเล่าจงตบมือพลัน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม

1. จากนั้นทบทวนการบ้านที่ได้รับมอบหมายครั้งที่ผ่านมา ใบการบ้านที่ 2/1 “แบบบันทึกความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ” “เชื่อว่าต้องกินยานอนหลับทุกวันถ้าวันไหนไม่กินจะนอนไม่หลับเลย” “เชื่อว่าถ้าคืนไหนนอนหลับไม่ดีตื่นเข้ามาจะ อารมณ์หงุดหงิด เพลีย ไม่มีแรง” ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกได้อ่านทบทวนการบ้านของสมาชิกจนครบทุกคน จากนั้นผู้นำกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับความคิดความเชื่อและ

ทัศนคติที่บิดเบือนเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ โดยโยงเนื้อหาเข้ากับใบการบ้านที่ 2/1 ที่สมาชิกได้นำเสนอ ประกอบกับแจกใบความรู้ที่ 3/1 “ใบความรู้เกี่ยวกับความคิดความเชื่อและทัศนคติที่บิดเบือนเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ”

2. สมาชิกกลุ่มเขียนความคิดเกี่ยวกับการนอนของตน

“อยากให้นอนได้นานกว่านี้หน่อย อย่างน้อยนอนวันละ 7 ชั่วโมงก็ยังดี”

“กังวลว่าตนเองจะนอนไม่หลับ พอเริ่มหลับได้ก็หลับช่วงสั้นๆ จากนั้นก็นอนไม่หลับเลย”

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน

1. กรณีความคิดนั้นเป็นความคิดอัตโนมัติด้านลบ นำสมาชิกเข้าสู่การปรับเปลี่ยนความคิด
2. นำความคิดเกี่ยวกับการนอนหลับที่เป็นความคิดอัตโนมัติด้านลบ และการปรับความคิดใหม่ โดยให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ในการปรับความคิดเกี่ยวกับการนอนใหม่

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

1. ผู้นำกลุ่มสรุปเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ การปรับความคิดและพฤติกรรมต่อการนอน
9. มอบหมายการบ้านให้สมาชิกกลุ่ม “การบ้านแบบบันทึกความคิดเกี่ยวกับการนอนไม่หลับของตนเอง ความคิดเดิม ความคิดใหม่”

สรุปการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3

สมาชิกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับความคิดความเชื่อและทัศนคติที่บิดเบือนเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ สามารถค้นหาความคิดความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับได้ ยังพบมีสมาชิกในกลุ่มบางคนไม่ได้ทำการบ้าน แก้ไขโดยการให้เวลาทำในช่วงที่ทำกิจกรรมเลย สมาชิกปรับความคิดและพฤติกรรมต่อการนอนใหม่โดยการ “ลดพฤติกรรมการดื่มชา กาแฟช่วงบ่าย” “ปรับความคิดใหม่ โดย คิดว่าถึงนอนหลับยากก็ไม่ใช่ไรเพราะปกติก็ไม่มีธุระ ไม่ได้ทำงานอยู่แล้ว” สมาชิกมีการแสดงถึงการปรับความคิดและพฤติกรรมของตนเองใหม่ ต่ออาการนอนไม่หลับ

การให้การปรึกษากลุ่มครั้งที่ 4 (วันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 4)

วัตถุประสงค์

1. สมาชิกกลุ่มสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง
2. สมาชิกกลุ่มจัดความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลและฝึกทักษะสร้างความคิดใหม่

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย สนทนาในเรื่องทั่วไป ทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมา
2. ผู้นำกลุ่มเตรียมความพร้อมของสมาชิกในกลุ่ม “หากพวกเรากำลังสบายใจ.....พลัน” ให้สมาชิกกลุ่มทำตามทีบอกสองครั้ง เช่น”หากพวกเรากำลังสบายใจตบมือพลัน (สมาชิกกลุ่มตบมือสองครั้ง) หากพวกเรากำลังสนุกหมดเรื่องทุกขีตๆทั้งสิ้นจะประวิงอะไรกันเล่าจึงตบมือพลัน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม

1. ทบทวนการบ้านที่ได้รับมอบหมายครั้งที่ผ่านมา ใบการบ้านที่ 3/3 “การบ้านแบบบันทึกความคิดเกี่ยวกับการนอนไม่หลับของตนเอง ความคิดเดิม ความคิดใหม่”
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเสนอการบ้านของตนเองจนครบ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน

1. ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มแจกใบงานกิจกรรมที่ 4/1 จับคู่บัตรคำ ความคิดที่ไร้เหตุผล กับ ความคิดที่มีเหตุผล
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเลือกแยกความคิดว่าความคิดไหนที่ไร้เหตุผล และความคิดไหนที่มีเหตุผล
3. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้การฝึกทักษะการหยุดความคิดและการสร้างความคิดใหม่ เพื่อปรับเปลี่ยนความคิด ใบความรู้ที่ 4/1 การฝึกทักษะการหยุดความคิดและการสร้างความคิดใหม่
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกฝึกทำใบงาน “การหยุดความคิดที่ไร้เหตุผล สร้างความคิดใหม่”
“ความคิดที่ไร้เหตุผลต่อการนอนหลับ คือ คิดว่าถ้าวันไหนนอนไม่เพียงพอจะทำให้อารมณ์หงุดหงิด อ่อนเพลีย” การสร้างความคิดใหม่คือ คิดว่าวันไหนนอนไม่เพียงพอ ก็จะพยายามหากิจกรรมทำในช่วงกลางวันแทนการนอนกลางวัน

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

1. ผู้นำกลุ่มสรุปเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง
2. ผู้นำกลุ่มนัดทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สรุปการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 4

สมาชิกกลุ่มสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการนอนได้ สมาชิกกลุ่มบอกความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อการนอนหลับและสามารถบอกความคิดใหม่ที่มีเหตุผลได้เนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักมองสิ่งเร้าหรือประสบการณ์ที่ผ่านมากับอาการนอนไม่หลับ แปลความความไปในทางลบจนเกิดโครงสร้างความคิดที่บิดเบือน การวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไข แนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับเพื่อมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ใช้การสร้างจินตนาการทางบวกเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบมาเป็นบวกเป็นวิธีการสื่อสารระหว่างการรับรู้อารมณ์และการเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับ Achtenberg (1980)

การให้การปรึกษากลุ่มครั้งที่ 5 (วันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 5)

วัตถุประสงค์

ยุติการให้คำปรึกษาเพื่อคงไว้ซึ่งความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย สนทนาในเรื่องทั่วไป

2. ผู้นำกลุ่มเตรียมความพร้อมของสมาชิกภายในกลุ่ม “หากพวกเรากำลังสบายใจ.....พลัน” ให้สมาชิกกลุ่มทำตามทีบอกสองครั้ง เช่น”หากพวกเรากำลังสบายใจตบมือพลัน (สมาชิกกลุ่มตบมือสองครั้ง) หากพวกเรากำลังสนุกหมดเรื่องทุกขีใดๆทั้งสิ้นจะประวิงอะไรกันเล่าจตบมือพลัน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทบทวนการเรียนรู้ในครั้งที่ผ่านมา “การฝึกทักษะการหยุดความคิดและการสร้างความคิดใหม่”

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน

1. ใบงานกิจกรรม ที่ 5/1ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม แบ่งปันข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม
2. ใบงานกิจกรรม ที่ 5/2 กำลังใจแก่สมาชิกในกลุ่ม
3. สมาชิกแสดงความรู้สึกต่อเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม
4. ผู้นำกลุ่มอ่านข้อความบนกระดานรูปหัวใจทุกใบ
5. เชิญตัวแทน กล่าวถึงสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวแสดงความรู้สึกและให้กำลังใจสมาชิก และกล่าวยุติกิจกรรมการให้คำปรึกษา พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคน
2. หลังสิ้นสุดกิจกรรมสมาชิกทำแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

สรุปการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 5

สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลได้เมื่อประเมินความรุนแรงอาการนอนไม่หลับลดลง หลังสิ้นสุดโปรแกรม

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ผลการกำกับการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทุกคนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลองโดยมีคะแนนความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่า 3.9 แสดงว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีความเชื่อและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (ดังแสดงในตารางที่ 8)

3.ระยะหลังการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Post-test) พร้อมทั้งแจกคู่มือสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับ “ปรับ

ความคิด พิชิต อาการนอนไม่หลับ” แจ้งกลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Posttest) ทันทีหลังจบกิจกรรมที่ 5 และแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับ จากนั้นแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมขอบคุณ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

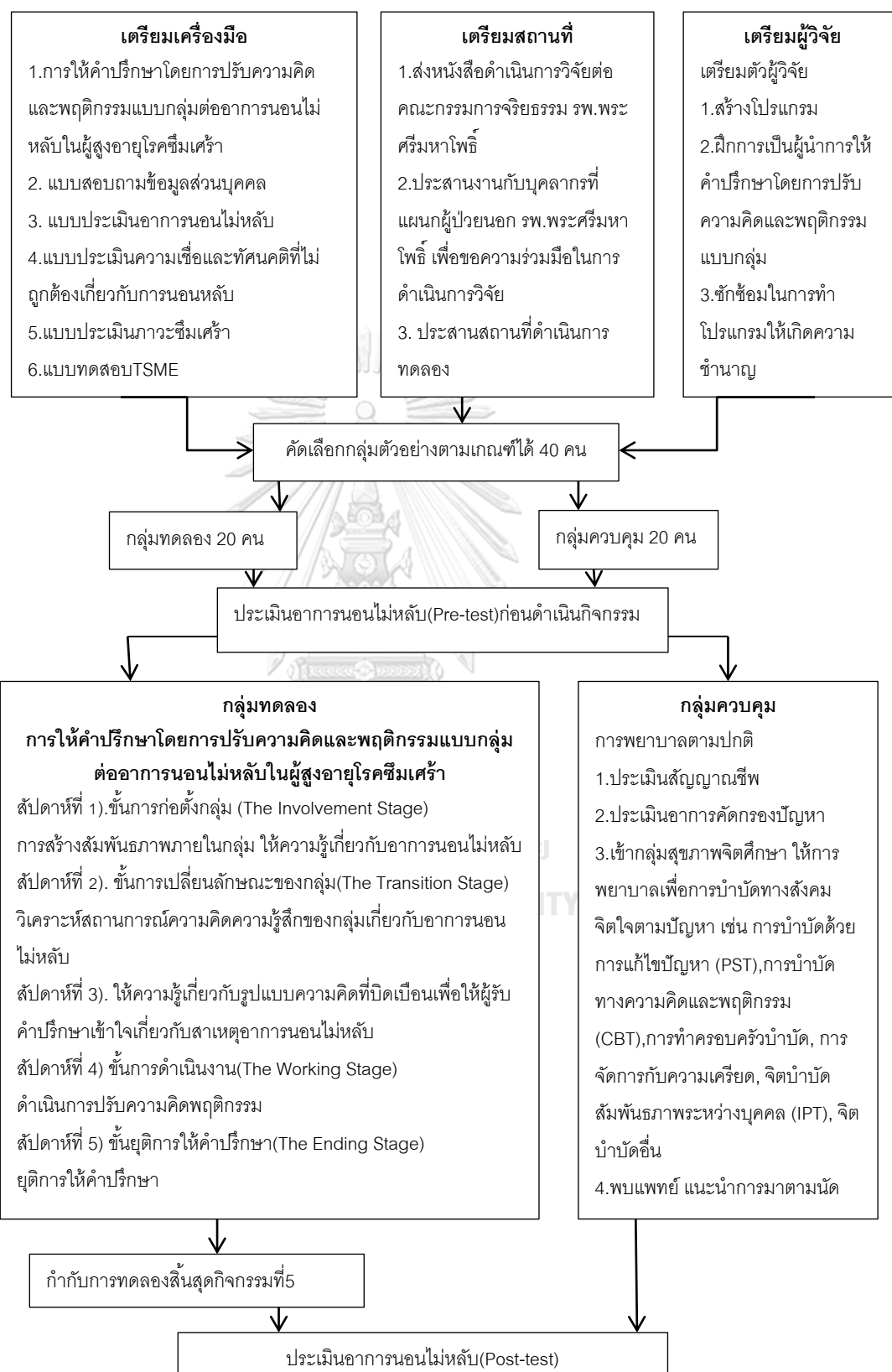
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired samples t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการนอนไม่หลับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ทั้งเพศชายเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยประเมินอาการนอนไม่หลับก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (The Pretest-Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

