

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี 2) เปรียบเทียบศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี โดยจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาสูงสุด 3) สร้างนวัตกรรมทางจิตวิทยาเพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี และ 4) ศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 1.1 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า
  - 1.2 ความหมายและสาเหตุของภาวะซึมเศร้า
  - 1.3 อาการและการประเมินภาวะซึมเศร้า
  - 1.4 การป้องกันและการรักษาภาวะซึมเศร้า
  - 1.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพ
  - 2.1 ความหมายและองค์ประกอบของศักยภาพ
  - 2.2 การพัฒนาศักยภาพ
  - 2.4 แนวทางและวิธีการพัฒนาศักยภาพ
3. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานวัตกรรม
  - 3.1 ความหมายและประเภทของนวัตกรรม
  - 3.2 การสร้างและเกณฑ์การพิจารณานวัตกรรม
4. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ
  - 4.1 ความหมายและการพัฒนารูปแบบ
  - 4.2 การประเมินคุณภาพรูปแบบ
  - 4.3 รูปแบบการฝึกอบรมทางจิตวิทยา

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยในประเทศ

### 5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

ผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดของในแต่ละหัวข้อดังนี้

## 1.วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

### 1.1 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า

#### 1.1.1 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

อันเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของอายุในผู้สูงอายุ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของบุคคล ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ความรู้สึก และด้านพฤติกรรม หลายประการ ดังนี้

จิตราตน์ มิ่งสามร (2562) อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ว่า จะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ระบบต่าง ๆ ทำงานได้ลดลง ส่งผลให้ร่างกายเสื่อมถอยลงดังนี้ ร่างกายภายนอก ผิวหนังเหี่ยวย่น มีกระ ผมหงอกเปลี่ยนเป็นสีเทาหรือสี ขาว หลังโกง เคลื่อนไหวร่างกายได้ช้าลง กำลังน้อยลง อวัยวะรับความรู้สึกจะเป็นอวัยวะอันดับแรก ๆ ที่เสื่อม เช่น ผงังเส้นเลือดแดง ในหูแข็งตัว ทำให้ได้ยินเสียงไม่ชัดเจน หรือการเปล่งเสียงของผู้สูงอายุจะไม่มีพลัง เนื่องจากกระดูกอ่อนบริเวณกล่องเสียงแข็งตัวและขาดความยืดหยุ่น ขณะที่การบิด เคี้ยวลำบากขึ้น เพราะเหงือกกร่น รากฟันโผล่ฟันขอบเหงือก ทำให้ฟันผุและเสียวฟันได้ง่าย รวมไปถึงกระดูกที่ผุกร่อน และกล้ามเนื้อที่ลีบเล็กลง

2) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ เช่น การรับรู้ ซึ่งผู้สูงอายุ มักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จำเหตุการณ์ปัจจุบันไม่ค่อยได้ หลงลืม และชอบย้ำ คำถามบ่อย ๆ เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยากเพราะไม่มีความมั่นใจในการปรับตัว การแสดงออกทางอารมณ์ อาจจะมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด ระวัง วิตกกังวล โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง มักจะคิดซ้ำซาก ลังเล หวาดระแวง หมกมุ่นเรื่องของตนเอง ทั้งเรื่องในอดีตและอนาคต กลัวลูกหลานทอดทิ้ง รวมถึงสนใจ สิ่งแวดล้อมน้อยลง มักสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่าเรื่องของผู้อื่น

3) การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ได้แก่ ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุห่างจากสังคม อีกทั้งคนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือใส่ใจมากนัก นอกจากนี้ยังเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัว กลายเป็นเพียงผู้อาศัยหรือเป็นสมาชิกของครอบครัวเท่านั้น และเมื่อสมรรถภาพร่างกายลดลง ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรือกิจวัตรประจำวันยากลำบาก

จะส่งผลกระทบต่อจิตใจ เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง หดหู่กับสภาพตนเอง อีกทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้ามีสังคมหรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น

พัชรนันท์ ชัยชาญทิพยุทธ (2562) กล่าวถึงการเปลี่ยนทางด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุสรุปได้ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่ทั่วท้อง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หายใจไม่ออก เบื่ออาหาร นอนหลับน้อยลง ตื่นเช้ากว่าปกติ ปวดเมื่อยเนื้อตัว ปวดขา ปวดเข่า เดินลำบาก และไม่มีแรง

2) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มีอาการวิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง น้อยใจ ตกใจง่าย ซึม ไม่พูดไม่จา เหม่อลอย ซึมเศร้า หมดกำลังใจ เบื่อหน่าย หมดความสนใจ ในกิจกรรมหรืองานที่ตนเคยชอบ ไม่มีสมาธิ ท้อแท้ หงุดหงิด ใจร้อน ฉุนเฉียวง่าย และโกรธง่าย

3) การเปลี่ยนแปลงทางความคิด มีอาการคิดซ้ำซาก ย้ำคิดย้ำทำ กลัว ลังเล ระวัง หมกมุ่นในเรื่องของตนเองและเรื่องในอดีต คิดถึงปัจจุบันด้วยความหวาดกลัว กลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวถูกคนรังเกียจ กลัวว่าคนอื่นคิดว่าเป็นภาระ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวภัยอันตราย อาจมีความคิดอยากตายหรือต้องการทำร้ายตัวเอง

4) พฤติกรรมเอาแต่ใจ ใจู้จู้ ขี้บ่น อยู่ว่างๆ ไม่ได้ จะก้าวก่ายเข้าไปจัดการชีวิตผู้อื่น ทำซ้ำๆ พูดย้ำๆ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เรียกร้องความสนใจ มีการใช้ภาษาที่เปลี่ยนแปลงไป

5) อาการทางจิต เช่น อารมณ์แปรปรวน มีการอาการหลงผิด พูดจาเลอะเทอะไม่รู้เรื่อง มีการใช้ภาษาที่เปลี่ยนแปลงไป อาการหวาดระแวง อาการประสาทหลอน กลัวว่าจะมีคนมาทำร้าย โวยวายผิดปกติ อาการความคิดและพฤติกรรมสับสน เก็บตัว ซึ่งอาจเกิดการความเสื่อมของสมอง จากความผิดปกติทางสมองอันเป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา จึงควรปรึกษาแพทย์

ประไพ ยศะทัตต์ (2562) กล่าวถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ได้แก่

1) การสูญเสีย เป็นสาเหตุสำคัญมาก เช่น การสูญเสียคนใกล้ชิด จะทำให้ อารมณ์ของผู้สูงอายุหวั่นไหวไปด้วย ผู้สูงอายุจะรู้สึกเศร้า ว่าเหว และมีความรู้สึกกลัวว่าจะเป็นไปในสภาพอย่างนั้น

2) พ้นจากหน้าที่การงาน ทำให้รู้สึกว่ามีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ ไม่ได้รับการยกย่องนับถือเหมือนเดิม

3) การผ่าตัด ทำให้มีจิตใจหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เพราะโอกาสที่จะมีสภาพร่างกายเหมือนเดิมนั้นเป็นไปได้ยาก

4) โรคจิต ความพิการทางสมอง และมีการเสื่อมของสมอง

โดย ประไพ ยศะทัตต์ (2562) กล่าวถึงสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้

1) มีความวิตกกังวล กลัวว่าจะต้องพึ่งลูกหลาน ขาดความเชื่อมั่น นอนไม่หลับ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวภัย กลัวขาดความสามารถ กลัวไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากลูกหลาน กลัวไปต่างถิ่นานา ทำให้อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นลมง่าย หายใจไม่ออก เบื่ออาหาร เป็นต้น

2) ซึมเศร้า หงุดหงิด ระวัง เอาแต่ใจตนเอง ทำให้รู้สึกว่าเป็นการสูญเสียทางใจ หมดกำลังใจ นอนไม่หลับ เป็นต้น

3) มีการเปลี่ยนแปลงทางความคิด มักจะคิดซ้ำซาก ลังเล ระวัง หมกมุ่นเรื่องของตัวเอง และเรื่องในอดีต จะคิดเรื่องในอดีตด้วยความเสียใจ เสียหาย ที่ปล่อยเวลาที่ผ่านมาให้เปล่าประโยชน์ และคิดถึงปัจจุบันด้วยความหวาดกลัว กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวถูกเขารังเกียจ

4) พฤติกรรม มักเอาแต่ใจตัวเอง จู้จี้ ขี้บ่น อยู่ไม่สุข ชอบยุ่งเรื่องคนอื่น

5) มีปัญหาเรื่องความจำ มักจำปัจจุบันไม่ค่อยได้ และชอบบ่นคำถามซ้ำๆ กับคนที่คุยด้วย ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย บางรายจำผิดพลาด และพยายามแต่เรื่องราวจนกลายเป็นพูดเท็จ