- | | |
|------------|---|
| ตารางที่ 4 | แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ |
| ตารางที่ 5 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม |
| ตารางที่ 6 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม |

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ

คะแนนอาการนอน ไม่หลับในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	กลุ่มทดลอง (ระดับ)	กลุ่มควบคุม (ระดับ)	กลุ่มทดลอง (ระดับ)	กลุ่มควบคุม (ระดับ)
1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ	1.85 (เล็กน้อย)	1.90 (เล็กน้อย)	1.30 (เล็กน้อย)	1.85 (เล็กน้อย)
2. “ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นขึ้นมากลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับมีหรือไม่มีระดับใด”	1.70 (เล็กน้อย)	2.05 (ปานกลาง)	1.20 (เล็กน้อย)	1.75 (เล็กน้อย)
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นเช้ามากกว่าที่ต้องการหรือไม่มี ระดับใด”	1.65 (เล็กน้อย)	1.35 (เล็กน้อย)	0.90 (ไม่มี)	1.75 (เล็กน้อย)
4. ท่านมีความรู้สึกพอใจกับการนอนของท่านมากแค่ไหน	1.55 (เล็กน้อย)	1.6 (เล็กน้อย)	0.90 (ไม่มี)	1.5 (เล็กน้อย)
5. ท่านคิดว่าคนรอบข้างหรือบุคคลอื่นบอกท่านว่าท่านมีอาการนอนไม่หลับ	1.15 (เล็กน้อย)	1.80 (เล็กน้อย)	0.95 (ไม่มี)	1.45 (เล็กน้อย)
6. ท่านคิดว่าท่านมีปัญหากับการนอนหลับหรือไม่มี ระดับใด	1.80 (เล็กน้อย)	1.40 (เล็กน้อย)	0.75 (ไม่มี)	1.4 (เล็กน้อย)
7. เป็นท่านรู้สึกกังวลกับการนอนไม่หลับหรือไม่มี ระดับใด	1.35 (เล็กน้อย)	1.25 (เล็กน้อย)	0.94 (ไม่มี)	1.35 (เล็กน้อย)
โดยรวม	1.58 (เล็กน้อย)	1.62 (เล็กน้อย)	0.99 (ไม่มี)	1.58 (เล็กน้อย)

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มก่อนการทดลองทั้ง 7 ข้อ คือ 1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ 2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นขึ้นมากลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับมีหรือไม่ว่า 3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นเช้ามากกว่าที่ต้องการหรือไม่ 4. ท่านมีความรู้สึกพอใจกับการนอนของท่านมากแค่ไหน 5. ท่านคิดว่าคนรอบข้างหรือบุคคลอื่นบอกท่านว่าท่านมีอาการนอนไม่หลับ 6. ท่านคิดว่าท่านมีปัญหากับการนอนหลับหรือไม่ 7. เป็นท่านรู้สึกกังวลกับการนอนไม่หลับหรือไม่ คะแนนโดยรวมอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับเล็กน้อย หลังการทดลองพบว่า คะแนนโดยรวม อยู่ในระดับไม่มีอาการนอนไม่หลับ ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการพยาบาลตามปกติทั้ง 7 ข้อคะแนนโดยรวมพบว่าการทดลองอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับเล็กน้อย และหลังการทดลองอยู่ในระดับเล็กน้อย

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	ก่อนทดลอง (n=20)		หลังทดลอง (n=20)		df	t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
กลุ่มทดลอง	11.05	2.97	7.00	2.53	19	11.28	0.000*
กลุ่มควบคุม	11.35	3.17	11.05	3.03	19	1.19	0.249

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มก่อนการทดลองเท่ากับ 11.05 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติด้วย Paired samples t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเท่ากับ 7.00 (ไม่มีอาการนอนไม่หลับ) ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับภายหลังการทดลองอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองเท่ากับ 11.35 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย) และหลังการทดลองเท่ากับ 11.05 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติด้วย Paired samples t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังเข้ารับการทดลองไม่แตกต่างกัน นั่นคือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนการทดลองมีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย และหลังการทดลองมีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=40)

ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		df	t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
ก่อนการทดลอง	11.05	2.96	11.35	3.17	38	-0.31	0.759
หลังการทดลอง	7.00	2.53	11.05	3.03	38	-4.58	0.000*

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มก่อนการทดลองเท่ากับ 11.05 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย) และกลุ่มควบคุมก่อนเข้ารับการทดลองเท่ากับ 11.35 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนเข้ารับการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันโดยมีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อยทั้งสองกลุ่ม สำหรับหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 7.00 (ไม่มีอาการนอนไม่หลับ) กลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 11.05 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย) เมื่อเปรียบเทียบกับ Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มมีอาการนอนไม่หลับลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest-Posttest with control group design) เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยการปรับความคิดพฤติกรรม ต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยการปรับความคิดพฤติกรรม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยการปรับความคิดพฤติกรรม กลุ่มควบคุม คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มลดลงต่ำกว่าก่อนการได้รับคำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนก

ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดให้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ 1. มีระดับภาวะซึมเศร้าไม่เกินระดับปานกลาง (มีคะแนนภาวะซึมเศร้าไม่เกิน 19 คะแนน) ตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck (1961) ปรับปรุงโดย เชาวนี ล่องซูล (2547) ซึ่งภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงส่งผลต่อการรับรู้การปรับความคิดและพฤติกรรม อังคณา ช่วยคำชู (2554) 2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE) มีคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป 3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการศึกษา ตามผลการศึกษาของเยวานาถ คำแก้ว (2562) เรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 20 คนรวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ แผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยการปรับความคิดพฤติกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม การสร้างสัมพันธ์ภายในกลุ่ม การสร้างสัมพันธ์ภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้รับคำปรึกษาเมื่อพยาบาลสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีความเชื่อถือ ไว้วางใจ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่มประกอบด้วย วิเคราะห์สถานการณ์ความคิด ความรู้สึกของกลุ่มเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ และให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบความคิดที่บิดเบือน เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุอาการนอนไม่หลับ ใช้เทคนิคเชื่อมโยง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมและสอนเทคนิคการปรับความคิดพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน ดำเนินการปรับความคิดพฤติกรรมโดยการยกตัวอย่าง ประสบการณ์อาการนอนไม่หลับของสมาชิกในกลุ่ม พิจารณาแบบแผนความคิดด้านลบว่าเป็นแบบใด ตามแนวคิดของแนวคิดมอริสและเบคแล้วเชื่อมโยงถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาที่ต้องการให้เกิดการปรับเปลี่ยนแบบแผนความคิดที่บิดเบือนเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาหยุดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และปรับเปลี่ยนความคิดใหม่

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ยุติการให้คำปรึกษาสรุปกิจกรรมทั้งหมดของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และการคงไว้ซึ่งผลดีเพื่อเป็นแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติต่อเนื่อง

เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตจำนวน 5 ท่าน จากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และครอบคลุมเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมก่อนนำไปใช้จริง หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน หลังทดลองใช้พบว่าสมาชิกกลุ่มสามารถเข้าใจกิจกรรมได้ดีและผู้วิจัยได้ปรับกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพลงเพื่อให้ไม่เกิดความเบื่อหน่ายของผู้สูงอายุ ปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่ายขึ้น พบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด

2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า ยาที่รับประทานเป็นประจำ และการบำบัดทางสังคมจิตใจที่ได้รับ

2.2 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index: ISI) ตามแนวคิดของ Morin (1993) ปรับปรุงโดยจุฑารัตน์ จีราพงษ์ (2558) แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index: ISI) โดย Morin (1993) ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ระยะเวลาในการนอนการจัดการกับอาการ การตื่นเช้ากว่าปกติ และผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการนอนไม่หลับได้แก่ 1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ 2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นขึ้นมากลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับมีหรือไม่มี ระดับใด 3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นเช้ามากกว่าที่ต้องการหรือไม่ ระดับใด 4. ท่านมีความรู้สึกพอใจกับการนอนของท่านมากแค่ไหน 5. ท่านคิดว่าคนรอบข้างหรือบุคคลอื่นบอกท่านว่าท่านมีอาการนอนไม่หลับ 6. ท่านคิดว่าท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับหรือไม่ ระดับใด 7. เป็นท่านรู้สึกกังวลกับการนอนไม่หลับหรือไม่ ระดับใด โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบเอง โดยกำหนดค่าคะแนน 0 หมายถึงไม่มีอาการนอนไม่หลับ 1 หมายถึงมีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย 2 หมายถึงมีอาการนอนไม่หลับปานกลาง 3 หมายถึงมีอาการนอนไม่หลับรุนแรง 4 หมายถึงมีอาการนอนไม่หลับรุนแรงมาก

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการนอนไม่หลับให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 1 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการนอนไม่หลับไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม

ตัวอย่าง แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของการตรวจแบบวัดและวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .85

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ(DBAS)ตามแบบประเมินของ Morin et al (2007)แปลเป็นภาษาไทยโดย จุฑารัตน์ จิราพงษ์ (2558) แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ(Dysfunction belief and attitude scale,DBAS-16) ของ Morin et al., (2007) เป็นแบบประเมินด้วย Visual analog scales จำนวน 16 ข้อโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบประเมิน นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี back translate และผ่านการรับรองจากสถาบันภาษาทั้งสองแห่งคือมหาวิทยาลัยมหาสารคามและจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโดย จรรยา ฉิมหลวง (2554)ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ทำการตรวจสอบ โดยในการวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .95

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หลังได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์แล้ว เพื่อแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกเพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบการตรวจสุขภาพจิตแบบย่อ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Pre-test)กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มโดยมีการจัดกิจกรรมเพื่อลดอาการนอนไม่หลับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 5 ครั้งในวันจันทร์และวันพฤหัสบดีครั้งละ 60-90 นาที ทั้งหมด 5 สัปดาห์ แบ่งเป็นสองกลุ่ม กลุ่มที่ 1 เวลา 9.30-11.00น. กลุ่มที่ 2 เวลา 13.30-15.00น.โดยมีการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน

คือ 1) ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม 2) ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม 3) ขั้นการดำเนินงาน 4) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา หลังการทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองตอบแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบ Paired samples t- test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t- test