กล่าวโดยสรุปผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม โดยภาวะซึมเศร้าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ความรู้สึก

### 1.1.2 อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ถือเป็นความผิดปกติด้านจิตใจที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบจำนวน 2 % ในผู้สูงอายุที่มีอายุ เท่ากับหรือมากกว่า 55 ปีขึ้นไป และมีอาการแสดงที่เหมือนกันกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดในวัยอื่น มักตรวจไม่พบอาการในผู้สูงอายุและไม่ได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ (KoK & Reynolds,2017,Online)

สำหรับอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข (2560) พบว่า มีประชากรที่มีภาวะซึมเศร้าสะสมในประเทศไทยรวม 14 ล้านคน โดยมีความชุกสูงสุดในเขตกรุงเทพมหานคร รองลงมาเป็นประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และประชากรวัยสูงอายุเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาสูญเสียทางสุขภาพด้านจิตสังคมมากที่สุด จากรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกกลุ่มอายุ ในเดือนมีนาคม ปีงบประมาณ 2565 พบจำนวนผู้ป่วยสะสม ทั้งหมด 88,153 คน (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า,2565,ออนไลน์) จากรายงานการสำรวจในปี พ.ศ.2560 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงมากกว่าภาวะซึมเศร้า จำนวน 75,564 คน ซึ่งทั้งหมดจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง พบว่าในผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย โดยพบความชุกของโรคมากที่สุด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือ ภาคใต้ภาคกลาง

ตะวันออก และภาคเหนือ ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2562,ออนไลน์) ดังนั้นจึงถือได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า พบเป็นจำนวนมากส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในทุกกลุ่มอายุ

## 1.2 ความหมายและสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

### 1.2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

สมาคมจิตเวชอเมริกัน (American Psychiatric Association,APA,2020,ออนไลน์)ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและพบได้บ่อย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึก ความคิด และการกระทำของบุคคล แต่ยังสามารถรักษาได้ เป็นสาเหตุของความรู้สึกเศร้าและ/หรือขาดความสนใจในกิจกรรมที่สนุกสนานและเคยชอบ นำไปสู่ปัญหาทั้งทางด้านอารมณ์และด้านร่างกายที่หลากหลาย รวมทั้งความสามารถในการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง

กฤติกา บุญรัตนประภา และสรินทร์ บัวทอง (2550, น.16) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่มีลักษณะแสดงออกให้เห็นถึงความหม่นหมอง เศร้าโศก ไม่มีความสุข ขาดสมาธิ ไม่มีชีวิตชีวา ท้อแท้ เบื่อหน่าย ภาวะเศร้าซึ่งมีระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง ภาวะซึมเศร้าที่มีรุนแรงจะมีอาการซึมเศร้าเพียงบางประการที่ไม่รุนแรงโดยยังไม่มี ความผิดปกติในกิจวัตรประจำวัน หรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น มีเพียงความรู้สึกหงุดหงิด เศร้าหรือร้องไห้ ส่วนภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรงจะมีความผิดปกติและส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า (Depression) ว่า หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่ายหดหู่ รวมไปถึงความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวังท่าทางการเคลื่อนไหวช้า เชื่องซึม เบื่ออาหารน้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย

นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ (2559, น.105) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้าไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวลมองโลกในแง่ลบ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนทั้งคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิตเวช อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าธรรมดาจนถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรงหากไม่ได้รับการรักษาจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด

ศรีธรรม ธนะภูมิ (2562) กล่าวถึงภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ว่า หมายถึง ภาวะของอารมณ์ที่เกิดจากการปรับตัวไม่ได้กับปัญหาที่มากกระทบ เป็นภาวะที่เกิดจากการปรับตัวไม่ได้กับปัญหาต่างๆ ที่เข้ามากระทบ เช่น ย้ายบ้าน ตกงาน เกษียณ เป็นต้น โดยจะพบอาการซึมเศร้าร่วมด้วยได้ แต่มักจะไม่รุนแรง ถ้ามีคณมาพูดคุย ปลอบใจก็จะดีขึ้นบ้าง อาจมีเบื่ออาหารแต่เป็นไม่มาก ยังพอ



นอนได้ เมื่อเวลาผ่านไป ค่อยๆ ปรับตัวได้กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ภาวะอารมณ์ซึมเศร้าที่มีก็จะทุเลาลง

สำหรับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นั้น มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มอาการซึ่งมีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ และ การคิดรู้ รวมทั้งความผิดปกติด้านอารมณ์ จากสาเหตุต่างๆ โดยมีอารมณ์เศร้า รู้สึกหมดหวัง บกพร่องความจำระยะสั้น ขาดความสนใจ หรือไม่มีความสุขในกิจกรรมเกือบทั้งหมดนานอย่าง น้อย 2 สัปดาห์ติดต่อกันขึ้นไป แยกตัวออกจากสังคม และอาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (สาวิตรี สิงหาค ,2559,น.15, ออนไลน์)

โดยสรุป ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ ความรู้สึก ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนทั้งคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิตเวช อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าธรรมดาจนถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรงหากไม่ได้รับการรักษาจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด ภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะมีความผิดปกติและส่งผลกระทบต่อ การปรับตัว การทำกิจวัตรประจำวันและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

### 1.2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

นักวิชาการหลายท่าน ได้กล่าวถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ไว้หลายประการ โดยมีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

ทิปภา ชูติกาญจน์โกศล (2563,ออนไลน์) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากโรคทางจิตเวช เช่น โรค Major depressive disorder, โรค Bipolar disorder ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองเป็นหลัก ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรปรึกษาแพทย์จิตเวช เพราะอาจมีอาการจิตเวชอื่นๆ แทรกซ้อน ส่วนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคทางจิตเวชโดยตรงนั้น มักจะมีสาเหตุจากปัจจัยกระตุ้นทั้งทางกาย และทางจิตสังคม ดังนี้

#### 1) ปัจจัยทางกาย

(1) ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือด ความดัน หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือสมอง โรคไตวายเรื้อรัง จะกระตุ้นให้มีภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น

(2) ผู้ป่วยโรครุนแรง เช่น โรคมะเร็ง หรือโรคที่ทำให้ทุพพลภาพหรือพิการ หรือมีอาการปวดเรื้อรังที่ควบคุมได้ไม่ดี

(3) ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หรือโรคพาทินสัน มีภาวะเนื้อสมองฝ่อตายก่อนเวลาอันควร ส่งผลกระทบต่อความสามารถของคนที่ใช้ อาจมี อาการเชิงซ้ำกว่าปกติ ไม่ค่อยมีพลังงาน ไม่อยากสนใจอะไร พุดซ้ำๆ คิดซ้ำ ความจำแย่ง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีภาวะทางกายคล้ายโรคซึมเศร้า

(4) ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากหรือรับประทานยาบางชนิด

(5) ผู้ที่มีภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ หรือวิตามิน B12, Folate

## 2) ปัจจัยทางจิตสังคม

(1) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียคู่ชีวิต หรือคนในครอบครัว

(2) การสูญเสียสถานะในครอบครัว เครือญาติ หรือในสังคม

(3) การไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

(4) การมีปัญหาหนี้สิน รายได้น้อย และไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ

สาวิตรี สิงหาต (2559, น.15, ออนไลน์) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า ใน 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้าน ชีวภาพ และ ปัจจัยด้านจิตสังคม สิ่งแวดล้อม สรุปได้ดังนี้

### 1) ปัจจัยส่วนบุคคล

#### (1) เพศหญิง

พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า และมีอัตราความรุนแรงของการสูญเสียภาวะบกพร่องทางสุขภาพเนื่องจากภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจากบทบาทหน้าที่ ที่ถูกกดดันภายใต้การแสดงบทบาททางสังคม ความรับผิดชอบต่อครอบครัว และต้องอยู่ในบ้าน ขาดโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์กับคนนอกบ้าน ก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังจนเกิดภาวะซึมเศร้าได้

#### (2) สถานภาพสมรสหรือหม้าย

การเป็นหม้ายจึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้คู่คิด ขาดที่ปรึกษา ขาดคนดูแลเอาใจใส่ ทำให้เกิดความเหงา ว้าเหว่ และส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้

#### (3) การเจ็บป่วยทางกาย

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพ จะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ถึงร้อยละ 47 ซึ่งโรคทางกายที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคข้ออักเสบ กระดูกสะโพกหัก โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคพาร์กินสัน เป็นต้น และการมีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเช่นกัน

#### (4) ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันที่ต้องพึ่งพา เนื่องมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ที่เป็นไปในทางที่เสื่อมลงร่วมกับการเป็นโรคที่เรื้อรัง ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติและมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติ

กิจกรรมลดลงทำให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น คิดว่าตนเองไร้ค่า แยกตัวออกจากสังคมและเกิดภาวะซึมเศร้าได้