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่ม ($\bar{x}=7.0$, $SD=2.53$, ไม่มีอาการนอนไม่หลับ) ลดลงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ($\bar{x}=11.05$, $SD=2.96$, มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่ม ($\bar{x}=7.0$, $SD=2.53$, ไม่มีอาการนอนไม่หลับ,) ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x}=11.05$, $SD=3.03$, มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มลดลงกว่าก่อนการได้รับคำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ($\bar{x}=7.0, SD=2.53$, ไม่มีอาการนอนไม่หลับ) ลดลงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ($\bar{x}=11.05, SD=2.96$, มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับ ได้เรียนรู้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ทราบถึงปัจจัยสิ่งเร้าทางการรู้คิด ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการนอนหลับซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ จิราพงษ์ (2558) ตามแนวคิดวงจรการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ที่กล่าวถึงการนอนไม่หลับมาจากลักษณะการคิด ความเชื่อ ทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่เหมาะสม ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญส่งผลกระทบต่อการรักษาและการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Pigeon et al., 2008; Dombroski et al., 2008) การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยผ่านสัมพันธภาพและการสื่อสารเชิงบำบัดด้วยความไว้วางใจ และการยอมรับผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้เข้าใจและยอมรับในปัญหาของตนเองมีวิธีการช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ลดอารมณ์ทางลบเกี่ยวกับการนอนหลับ และช่วยให้ได้วิเคราะห์ปัญหาอาการนอนไม่หลับของตนเอง (Bor & McCan, 1999) รวมทั้งวิธีการของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนี้ ทำให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความภาคภูมิใจว่า ตนสามารถให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์ต่อเพื่อนในกลุ่มได้ (Zhertzer and Stone, 1968) โดยผู้วิจัยได้ควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันทั้งในด้านอายุ และระดับภาวะซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถปรับความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น ซึ่งการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1.1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม สร้างสัมพันธ์ภาพโดยใช้ ใบงานที่ 1 “จับคู่คุย” เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีนั้น ต้องเริ่มต้นด้วยการคิด การพูด การกระทำในแง่บวกกับเพื่อน ฉะนั้นการเริ่มต้นพูดคุยด้วยการทักทายชื่อเล่นซึ่งจะสื่อให้เห็นถึงความสนิทชิดเชื้อมากกว่าชื่อจริง ส่วนการพูดคุย ให้เริ่มจากการพูดในสิ่งที่คู่สนทนามีความรักหรือความชอบก่อน ซึ่งจะทำให้คู่สนทนาอยากที่จะพูดคุยกับเรา เพราะเราเริ่มพูดในสิ่งที่เขาชอบเขาย่อมอยากฟัง จากนั้นจึงค่อยพูดคุยเรื่องอื่น ซึ่งก็จะทำให้บรรยากาศการพูดคุยกันเป็นไปด้วยความสุขได้ ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มจับคู่กันแล้วนั่งลงโดยให้แต่ละคู่ คุยกัน 30 วินาที ในสองประเด็นคือชื่อเล่นและสิ่งที่ชอบที่สุด และทุกคู่ต้องจำทั้งสองประเด็นของเพื่อนให้ได้ จากนั้น ผู้นำกลุ่มทดสอบสิ่งที่สมาชิกกลุ่มแต่ละคู่ คุยกันทั้งสองประเด็น ว่าจำได้หรือไม่ แล้วให้จับคู่ใหม่ และต้องไม่ซ้ำคู่เดิม สมาชิกสามารถตอบชื่อและสิ่งที่ชอบในคู่ของตนได้เนื่องจากชื่อเล่นสั้นง่ายต่อการจำ มีการพูดคุยกันดี มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในกลุ่มดี แสดงให้เห็นว่าสมาชิกในกลุ่มมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มทำแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ สมาชิกสามารถทำแบบประเมินได้ครบถ้วนโดยผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเป็นคนทำหน้าที่ในการประเมิน สมาชิกกลุ่มให้ความร่วมมือดี

1.2 ผู้นำกลุ่มสอบถามสมาชิกว่า ใครมีปัญหานอนไม่หลับ โดยสนับสนุนให้สมาชิกเล่าให้เพื่อนในกลุ่มฟัง สมาชิกเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลประสบการณ์และปัญหาการนอนไม่หลับ จากนั้น ผู้นำกลุ่มโยงเข้าเนื้อหาอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยอธิบายพร้อมคู่มือ พร้อมทั้งเชื่อมโยงกับปัญหาของสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้เห็นภาพชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ ความคิด ความเชื่อ ทัศนคติ ความรู้สึกของกลุ่ม เข้าใจโครงสร้างความคิด ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

2.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและทบทวนถึงเนื้อหาและกิจกรรมที่ทำในครั้งที่ 1 เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มคนหนึ่ง อ่านการบ้าน ใบงาน “แบบบันทึกความคิดเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ”

ผู้นำกลุ่มยกตัวอย่างแบบบันทึกความคิดเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ แล้วเชื่อมโยงเข้าเนื้อหา โครงสร้างความคิด ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอน จากนั้นสอบถามสมาชิกถึงความคิด อารมณ์ความรู้สึกจากสถานการณ์ดังกล่าวว่ามีความคิดแรกที่เกิดขึ้นกับตัวเองว่าอย่างไร แล้วมันทำให้รู้สึกอย่างไร โดยผู้นำกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกทบทวนและพิจารณาถึงความคิดแรกที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ตัวอย่างแล้วเชื่อมโยงกับความหมายของความคิดอัตโนมัติ และความสัมพันธ์ของเหตุการณ์อารมณ์พฤติกรรมตามแนวคิดทางปัญญา สมาชิกมีความเข้าใจมองเห็นความคิด สัมพันธ์กับ

อารมณ์และพฤติกรรมนอนของตนเองโดยมักจะบังคับตนเองให้นอนหัวค่ำตรงเวลา ใจจดจ่อเกี่ยวกับการนอนว่าต้องหลับให้ได้และส่วนมากในคืนนั้นจะไม่หลับ

การวิเคราะห์สถานการณ์ความคิดความรู้สึกของสมาชิกกลุ่มช่วยให้สมาชิกเข้าใจความสัมพันธ์ของสิ่งเร้า ความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และสรีระ ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้สำรวจความคิดความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ความคิดอัตโนมัติจะถูกกระตุ้นจากความเชื่อพื้นฐานที่อยู่ในระดับลึก (Core beliefs) ซึ่งเป็นความคิดพื้นฐานส่วนบุคคลที่พัฒนามาตั้งแต่เด็กๆ เป็นความคิดต่อตนเองต่อผู้อื่นต่อโลกและอนาคต โดยบุคคลจะคิดและเชื่อว่าความคิดนั้นๆ ของตนเป็นจริงที่สุด อารมณ์พฤติกรรมและสรีระของบุคคลเกิดจากการรับรู้ (perception) และการตีความหรือวิเคราะห์ (Construe) สถานการณ์ของแต่ละบุคคล ลักษณะความคิดที่มีผลทำให้เกิดอารมณ์ พฤติกรรมและสรีระที่เป็นปัญหา เรียกว่าความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) (Beck, 1995, 2011) ฝึกให้ผู้รับคำปรึกษาวิเคราะห์ความคิดอารมณ์ตนเอง สามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบช่วยให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงความคิดความเชื่อที่บิดเบือนที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ

3. ขั้นตอนการดำเนินงาน ดำเนินการปรับความคิดพฤติกรรมและฝึกการหยุดความคิด

ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้สมาชิกกลุ่มสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนได้ สมาชิกกลุ่มขจัดความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อการนอนหลับและฝึกทักษะสร้างความคิดใหม่ที่มีเหตุผลได้เนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักมองสิ่งเร้าหรือประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับแปลความไปในทางลบจนเกิดโครงสร้างความคิดที่บิดเบือน การวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับเพื่อมองปัญหาในแงุ่มใหม่ใช้การสร้างจินตนาการทางบวกเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบมาเป็นบวกเป็นวิธีการสื่อสารระหว่างการรับรู้อารมณ์และการเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับ Achtenberg (1980) 4. ยุติการให้คำปรึกษาเพื่อคงไว้ซึ่งความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลไม่บิดเบือน ไม่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ ยุติการให้คำปรึกษาและร่วมกันสรุปกิจกรรมทั้งหมดของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และการคงไว้ซึ่งผลดีเพื่อเป็นแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติต่อเนื่อง

จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายมา จึงกล่าวได้ว่าการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยการนำแนวคิดของ Mahler (1969) มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีอาการนอนไม่หลับ มีความสามารถในการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อการนอนหลับให้ถูกต้อง โดยเน้นการเข้าใจความคิดของตนเองก่อน โดยกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับจากการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นช่วยให้ผู้สูงอายุ สามารถทราบถึงความเชื่อและทัศนคติต่อการนอนหลับแบบไหนที่ควรปรับ เข้าใจเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมต่อการนอนหลับที่

ถูกต้องเหมาะสม เลือกวิธีจัดการกับอาการนอนไม่หลับได้ด้วยตนเองจากข้อคิดเห็นจากสมาชิกในกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่ม ช่วยทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ และมีทักษะในการปรับความคิดและพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่ม ($\bar{x}=6.65$, $SD=0.93$, ไม่มีอาการนอนไม่หลับ) ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x}=11.10$, $SD=1.83$, มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม เป็นกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถในการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยได้นำแนวคิดของ Mahler (1969) มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ 1) ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม 2) ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม 3) ขั้นการดำเนินงาน 4) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา โดยมีการจัดกิจกรรมตามแผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 1½ - 2 ชั่วโมง รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์ ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการปรับความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง หยุดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ แสดงถึงผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม สามารถปรับความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนได้ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวนาถ คำแก้ว (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถลดอาการนอนไม่หลับระดับน้อยในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการนอนไม่หลับก่อนการได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ ($\bar{x}=11.35$, $SD=3.167$, มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย) หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x}=11.05$, $SD=3.034$, มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย) แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังได้รับการพยาบาลปกติค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการนอนไม่หลับไม่ลดลงผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อยเท่าเดิม

โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลจากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก คลินิก อารมณ์ดี คือการประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการคัดกรองปัญหา การเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ให้การพยาบาลเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจตามปัญหา เช่น การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห (PST), การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT), การทำครอบครัวบำบัด, การจัดการกับความเครียด, จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (IPT), จิตบำบัดอื่นๆ พบจิตแพทย์เพื่อให้การรักษา และรับยาที่ห้องยาแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้านการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์และการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ในระยะเวลาที่ดำเนินกิจกรรม กลุ่มทดลองไม่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมบำบัด การบำบัดทางจิตสังคมจะเป็นไปตามปัญหาที่พบไม่จำเพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับ

ผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิด และพฤติกรรมแบบกลุ่มสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยการปรับความคิด และพฤติกรรมมีผลต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้ดีขึ้นได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการปรับความคิดความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา ช่วยคำชู (2554) ที่พบว่า การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าได้ เมื่อภาวะซึมเศร้า ลดลง อาการนอนไม่หลับก็จะลดลงตามไปด้วย และการศึกษาของเยาวนาถ คำแก้ว (2562) ที่ศึกษา ถึงการปรับความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่สามารถช่วยปรับ ความคิดและลดสิ่งเร้าด้านความคิด ช่วยลดอาการนอนไม่หลับระดับน้อยได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1 การนำการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ เพื่อจะสามารถนำความรู้ความเข้าใจมาดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพประโยชน์สูงสุด

2. ควรมีการนำการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มไปใช้ใน กิจกรรมการพยาบาลปกติในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับ เพื่อให้เกิดการบริการต่อเนื่อง ยั่งยืน ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องติดตามประเมินความรุนแรงอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังสิ้นสุดกิจกรรม เดือนที่ 1 เดือนที่ 3 เดือนที่ 6
2. ควรศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับผู้ดูแล ตามบริบทของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านักจะเดินทางมาร่วมกิจกรรมพร้อมกับผู้ดูแลหรือญาติ เพื่อส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ควรมีการศึกษาให้ผู้ดูแลและญาติเข้ามาร่วมทำกิจกรรมในโปรแกรมด้วย



บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2552). **แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลระดับจังหวัด**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- กุลธิดา สุภาคุณ. **ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**. คณะพยาบาลศาสตร์ : มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.
- กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2542). **การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม**. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- กุศลมาลย์ รามศิริ.(2544). **คุณภาพการนอนหลับปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาในผู้สูงอายุ** : เชียงใหม่,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คมเพชร ฉัตรศุภกุล. (2545). **การแนะแนวเบื้องต้น**. กรุงเทพฯ : แสงรุ่งการพิมพ์.
- เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์. (2548). **ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุไรรัตน์ ดือขุนทด สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และวารีย์ กังใจ. (2559). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการผ่อนคลายโดยการฟังดนตรีธรรมะร่วมกับสวดมนต์บำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ**.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 32(1): 15-30.
- จุฑามาศ วังทะพันธ์. (2551). **ผลการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในภาวะวิกฤตทางอารมณ์**. โสธรเวชสาร,10(1), 288.
- จุฑารัตน์ จิราพงษ์. (2558). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฑารัตน์ จิราพงษ์ และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2561).**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า**.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 32(1): 134 – 149.
- ชนกพร จิตปัญญา.(2543).**บทความวิชาการ มโนคติและการจัดการนอนหลับ**.วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,12(1),1-9.
- เชาวนี ล่องชูผล. (2547). **ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฐนิษฐา กลีบบัว.(2558).ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มี

อาการซึมเศร้า.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต.สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดรรารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2558). การให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม. พยาบาล
สาร. 42 : 205-213.

ดรรารวรรณ ต๊ะปิ่นตา สุพิศ กุลชัย สมบัติ สกกุลพรรณ กรรณิการ์ ศรีมงคลธาราธร สุชาพร บุญยศิลา
พงศ์ และผกาทิพย์ สุขจิตร์. (2556). ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบ
หลายช่องทางต่อการลดภาวะซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 27(3): 1-
15.

ธรรินทร์ กองสุข. (2550). โรคซึมเศร้า องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ เล่ม 1.

อุบลราชธานี : ศิริธรรมออฟเซ็ท.

เบญจวรรณ เนตรแหม. การศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลสมุทรสาคร.คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:
ยูแอนด์ ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด.

บุษยา คล้ายมุข.(2557). ผลของการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้า
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารสภาการพยาบาล. 27(3) : 106-115

ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก. การศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อ
ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวล โรงพยาบาลประจันตคาม. โครงการศึกษาอิสระ
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.

ปริญญภพ สิทธิพรอนันต์. (2550). ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2558). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ : ยู
เนี่ยน ศรีเอช.

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุทุมพรพยากุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้า
ในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 56(2),
103-116.

เทอดศักดิ์ เดชคง.วิธีจัดการนอนไม่หลับโดยการไม่ใช้ยา

www.drterd.com/news/admin/2311254910272.doc สืบค้นข้อมูลเมื่อ11/04/2561

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2544). ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา.กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์
พัฒนาศึกษา.

พจนา เปลี่ยนเกิด. (2557). โรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา. วารสารพยาบาล
ทหารบก 15(1): 18-21.

พนม ลิ้มอารีย์. (2548). การแนะแนวเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.

พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับ
โรคซึมเศร้า (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพลส จำกัด.

พัทธิญา แก้วแพง. (2547) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับใน
ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนทรชัย. (2555). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์
เอ็นเทอร์ไพรส์.

เยาวนาถ คำแก้ว. (2562). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่
หลับของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.
วิทยาสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 31(3): 1-16.

รังสิมันต์ สุนทรไชยา, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, วาสินี วิเศษฤทธิ์, สุพัตรา สุขาวท
, และ จินตนา ลีจ้งเพิ่มพูน. (2561). การพัฒนาและทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบ
ประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต, 32(2), 100-2.

รัตนา พันจุม, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และรัตนศิริ ทาโต. (2557). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
แบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

ลักขณา สริวัฒน์. (2545). สุขวิทยาและการปรับตัว. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์.

นริสา วงศ์พนารักษ์. (2557). ภาวะซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. วารสาร
พยาบาลทหารบก. 15(3) : 24 -31.

วัชรีย์ ทรัพย์มี. (2549). ทฤษฎีและกระบวนการให้บริการปรึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วัชรีย์ ทรัพย์มี. (2554). ทฤษฎีและกระบวนการให้คำปรึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วีระชัย เตชะนิตติชัย. (2551). การบำบัดโดยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับ

ผู้ป่วยในโครงการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์.

การศึกษาอิสระปริญญามหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.

มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วรุตม์ อุ่นจิตสกุลและ พิเชฐ อุดมรัตน์. (2559). **ความรู้และพฤติกรรมบำบัดสำหรับภาวะ**

นอนไม่หลับ.ศูนย์บริการตรวจการรักษาและวิจัยปัญหาการนอน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). **ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล,โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์.

สุภารัตน์ ชัยอาจและพวงพยอม ปัญญา. (2548). การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. **วารสารการพยาบาล.** 20(2) : 1-12.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). **ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ.** (พิมพ์ครั้งที่ 1) ตำราจิตเวชสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวชุดที่7.กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรื่องตระกูล.(2549) **จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช.** กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

สรยุทธ วาสีกานนท์. (2547). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุรัชย์ เกื้อศิริกุล.(2544).ปัญหาการนอนไม่หลับหรือหลับไม่เพียงพอ. **วารสารคลินิกเวชปฏิบัติจากการใช้ยา,**17(1),5-10.

สายฝน เอกวางกูร. (2554). **รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า.**(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท ส.เอเชียเพรส,1-36.

สายฝน อินศรีชื่นและทัศนาศูววรรณะปกรณ. (2560) **ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவ**

คนบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สาวิตรี สิงหาต.(2559). **การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า.**วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.18(3) : 15-24.

สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2559). **ชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย คำแนะนำการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Treatment Recommendation for Major Depressive Disorder in Older Persons).** กรุงเทพ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรางค์ เลิศคาธาร. (2554). **นอนไม่หลับอย่างไร การดูแลผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับ.** สืบค้น

เมื่อ 23 มกราคม 2561, จาก<http://164.115.23.88/hbss/Files/เฝ้าระวัง/7.คลังความรู้/>

นอนไม่หลับ/นอนไม่หลับพญ.สุรางค์ เลิศคาธาร.ppt

สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และคณะ. (2561). **ความชุกของโรคจิตเวชในผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย**

และผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.63(1) : 89-98.

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ. (2558). **ตำราโรคซึมเศร้า.** ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานา
วิทยา.

อังคณา ช่วยคำชู. (2554). **ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม**

แบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรค

เรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วม. วารสารสภาการพยาบาล. 26(1): 70-81.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). **การบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ.** ใน อรพรรณ ลือบุญธวัช

ชัย,และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (บรรณาธิการ), **การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรค**
ซึมเศร้า.(น. 235-62). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ:

วี.พรินทร์ (1991) จำกัด.

อาภา จันทรสกุล. (2550). **ทฤษฎีและการให้คำปรึกษาในโรงเรียน** (พิมพ์ครั้งที่ 13).กรุงเทพฯ:

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental**
disorders: DSM-IV (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). **Criteria for major depressive episode:**

DSM-V. Retrieved January 12, 2015, from <https://www.dsm5.org>

American Academy of Sleep Medicine. (2014). **International classification of sleep**

disorders, 3ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.

American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of**

Mental Disorders. 4th ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric
Association.

Beck, J. S. (1995). **Cognitive Therapy: Basics and Beyond.** New York: Guilford.

Beck A.T.(1967). **Depression : Clinical, experimental, and theoretical aspects.** New
York :Harper Row.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of**

depression. New York : Guilford Press.

- Benca, R. M., & Peterson, M. J. (2008). **Insomnia and depression.** *Sleep Medicine*, 9(1), S3-S9.
- Blazer, D.G., & Hybels, C.F. (2005) Origins of depression in later life. **Psychological medicine.** 35(95) : 1241-1252.
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). **Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research.***Sleep Medicine*, 2(4), 297-307. doi: 10.1016/S1389-9457(00)00065-4
- Bluestein, D., Rutledge, C.M. and Healey, A.C.. (2010). **Psychosocial Correlates of Insomnia Severity in Primary Care.***Journal of American Board of Family Medicine*, 23(2), 204-211.
- Bor, R., & McCan, D. (1999). **The Practice of Counseling in Primary Care.** London: SAGE Publication Ltd.
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research**, 28(2), 193-213.
- Buyse, D.J., Nofzinger, E.A., Keshavan, M.S. et al..(1999). **Psychiatric disorders associated with disturbed sleep and circadian rhythms.** In: Turek F, Zee P (eds) **Regulation of Sleep and Circadian Rhythms.** New York: Marcel Dekker, Inc. ,597–641.
- Corey, G. (2004). **Theory and Practice of Counseling & Psychotherapy.** USA : Thomson Brooks/Cole.
- Dombroski, Y.A. et al.(2008). Which symptoms predict recurrence of depression in Women treated with maintenance interpersonal psychotherapy. **Depress Anxiety**, 25(12), 1060-1066.
- Dyer, W.W., and Vriend, J. (1975). **Counseling Technique at work.** Washington D.C. : A.P.G.A.
- Edinger, J. D., Bonnet, M. H., Bootzin, R. R, Doghramji, K., Dorsey, C. M., Espie, C. A., Jamieson, A. O., McCall, W. V., Morin, C. M., & Stepanski, E. J. (2004). Derivation Of Research Diagnostic Criteria for Insomnia: Report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. **AASM Working group report,** Diagnostic Criteria for Insomnia. *Sleep*, 27(8), 1567-1596.

- Edwards, B. A., O'Driscoll, D. M. Ali, A., Jordan, A. S., Trinder, J., & Malhotra, A. (2010). Aging and Sleep: Physiology and Pathophysiology. **Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine**, 31(5), 618–633. doi:10.1055/s-0030-1265902.
- Ever, M. and Martin, D.B., (2002). Mood disorder in the geriatric patient. **Geriatric Nursing**, 57(10), 36-40.
- Franzen, P. L., & Buysse, D. J. (2008). Sleep disturbances and depression: Risk Relationships for subsequent depression and therapeutic implications. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, 10, 473-481.
- Frisch, N. C., and Frisch, L. E. . (2002). **Psychiatric mental health nursing: Understanding the client as well as the condition**. Albany: Delmar.
- Hauri, P. J. (1998). **Insomnia**. **Clinics in Chest Medicine**, 19(1), 157-168.
- Hoertel, N., Strat, Y.L., Gorwood, P., Potelle, C.B., Schuster, J.P., Manetti, A., Dubertret, C. and Limosin, F. (2013). Why does the lifetime prevalence of major depressive disorder in the elderly appear to be lower than in younger adults? Results from a national representative sample. **Journal of Affective Disorders**, 149, 160-165.
- Iber, C., Ancoli-Israel, S., Chesson, A. L., & Quan, S. F. (2007). The new sleep scoring manual – The evidence behind the rules. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, 3(2), 107.
- Isaac, F. & Greenwood, K.M., (2011). **The relationship between insomnia and depressive symptoms: genuine or artifact?**. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 7(1), 57-63.
- Jeste, D.V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Martin, A. V. S., & Kaemer, H. C. (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. **American Journal of Psychiatry**. 170(2) : 188-196.
- Jassent, I. et al., (2011). Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for Depressive symptoms in the elderly. **SLEEP**, 34, 1103- 10.
- Lee, S. U., Wuertz, C., Rogers, R., & Chen, Y. P. (2013). Stress and sleep disturbances in female college Students. **American Journal Health Behavior**, 37(6), 851-858.
- Lundh, L.G. and Broman, J.E. (2000). Insomnia as an interaction between sleep

- interfering and sleep interpreting processes. **Journal of Psychosomatic research**, (49),299-310.
- Lustberg , L.and Reynolds,C.F..(2000).Depression and insomnia : question of cause and effect. **Sleep Medicine Reviews**,4(3),253-262.
- Mahler, C. A. (1969). **Group counseling in the school**. Boston: Houghton Mifflin.
- Manber, R. & Chambers, A. S. (2009). Insomnia and depression: a multifaceted interplay. **Current of Psychiatry Reports**, 11, 437-442.
- Morin, C. M.(1993). Insomnia: **Psychological assessment and management**. New York: Guilford Press.
- Morin, C. M. & Blais, F., & Savard, J. (2002). Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia?. **Behaviour Research and Therapy**, 40, 741-752.
- Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink,D (1999). Behavioral and Pharmacological therapies for late-life insomnia. **JAMA**, 281(11), 991-999.
- Morin, C.M., Vallières, A.,& Ivers, H. (2007). Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS):Validation of a Brief Version (DBAS-16).**SLEEP**, 30(11):1547-1554
- Murphy, P. E., Clarrocchi, J. W., Piedmont, R, L., Cheston, S., Peyrot, M., & Fitchett, G. (2000). The relation of religious belief and practices, depression, and hopelessness in persons with clinical depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 68(6) : 1102-1105.
- National sleep foundation. (2015). **National sleep foundation recommends new sleep times**.RetrievedSeptember2,2017,from<https://sleepfoundation.org/press-release/nationalsleep-foundation-recommends-new-sleeptimes..>
- Ohlsen, M.M. (1988). **Group Counseling**. New York : Hoit, Rinebart and Winston.
- Pigeon, W. R., Hegel, M., Unützer, J., Fan, M. Y.,Sateia, M. J., Lyness, J. M., Phillips, C., & Perlis, M. L.(2008). Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in The IMPACT cohort?. **SLEEP**, 31(4), 481 - 488.
- Prinz ,P.N., Vitiello ,M.V., Raskind, M.A.and Thorpy,M.J..(1990) .Geriatrics: sleep disorders and aging. **England Journal Medicine**, 323, 520–526.
- Polit, D. F., andBeck, C. T. (2004). **Nursing Research: Principles and Methods 7th** ed Philadelphia : J.B. Lippincott Williams and Wilkins.

- Rao, N.S. (1981). **Conseling Psychology**. New Delhi : Tata McGrow – Hill.
- Reynolds, S.J. (1997). A comparison of tools the assessment of sleep pattern disturbance in critically ill adults. **Dimensions of Critical care Nursing**, 16(5), 226-242.
- Richarson, S. J. (1997). A comparison of tools the assessment of sleep pattern disturbance in critically ill adults. **Dimensions of Critical Care Nursing**, 16(5), 226-242.
- Sadock,B.J. and Sadock,V.A. .(2001).Pocket handbook of clinical psychiatry ,
Lippincott William & Wilkins 3rd edition.
- Schwartz, S., Anderson, W. M., Cole, S. R., Comoni-Huntley, J., Hays, J. C., & Blazer, D. (1999).Insomnia and heart disease: A review of epidemiologic studies. **Journal of Psychosomatic Research**, 47(4), 313-333.
- Seligman, M. E. P., Peterson, C Kaslow, N.J., Tenenbaum, R.L., Alloy, L.B., & Abramson, L.Y .. (1984). Attbutional style and depressive symptoms. **Journal of abnormal Psychology**. 93 : 235-241.
- Stepanski,E.J. ,In T.L.,Lee-Chiong,M.J.Sateia,M.A.and Carskadon,(Eds.). (2002).**Etiology of insomnia. Sleep medicine Philadelphia**: Hanley & Belefus,161-168.
- Susuki, K., Miyamoto, M., & Hirata, K. (2016). Sleep isorders in the elderly: Diagnosis andmanagement. **Journal of General and Family Medicine**, 18, 61-71.
- Spielman, A. J. (1986). Assessment of insomnia. *Clinical Psychology Review*, 6, 11-25.
- Spielman, A. J., Saskin, P., & Thorpy, M. J. (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. **Sleep**, 10, 45-56.
- Shertzer, B. and Shelly, C. (1971). **Group Counseling in Fundamentals of Counseling** .New York. : Houghton Mifflin Company.
- Snyder-Halpern, R., & Verran. J. A. (1987). Instrumentation to describe subjective Sleepcharacteristics in healthy subjects. **Research in Nursing & Health**, 10, 155-163.
- Trower, P, Casey, A, & Dryden, W. (2006).**Cognitive Behavioral Counselling**.London: SAGE Publication
- Wennberg,A.M., Canham,S. L.,Smith,M. T.,& Spira, A. P. (2013). Optimizing sleep in older adults: **Treating insomnia**. *Maturitas*, 76(3), 247-252. doi:

10.1016/j.maturitas.2013.05.007

Wilson, P. H., Spence, S.K., & Kavangh, D.J. (1989). **Cognitive Behavior Interviewing For Adult Disorder**. New York: Route ledge.

World Health Organization. (2010). **The ICD 10 Classification of Mental and Behavioral Disorder Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines**. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2017) . **Depression and other common mental disorders: Global health estimates**. [Online] 20 Feb 2020. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/254610>.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. อาจารย์ ดร.สุดาพร สถิตยยุทธการ | อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. นางสาวรวงคณา จำปาเงิน | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล
สุขภาพจิต และจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก
จังหวัดสุพรรณบุรี |
| 3. นายแพทย์โยธิน วิเชษฐวิชัย | จิตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมิติเวช
สุขุมวิท กรุงเทพมหานคร |
| 4. นางสาวรัชณี อุทัยพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษสาขาการ
พยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช โรงพยาบาลพระ
ศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี |
| 5. นางสาวกัณฑ์ฤทัย ปานทอง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษสาขาการ
พยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช โรงพยาบาลจิต
เวชพิบูลย์โลก จังหวัดพิษณุโลก |



การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

$$CVI = \frac{4}{4} = 1.00$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ

$$CVI = \frac{7}{7} = 1.00$$

3. ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

$$CVI = \frac{16}{16} = 1.00$$



ตัวอย่างโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิด
และพฤติกรรมแบบกลุ่ม
ต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า



โดย

นางสาวเพ็ญฝัน ยอดดี

นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเนื้อหาในกิจกรรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม
 แผนการดำเนินกิจกรรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม
 แบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 1. ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม
(The Involment Stage)

กิจกรรมที่ 1 : การสร้างสัมพันธ์ภาพภายในกลุ่ม กำหนดวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกลุ่มและให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

สัปดาห์ที่ 1 วันจันทร์ เวลา 09.30 – 11.00น., 13.30-15.00 น.

สถานที่สอน ห้องบำบัดกลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 10 คน(แบ่งเป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 10 คนช่วงเช้าและช่วงบ่าย)

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับสมาชิกกลุ่ม และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มด้วยตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อตกลงการเข้าร่วมกลุ่มการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. มีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และสามารถสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง
2. มีความเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อตกลงการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม
3. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
4. สามารถประเมินความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับ

สาระสำคัญ การสร้างสัมพันธ์ภาพเป็นการสร้างความพร้อมให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้นในการเข้าร่วมกิจกรรม การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มจะช่วยสร้างความไว้วางใจ มีบรรยากาศที่ดีในการเข้ากลุ่ม เกิดการผ่อนคลาย ทางด้านร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งจะรับการเรียนรู้วางเป้าหมายของกลุ่ม เพื่อทราบวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มและสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกลุ่ม มี

การใช้กระบวนการกลุ่มโดย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันกับสมาชิกในกลุ่มวิธีการและแนวทางในการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม สร้างข้อตกลงกับผู้รับคำปรึกษาในการสำรวจตนเอง (self-monitoring) ยอมรับว่าต้องมึนงานที่ต้องนำกลับไปทำที่บ้าน (Homework assignment) พร้อมทั้งเปิดเผยความรู้สึกและร่วมมือกับผู้วิจัยในการรับคำปรึกษาซึ่งการสร้างสัมพันธภาพที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้รับคำปรึกษาเมื่อผู้ให้คำปรึกษาสร้างสัมพันธภาพที่มีความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจ สุวนีย์ กิ่งแก้ว(2544) และให้ความรู้เรื่องอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจนำไปสู่การประเมินอาการนอนไม่หลับ เพื่อค้นหาปัญหาเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน เพื่อให้สามารถเห็นหน้ากันได้ทุกคน
2. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวและแนะนำผู้ช่วยผู้นำกลุ่มและกล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิก พูดคุยสร้างสัมพันธภาพถามความเป็นอยู่เรื่องทั่วไปก่อนเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น สร้างความไว้วางใจแสดงความสนใจและใส่ใจกับสมาชิกในกลุ่ม “สวัสดีค่ะ วันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ” ”รับประทานอาหารเช้ากันมาหรือยังคะ” (ใช้ภาษาท้องถิ่น)
3. ให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัว โดยเริ่มจากผู้นำกลุ่มจนครบทุกคน เช่น
 “สวัสดีค่ะ ข้าพเจ้าชื่อ.....ชื่อเล่น.....ชอบ.....” สมาชิกในกลุ่มส่วนมากต้องการทราบว่ามาจากจังหวัดอะไร มีการเพิ่มการแนะนำตัวว่ามาจากจังหวัดไหนบ้าง
 “สวัสดีค่ะ ข้าพเจ้าชื่อ.....ชื่อเล่น.....ชอบปักผ้า มาจากจังหวัดอุบลจำ”
 “สวัสดีครับ ข้าพเจ้าชื่อ.....ชื่อเล่น.....ชอบไปดูนา มาจากจังหวัดอุบลครับ”
4. ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มแจกใบแนะนำกิจกรรม เพื่อให้สมาชิกเข้าใจกิจกรรมและเป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกลุ่ม
5. ผู้นำกลุ่มชี้แจง วัตถุประสงค์ของโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง จำนวนครั้งที่พบกัน ข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกลุ่ม การปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม สถานที่นัดหมายในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม

.....

.....

ตัวอย่างคู่มือการปรับความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับ

คู่มือ



ปรับความคิด พิชิต อาการนอนไม่หลับ

โดย

เพียงฝัน ยอดดี

นิติตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป (ข้อมูลจากสัมภาษณ์ผู้ป่วยและเวชระเบียน)

“ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ”

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

1. ☐ คู่ 4. ☐ หย่า2. ☐ โสด 5. ☐ แยกกันอยู่3. ☐ หม้าย

4. รายได้ ของท่านเป็นอย่างไร

1. ☐ เพียงพอ 2. ☐ ไม่เพียงพอ

รายได้.....บาท/เดือน

5. ระดับการศึกษา

1. ☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ 4. ☐ อาชีวศึกษา2. ☐ ประถมศึกษา 5. ☐ อนุปริญญา3. ☐ มัธยมศึกษา 6. ☐ ปริญญาตรี

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า ปี (นับจำนวนเต็มปี)

7. ยาที่รับประทานเป็นประจำขณะนี้

1. ☐ ไม่มี2. ☐ มีได้แก่.....
.....
.....
.....

8. การบำบัดทางสังคมจิตใจที่ได้รับ

1. ☐ ไม่มี2. ☐ มี

ได้แก่.....

ตัวอย่างแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ

แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความในช่องว่าง (...) ที่เว้นไว้โดย “ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ”

ระดับของอาการนอนไม่หลับ

0 = ไม่มีอาการ 1 = มีอาการเล็กน้อย 2 = มีอาการปานกลาง 3 = มีอาการรุนแรง 4 = มีอาการรุนแรงมาก

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ

0	1	2	3	4
ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมาก

2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นขึ้นกลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ

0	1	2	3	4
ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมาก

3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นเช้ามากกว่าที่ต้องการหรือไม่

0	1	2	3	4
ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมาก

4. ท่านมีความรู้สึกพอใจกับการนอนของท่านมากแค่ไหน

0	1	2	3	4
ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมาก

5. ท่านคิดว่าคนรอบข้างหรือบุคคลอื่นบอกท่านว่าท่านมีอาการนอนไม่หลับ

0	1	2	3	4
ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมาก

6.....

7.....

ตัวอย่างแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เหนือตัวเลขหน้าข้อความที่เว้นไว้ (.....) เพื่อแสดงถึงทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับ โดย “ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ”

1. การนอนวันละ 8 ชั่วโมงในตอนกลางคืนจะทำให้รู้สึกสดชื่นและสามารถทำงานต่าง ๆ ได้ดีในระหว่างวัน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. เมื่อฉันนอนหลับได้ไม่เพียงพอในคืนใดคืนหนึ่ง ฉันต้องนอนชดเชยในวันต่อไปโดยการงีบหลับตอนกลางวันหรือนอนให้นานขึ้นในคืนต่อไป

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. การนอนไม่หลับเรื้อรังจะทำให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อสุขภาพร่างกาย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ฉันรู้สึกกังวลว่าฉันจะไม่สามารถควบคุมการนอนหลับของฉันได้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5.....

6.....

7.....

8.....

13.....

14.....

15.....

16.....

ตัวอย่างใบการบ้านที่ 1/1 แบบบันทึกอาการนอนไม่หลับ

ใบการบ้านที่ 1/1
แบบบันทึกอาการนอนไม่หลับ

วันที่มีอาการนอนไม่หลับ	อาการนอนไม่หลับ
.../.../ 2563	<p>ตัวอย่างอาการนอนไม่หลับ</p> <p>เข้านอนเร็วแต่หลับยาก</p> <p>ตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก</p> <p>ตื่นเร็วหรือตื่นเชากว่าปกติ</p> <p>หลับไม่สนิท หลับๆ ตื่นๆ</p>

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ตัวอย่างใบงานที่ 2/1 แบบบันทึกความคิด

ใบงานที่ 2/1 แบบบันทึกความคิด

คำชี้แจง:ให้ท่านเขียนแสดงความคิดต่อเหตุการณ์ “ภาพวิดีโอเจ้าตลาดแตก”

เหตุการณ์	ความคิด	อารมณ์	พฤติกรรม
ภาพวิดีโอเจ้าตลาดแตก ตัวอย่าง เจ้าตูมตาซึ้งลงบน พื้น	คิดว่าเจ้าตาเป็นคนไม่ดี	โกรธเจ้าตา	สังเกตว่าหน้าร้อนๆ เพราะโกรธ



ตัวอย่างใบการบ้านที่ 2 /1 แบบบันทึกความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ

ใบการบ้านที่ 2 /1 “แบบบันทึกความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ”

ท่านมีความเชื่อตรงกับข้อเหล่านี้ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐

- ☐ 1. การนอนวันละ 8 ชั่วโมงในตอนกลางคืนจะทำให้รู้สึกสดชื่นและสามารถทำงานต่าง ๆ ได้ดีในระหว่างวัน
- ☐ 2. เมื่อฉันนอนหลับได้ไม่เพียงพอในคืนใดคืนหนึ่ง ฉันต้องนอนชดเชยในวันต่อไปโดยการงีบหลับตอนกลางวันหรือนอนให้นานขึ้นในคืนต่อไป
- ☐ 3. การนอนไม่หลับเรื้อรังจะทำให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อสุขภาพร่างกาย
- ☐ 4. ฉันรู้สึกกังวลว่าฉันจะไม่สามารถควบคุมการนอนหลับของฉันได้
- ☐ 5. การนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืนจะทำให้รบกวนการทำกิจกรรมต่างๆ ในวันต่อมา
- ☐ 6. ฉันควรกินยานอนหลับในคืนที่ฉันนอนไม่หลับ เพื่อวันรุ่งขึ้นฉันจะตื่นตัวและทำงานได้ตามปกติ
- ☐ 7. ฉันคิดว่าถ้าหากฉันนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืนที่ผ่านมา จะทำให้ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า หรือวิตกกังวลในระหว่างวันนั้น
- ☐ 8. เมื่อฉันนอนหลับได้ไม่ดีในคืนใดคืนหนึ่ง ฉันรู้ว่ามันจะรบกวนการนอนหลับของฉันไปตลอดสัปดาห์

9. ฉันคิดว่าการนอนหลับไม่เพียงพอในตอนกลางคืน ฉันแทบจะทำอะไรไม่ได้ในวันถัดไป
10. ฉันไม่สามารถคาดเดาได้เลยว่าฉันจะนอนหลับได้ดีหรือนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืน
11. ฉันมีความสามารถเพียงน้อยนิดในการจัดการกับผลเสียที่เกิดหลังจากการนอนหลับได้ไม่ดี
12. เมื่อฉันรู้สึกเหนื่อย ไม่มีแรง หรือเพียงแต่ดูเหมือนจะทำงานต่าง ๆ ได้ไม่ดีในระหว่างวันส่วนมากเป็นเพราะว่าฉันนอนหลับได้ไม่ดีในคืนก่อนหน้านั้น
13. ฉันเชื่อว่าอาการนอนไม่หลับเป็นผลมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในร่างกาย
14. ฉันรู้สึกว่าการนอนไม่หลับทำลายความสามารถของฉันที่จะมีความสุขกับชีวิตและทำให้ฉันไม่สามารถทำอะไรอย่างที่ยากทำได้
15. การใช้ยานอนหลับจะเป็นวิธีการเดียวที่จะแก้ปัญหานอนไม่หลับ
16. ฉันคิดว่าถ้าฉันนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืน ฉันจะต้องหลีกเลี่ยงหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมหรือครอบครัว

ตัวอย่างใบงานที่ 3/1 แบบบันทึกความคิดเกี่ยวกับนอนของข้าพเจ้า ความตามความคิดเดิม และ
ความคิดใหม่

ใบงานที่ 3/1 แบบบันทึกความคิดเกี่ยวกับนอนของข้าพเจ้า ความตามความคิดเดิม และ
ความคิดใหม่

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนแบบบันทึกความคิดเกี่ยวกับนอนหลับของท่านเอง

ความคิดเดิม	ความคิดใหม่
<p>ตัวอย่าง</p> <p>ตั้งใจว่าจะต้องนอนให้หลับ 8 ชั่วโมง ทุกวัน เข้านอนตรงเวลา</p>	<p>สวดมนต์หรือนั่งสมาธิเพื่อใช้เทคนิค เบี่ยงเบนความสนใจแทนการจดจ่อกับ การนอนมากเกินไป</p>

ใบงานกิจกรรม ที่ 4/1 จับคู่บัตรคำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ความคิดที่ไร้เหตุผล กับความคิดที่มีเหตุผล
2. เพื่อฝึกการแก้ปัญหา
3. เพื่อความสนุกสนาน

จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม 10 คน

อุปกรณ์ กระดาษบัตรคำที่ม้วนหรือพับ จำนวนเท่ากับผู้เข้ารับการอบรม เป็นกระดาษ A4 ตัดเป็นชิ้นเล็กๆ(กระดาษ A4 สามารถตัดแบ่งได้ 10 ชิ้น) แต่ละชิ้นมี ข้อมูลที่พิมพ์หรือเขียนไว้ ความคิดที่ไร้เหตุผล กับความคิดที่มีเหตุผล

ระยะเวลา 10 นาที

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มม้วนหรือพับบัตรคำแล้วแจกให้กับสมาชิกในกลุ่มคนละ 1 ใบโดยไม่ต้องเลือก
2. แบ่งสมาชิกกลุ่มเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 5 คนโดยนับ หนึ่ง และ สอง
3. ผู้นำกลุ่มอธิบายกติกาโดยให้พิจารณาบัตรคำที่ได้มานั้นควรจะอยู่ในกลุ่ม ความคิดที่ไร้เหตุผล กับความคิดที่มีเหตุผล นำบัตรคำไปแปะไว้ที่กระดานด้านหน้า ภายในเวลา 1 นาที
4. เมื่อหมดเวลา ให้ส่งตัวแทนออกมา อธิบายความคิดที่ไร้เหตุผล กับความคิดที่มีเหตุผลของกลุ่มตนเอง

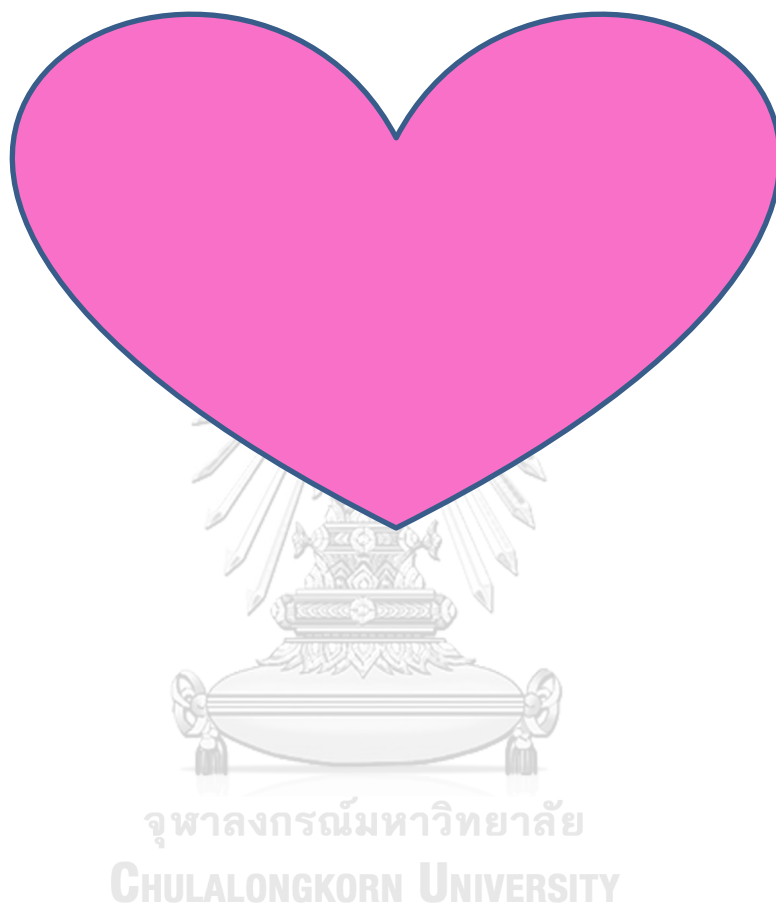
ตัวอย่างบัตรคำ

เราควรฟังผู้อื่นตลอดเวลา
ควรมีคนที่เข้มแข็งกว่าไว้ฟัง
เสมอ

ทุกคนอาจพบกับความล้มเหลว
หรือผิดพลาดได้ จึงไม่มีเหตุผลใด
ที่จะกล่าวโทษตนเองหรือผู้อื่น แต่
ควรยอมรับความล้มเหลวนั้นและ
พยายามไม่ให้เกิดขึ้นอีก

ตัวอย่างใบงานกิจกรรม ที่ 5/2 กำลังใจแก่สมาชิกในกลุ่ม

ใบงานกิจกรรม ที่ 5/2 กำลังใจแก่สมาชิกในกลุ่ม





COA No. 005/2563



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่เลขที่ 212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000

โทร. 045 352506 หรือ 045 352597

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

เลขที่โครงการวิจัย : 005/2563

ผู้วิจัย : นางสาวเพ็ญฝัน ยอดดี และคณะ

สังกัดหน่วยงาน : นิติชนปริญาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)

รายงาน : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการ

ความก้าวหน้า : โครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

- เอกสารรับรอง
1. แบบเสนอโครงการวิจัย รวมทั้งเครื่องมือและเอกสารที่เกี่ยวข้อง Version 2 วันที่ 14 กรกฎาคม 2563
 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร Version 2 วันที่ 14 กรกฎาคม 2563
 3. หนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2 วันที่ 14 กรกฎาคม 2563
 4. แบบประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย Version 2 วันที่ 14 กรกฎาคม 2563

ลงนาม

(นางพนธ์ทิพย์ โกศลวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....

(นางสาวเกษราภรณ์ เคนบุบผา)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 14 กรกฎาคม 2563

วันหมดอายุ : 14 กรกฎาคม 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

วันที่ชี้แจง

ชื่อผู้ร่วมวิจัย.....

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย นางสาวเพ็ญผืน ยอดดี ที่อยู่ติดต่อเลขที่ 133 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท สุขุมวิท 49 แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กทม. 10110 ward 5B
โทรศัพท์ 0874196356 เบอร์โทรที่ทำงาน 02-0222566

ผู้ให้ทุนวิจัย ทุนส่วนตัว

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่อช่วยเหลือท่านที่มีอาการนอนไม่หลับให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้ท่านที่มีปัญหาการนอนไม่หลับให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุดกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ **การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ต้องเป็นความสมัครใจของท่าน** ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยท่านนั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดจากการบิดเบือนของกระบวนการคิด ทั้งเกี่ยวกับตนเอง ต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบหรือโลกภายนอก และต่ออนาคต ซึ่งรวมเรียกว่า ความคิดด้านลบ 3

ด้านของโรคซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านจิตใจและร่างกายคืออาการนอนไม่หลับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่าปัจจัยเชิงเร้าทางการรู้คิด ความเชื่อ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสอดคล้องกับแนวคิดวงจรการนอนไม่หลับที่กล่าวถึงการนอนไม่หลับมาจากลักษณะการคิด ความเชื่อ ทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่เหมาะสม เป็นปัญหาที่พบบ่อยและยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญส่งผลกระทบต่อการรักษาและการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยผ่านสัมพันธภาพและการสื่อสารเชิงบำบัดด้วยความไว้วางใจ และการยอมรับ ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและยอมรับในปัญหาของตนเองหาวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยได้ลดอารมณ์ทางลบต่างๆที่เกิดขึ้น และช่วยให้ได้วิเคราะห์ปัญหาของตนเอง

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ที่ใช้รูปแบบการให้คำปรึกษารายกลุ่มที่เน้นการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับ สำรวจตนเอง และปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่บิดเบือน ปรับพฤติกรรมของตนเองเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มเพื่อลดอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย มีคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป
3. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าระดับปานกลางลงมา เนื่องจากเป็นอาการซึมเศร้าที่สามารถดูแลเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรมได้(อังคณา ช่วยคำชู,2554)
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด
2. มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง
3. มีโรคแทรกซ้อนทางกาย

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

เมื่อท่านเข้ามารักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกก่อนพบแพทย์ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดด้วยการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัด กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก รพ. พระศรีมหาโพธิ์โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 40 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งนี้นัด

ท่านจะได้พบพยาบาล 7 ครั้ง โดยนัดทุกวันจันทร์ ใช้เวลาบำบัด ครั้งละ 60 – 90 นาที

ครั้งที่1 ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและทำแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อม

ครั้งที่2 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มประเมินและค้นหาปัญหา

ครั้งที่3 กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์ความคิดความรู้สึกของกลุ่ม ปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมและสอนเทคนิคการปรับความคิดพฤติกรรม

ครั้งที่4 กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบความคิดที่บิดเบือนและปรับความคิด พฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับ

ครั้งที่5 กิจกรรมที่4 ดำเนินการปรับความคิดพฤติกรรมและฝึกการหยุดความคิด

ครั้งที่6 กิจกรรมที่ 5 สรุปกิจกรรมทั้งหมดเพื่อเป็นแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติ ต่อเนื่องและให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (DBAS)หลังการทดลองทันที

ครั้งที่7 หลังสิ้นสุดการบำบัดในสัปดาห์ต่อไป จะมีการติดตามเพื่อสรุปผลการดำเนินกิจกรรม และประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index: ISI) ที่ห้องกิจกรรมกลุ่ม ของกลุ่มงาน การพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งแจ้งผลการประเมินอาการนอนไม่หลับ แก่ท่าน

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

ท่านจะได้รับบริการตามระบบของโรงพยาบาล เมื่อแพทย์ทำการวินิจฉัยลงความเห็นว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ท่านจะได้รับการรักษาด้วยยา และท่านจะได้รับคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โดยการประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับที่อยู่ในระดับสูงมีค่าคะแนน3.9ขึ้นไปซึ่งอยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยจะแนะนำโครงการ หากท่านสนใจเข้าร่วมโครงการโดยได้ลงนามในเอกสารยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้แล้วทีมผู้วิจัยจะทำการสุ่มรหัสแล้วใส่รหัสเป็นจดหมายปิดผนึกแยกอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการเป็น 2 กลุ่ม โดยท่านจะได้รับจดหมายปิดผนึกที่ใส่รหัสในซองเพื่อสุ่มเข้ากลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่บำบัดด้วยการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากท่านดังนี้

1. ท่านจะได้จับฉลาก โดยมีทีมผู้วิจัยที่ไม่ใช่ผู้บำบัดเป็นผู้เปิดฉลากพาท่านเข้ารับการบำบัด ด้วยการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มเพื่อลดอาการนอนไม่หลับใน ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่ดำเนินการโดยพยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัด และอีกกลุ่มจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งท่านจะไม่รู้ว่าจะได้รับการบำบัดกลุ่มใด

2. ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของท่าน ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

3. ท่านจะได้รับการนัดหมายมาเข้ากลุ่มบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คนเป็นระยะเวลาติดต่อกันในวันเวลาราชการโดยกำหนดทุกวันจันทร์ กลุ่มที่ 1 เวลา 9.30 – 11.00 น.และกลุ่มที่ 2 เวลา 13.30 – 15.00 น.

4. รวมเวลาจากขั้นตอนการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปจนสิ้นสุดกิจกรรมบำบัดใช้เวลาทั้งสิ้น ประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งสิ้นจำนวน 40 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ.พระศรีมหาโพธิ์ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยถ้ามีอาการทางจิตกำเริบ เพื่อเข้ารับการดูแลรักษาตามระบบบริการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

-หลังสิ้นสุดการบำบัด จะมีการติดตามเพื่อสรุปผลการดำเนินกิจกรรม และประเมินอาการนอน ไม่หลับ จำนวน 1 ครั้ง โดยจะนัดหมายในสัปดาห์ต่อไปหลังสิ้นสุดการบำบัด ที่ห้องกิจกรรมกลุ่ม ของ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งแจ้งผลการประเมินอาการนอนไม่หลับแก่ท่าน

ความไม่สบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และ วิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใด ๆ ที่เป็นการรุกรานร่างกาย และ คุกคามด้านจิตใจ แต่อาจต้องใช้เวลาในการบำบัดที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของท่าน และอาจทำให้เกิด ความเหนื่อยล้า ความเครียด ความวิตกกังวล อาจเกิดผลกระทบต่อบรรยากาศความรู้สึกของท่าน หรือ ลำบากใจในการให้ข้อมูล ทั้งช่วงการตอบแบบสอบถาม และช่วงการบำบัด ขณะดำเนินการหากท่าน ต้องการความช่วยเหลือหรือเกิดความกระตือรือร้นทางจิตใจ เช่น มีความรู้สึกกังวลลำบากใจ มี ความตึงเครียด เหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ท่านได้ผ่อนคลาย และดำเนินการช่วยเหลือท่านด้วยการให้พักผ่อนในท่าที่สบายผ่อนคลาย และให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดยผู้วิจัย หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้พยาบาลผู้ดูแล หรือแพทย์เจ้าของไข้ พร้อม รายละเอียดอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะเก็บข้อมูล เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ท่านมีสิทธิ จะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการ รักษา และสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

1. เพื่อช่วยเหลือผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอาการนอนไม่หลับให้สามารถดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้นและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข
2. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลจิตเวชในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้สามารถลดอาการนอนไม่หลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นในการเข้าร่วมการบำบัดในโครงการ หากอาการเจ็บป่วยอื่นของท่านจำเป็นต้องได้รับการรักษาอื่นก็จะเสียค่าใช้จ่ายตามปกติหรือตามสิทธิการรักษาพยาบาลตามการรักษานั้นๆการเดินทางมีบริการรถผู้รับส่ง ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในการมาโรงพยาบาลของผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการทั้งเพื่อรับการบำบัดตามโปรแกรมและการพยาบาลตามปกติ ท่านจะได้รับค่าเดินทางเป็นจำนวนเงิน 200 บาท/ครั้ง

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นคือรับประทายานอนหลับตามคำสั่งแพทย์ และท่านยังได้รับการบริการตามระบบการดูแลรักษาของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของท่าน

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการบำบัดด้วยการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มเพื่อลดอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่ดำเนินการโดยผู้วิจัย นางสาวเพ็ญผืน ยอดดี ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท สุขุมวิท 49 แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กทม. 10110 ward 5B โทรศัพท์ 0874196356 เบอร์โทรที่ทำงาน 02-0222566 ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ขณะดำเนินการหากท่านต้องการความช่วยเหลือหรือเกิดความกระตือรือร้นทางจิตใจ เช่น มีความรู้สึกกังวล ลำบากใจ มีความเครียด ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ท่านได้ผ่อนคลายและดำเนินการช่วยเหลือท่านด้วยการให้พักผ่อนในท่าที่สุขสบายผ่อนคลาย และให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยผู้วิจัยหากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้พยาบาลผู้ดูแล หรือแพทย์เจ้าของไข้

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย

นางสาวเพ็ญผืน ยอดดี ที่อยู่ที่ติดต่อเลขที่ 133 โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท สุขุมวิท 49 แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กทม. 10110 ward 5B โทรศัพท์ 0874196356 เบอร์โทรที่ทำงาน 02-0222566

หากท่านรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หรือ เลขาธิการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตึกอาคารอาคารผู้ป่วยนอกและ
อำนวยการ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 081-7259292, 089-7224801 หรือ 0-4535-2500 ต่อ 61-
506 หรือ 61-597)

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการจะไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล ที่
อยู่ และอ้างอิงถึงท่านโดยไม่ใช้ชื่อของท่านในรายงานใดๆที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ เพื่อป้องกันการ
เปิดเผยและเป็นไปตามระเบียบจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็น
ความลับ ใช้รหัสแทนชื่อนามสกุลจริงของท่าน การนำข้อมูลไปอภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำ
ในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความระมัดระวัง จะเก็บรักษา
ข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็นความลับ และจะดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บ
ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ข้อมูลการบำบัด และใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อป้องกันการ
ตรวจสอบและเข้าถึงข้อมูลของท่านได้ จะแยกเก็บในตู้ส่วนตัวและมีกุญแจล็อคไว้ โดยผู้วิจัยมีกุญแจ
เปิด - ปิดแต่เพียงผู้เดียว จะไม่มีการอ้างอิงถึงท่านโดยไม่ใช้ชื่อของท่านในรายงานใด ๆ ที่เกี่ยวกับ
การศึกษาครั้งนี้ทั้งนี้สิทธิประโยชน์อื่น อันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของ
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความตัดสินใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือ
ปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาของท่านครั้งนี้ ถ้าท่านมีเหตุผลส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วม
โครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้โดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผลหาก
ท่านไม่สะดวกใจโดยการตัดสินใจของท่านจะไม่มีการสูญเสียผลประโยชน์ใดๆรวมทั้งไม่มีผลกระทบ
ต่อการได้รับการบริการของโรงพยาบาล หากระหว่างการดำเนินการวิจัยท่านมีอาการทางจิตรุนแรง
เพิ่มขึ้นจนอาจเป็นอันตรายต่อตัวท่าน เพื่อให้ท่านได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม ผู้วิจัยอาจ
จำเป็นต้องขอให้ออกจากโครงการวิจัยในครั้งนี้

หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยทันที
และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านได้สละเวลาเข้าร่วมโครงการวิจัยมา ณ โอกาสนี้



ตารางที่ 7 แสดงคะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายคน

คนที่	คะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า			
	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	6 (ไม่มีอาการ)	3 (ไม่มีอาการ)	10 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	10 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)
2	9 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	4 (ไม่มีอาการ)	8 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	8 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)
3	10 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	6 (ไม่มีอาการ)	13 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	13 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)
4	12 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	9 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	17 (มีอาการนอนไม่หลับปานกลาง)	16 (มีอาการนอนไม่หลับปานกลาง)
5	8 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	5 (ไม่มีอาการ)	6 (ไม่มีอาการ)	6 (ไม่มีอาการ)
6	13 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	6 (ไม่มีอาการ)	13 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	14 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)
7	12 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	7 (ไม่มีอาการ)	10 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	11 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)
8	8 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	7 (ไม่มีอาการ)	11 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	12 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)
9	10 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	7 (ไม่มีอาการ)	7 (ไม่มีอาการ)	7 (ไม่มีอาการ)

คนที่	คะแนนอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า			
	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
10	16 (มีอาการนอนไม่หลับปานกลาง)	10 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	12 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	11 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)
11	9 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	7 (ไม่มีอาการ)	15 (มีอาการนอนไม่หลับปานกลาง)	15 (มีอาการนอนไม่หลับปานกลาง)
12	11 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	6 (ไม่มีอาการ)	12 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	12 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)
13	13 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	7 (ไม่มีอาการ)	13 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	13 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)
14	7 (ไม่มีอาการ)	4 (ไม่มีอาการ)	7 (ไม่มีอาการ)	7 (ไม่มีอาการ)
15	13 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	9 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	9 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	8 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)
16	12 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	8 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	12 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	10 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)
17	17 (มีอาการนอนไม่หลับปานกลาง)	14 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	13 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	13 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)
18	8 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	5 (ไม่มีอาการ)	15 (มีอาการนอนไม่หลับปานกลาง)	11 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)
19	14 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	10 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	16 (มีอาการนอนไม่หลับปานกลาง)	16 (มีอาการนอนไม่หลับปานกลาง)
20	13 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	6 (ไม่มีอาการ)	8 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)	8 (มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย)

ตารางที่ 8 แสดงคะแนนความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับของกลุ่มทดลองหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม (n=20)

คนที่	คะแนน	การแปลผล
1	0.13	ระดับต่ำ
2	0.44	ระดับต่ำ
3	0.5	ระดับต่ำ
4	0.31	ระดับต่ำ
5	0.13	ระดับต่ำ
6	0.38	ระดับต่ำ
7	0.13	ระดับต่ำ
8	0.13	ระดับต่ำ
9	0.25	ระดับต่ำ
10	0.25	ระดับต่ำ
11	0.19	ระดับต่ำ
12	0.13	ระดับต่ำ
13	0.13	ระดับต่ำ
14	0.38	ระดับต่ำ
15	0.13	ระดับต่ำ
16	0.44	ระดับต่ำ
17	0.13	ระดับต่ำ
18	0.19	ระดับต่ำ
19	0.13	ระดับต่ำ
20	0.19	ระดับต่ำ

ที่ อว 64.11/ 1400



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 กุมภาพันธ์ 2563

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอโครงการวิจัย จำนวน 1 ชุด
 2. โครงร่างการวิจัยฉบับสมบูรณ์ จำนวน 1 ชุด
 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ชุด
 4. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร จำนวน 1 ชุด
 5. หนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน 1 ชุด
 6. แบบประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเพ็ญผืน ยอดดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้ โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเพ็ญผืน ยอดดี เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 E-mail : fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1371

นางสาวเพ็ญผืน ยอดดี โทร. 08-7419-6356

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	409
วันที่	4 ธ.ค. 61
เวลา	14:15 น.
ผู้รับ	[Signature]

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดี

ข้าพเจ้านางสาวเพ็ญผืน ยอดดี

รหัสประจำตัว 5977305436

นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 133 โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท ซอยสุขุมวิท 49 แขวงคลองตันเหนือ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ

รหัสไปรษณีย์ 10110 โทรศัพท์ 087-4196356 Email piangfan.y@gmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือนางจุฑารัตน์ จิราพงษ์
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2555

ลงนาม [Signature] ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาว เพ็ญผืน ยอดดี)
14 / ธันวาคม / 2551

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณบดีคณะพยาบาลฯ</p> <p>ลงนาม [Signature] (ผศ. ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์) 14 / 12 / 61</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>ลงนาม [Signature] (ผศ. ดร. วิมลรัตน์ ทุตรโสภา) 14 / 12 / 61</p>
---	---

อนุญาต

[Signature]

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
17 ธ.ค. 61

25
17/12/61

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	408
วันที่	14/8/61
เวลา	15 น.
ผู้รับ	ดร. วรากรณ์

เรื่อง ขอนำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดี

ข้าพเจ้านางสาวเพ็ญผืน ยอดดี รหัสประจำตัว 5977305436
นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 133 โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท ซอยสุขุมวิท 49 แขวงคลองตันเหนือ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ
รหัสไปรษณีย์ 10110 โทรศัพท์ 087-4196356 Email piangfan.y@gmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

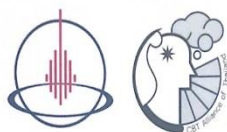
1. ชื่อเครื่องมือแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือนางจุฑารัตน์ จิราพงษ์
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2558

ลงนาม ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาว เพ็ญผืน ยอดดี)
14 / 8 / 61

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม (ดร. ว. เพ็ญผืน ยอดดี) 14 / 8 / 61</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม (ดร. ว. วรากรณ์ ชัยวัฒน์) 17 / 8 / 61</p>
--	---

<p>อนุญาต</p> <p>.....</p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)</p> <p>คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์</p> <p>17 / 8 / 61</p>
--

17/8/61



ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชมรมจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย (CAT)

ขออบุติบัตรฉบับนี้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวเพียงฝัน ยอดดี

ได้เข้าร่วมการประชุมวิชาการชมรมจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 3

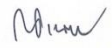
Creativity and CBT

ระหว่างวันที่ 24 - 26 ตุลาคม 2561


(รองศาสตราจารย์ ดร.วิรงศ์ ศรีเวี)

กรรมการผู้อำนวยการ

ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พัชร พิทยรัตน์เสถียร)

ประธาน

ชมรมจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย (CAT)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ อว 64.11 / 1222

วันที่ 29 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร.สุดาพร สติยยุทธการ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเพ็ญฝัน ยอดดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารัตน์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
นิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1371
นางสาวเพ็ญฝัน ยอดดี โทร. 08-7419-6356

ที่ อว 64.11/ 1223



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเพ็ญฝัน ยอดดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวรวงคณา จำปาเงิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวรวงคณา จำปาเงิน

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1371

นางสาวเพ็ญฝัน ยอดดี โทร. 08-7419-6356

ที่ อว 64.11/ 1212



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

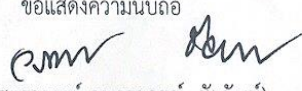
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเพ็ญผืน ยอดดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์โยธิน วิเชษฐวิชัย นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาข้อนี้

นายแพทย์โยธิน วิเชษฐวิชัย

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1371

นางสาวเพ็ญผืน ยอดดี โทร. 08-7419-6356

ที่ อว 64.11/ 1224



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเพ็ญฝัน ยอดดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนางานวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวรัชณี อุทัยพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางสาวรัชณี อุทัยพันธ์
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1371
นางสาวเพ็ญฝัน ยอดดี โทร. 08-7419-6356

ที่ อว 64.11/ 1225



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเพ็ญฝัน ยอดดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวกันต์ฤทัย ปานทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นางสาวกันต์ฤทัย ปานทอง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1371

นางสาวเพ็ญฝัน ยอดดี โทร. 08-7419-6356



เพ็ญฝั้น ยอดดี <piangfan.y@gmail.com>

[JNSCU] Submission Acknowledgement

1 ข้อความ

_____ via Thai Journals Online (ThaiJO) <admin@tci-thaijo.org>

28 สิงหาคม 2563 12:26

ตอบกลับไปยัง: _____ <jnsu@chula.ac.th>

ถึง: เพ็ญฝั้น ยอดดี <piangfan.y@gmail.com>

เพ็ญฝั้น ยอดดี:

Thank you for submitting the manuscript, "THE EFFECT OF GROUP COGNITIVE BEHAVIORAL COUNSELING ON INSOMNIA IN OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER" to วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. With the online journal management system that we are using, you will be able to track its progress through the editorial process by logging in to the journal web site:

Submission URL: <http://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/authorDashboard/submission/244720>

Username: piangfanyoddee_nurs

If you have any questions, please contact me. Thank you for considering this journal as a venue for your work.

กองบรรณาธิการ วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Email : jnsu@chula.ac.th

โทร. 0-2218-1129

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวเพ็ญฝัน ยอดดี
วัน เดือน ปี เกิด	23 กุมภาพันธ์ 2526
สถานที่เกิด	จังหวัดบุรีรัมย์
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง จังหวัดตรัง เมื่อปีการศึกษา 2551