## 2) ปัจจัยด้านชีวภาพ

ความผิดปกติของสารสื่อประสาทและการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ ที่ลดลงในผู้สูงอายุ เช่น นอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และ เซโรโตนิน (Serotonin) จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

## 3) ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม

### (1) การขาดการสนับสนุนทางสังคม

การขาดการสนับสนุนทางสังคม ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ขาดเพื่อน สูญเสียบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม ส่งผลให้ เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

### (2) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด

การสูญเสียมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีสถานะหม้ายหรือหย่าร้าง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ 16 เท่าของผู้สูงอายุที่มีสถานะคู่ เนื่องจากความเหงาขาดคนดูแลเอาใจใส่ ต้องใช้ชีวิตโดยลำพังและอ้างว้างโดดเดี่ยวมากขึ้นทำให้ เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

### (3) ยา

ยาหลายชนิดมีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยมีภาวะซึมเศร้าหรือมีประวัติซึมเศร้าในครอบครัว ได้แก่ ยารักษา โรคความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคหัวใจ ยาระงับปวดชนิดเสพติด ยาแก้ปวดแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาต้านจุลชีพ ยา กดระบบ ประสาทส่วนกลาง ยาคลายความวิตกกังวลและยารักษาอาการทางจิต

### (4) สุรา

ภาวะติดสุราพบได้เป็น 1.6 เท่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าและเป็นปัจจัยกระตุ้นอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 18.7 สุราและภาวะซึมเศร้าจะเป็นวงจรที่เสริมกันเอง กล่าวคือ สุราทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการติดสุราได้ การติดสุราที่พบร่วมกับภาวะซึมเศร้า นอกจากจะทำให้การรักษาภาวะซึมเศร้าได้ผลไม่ดีเท่าที่ควรแล้ว ยังอาจพบอุบัติการณ์การของการฆ่าตัวตายได้ มากขึ้น

กล่าวโดยสรุปแล้วสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้ามีหลายสาเหตุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยทางด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ล้วนส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่ต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล และแสดงความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน



### 1.3 อาการและการประเมินภาวะซึมเศร้า

#### 1.3.1 อาการของภาวะซึมเศร้า

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2020) กล่าวถึงอาการของภาวะซึมเศร้าว่า จะมีอาการเกิดขึ้นได้ตั้งแต่อาการเล็กน้อยจนถึงรุนแรง อาการเหล่านี้ได้แก่

- 1) ความรู้สึกเสียใจหรือมีอาการแค้นเคือง
- 2) ขาดความสนใจหรือไม่รู้สึกยินดีในกิจกรรมที่ทำให้สนุกสนาน
- 3) ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้น
- 4) นอนหลับยากหรือนอนหลับมากเกินไป
- 5) ขาดพลังหรืออ่อนเพลียมากขึ้น
- 6) การเคลื่อนไหวและการพูดช้าลง
- 7) รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด
- 8) มีความลำบากในการคิด การมีสมาธิและการตัดสินใจ
- 9) มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

มาโนช หล่อตระกูล (2562, ออนไลน์) ได้อธิบายถึงอาการของภาวะซึมเศร้า สรุปได้ดังนี้

1) อารมณ์เศร้า อย่างมากถึงขนาดความสนใจในสิ่งต่างๆ ไม่สนใจในความสนุกสนานของชีวิต อาจรู้สึกว่าตนเอง “เซ็ง” “เบื่อ” หรือ “สิ้นหวัง” ไม่สนใจว่าอะไรจะเกิดขึ้นอีกต่อไป อาการนี้จะต้องเป็นอยู่นานติดต่อกัน เป็นเวลามากกว่า 2 สัปดาห์

2) มีอาการทางด้านร่างกาย ที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ได้แก่ เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลง นอนไม่หลับรู้สึกหมดแรง อ่อนเพลีย ทำอะไรเชื่องช้าลง หรือบางรายอาจหงุดหงิดอยู่หนึ่งไม่ได้ ความต้องการหรือสมรรถภาพทางเพศลดลง

3) ไม่สนใจเข้าสังคม แยกตัวเอง

4) รู้สึกว่าความคิดช้าลง สมาธิเสีย ตัดสินใจช้าหรือไม่ได้

5) รู้สึกว่าตนไร้ค่า หรือโทษตนเองมากเกินไป คิดอยากจะทำร้ายตัวเอง

6) สมรรถภาพทางการงานหรือการเรียนลดลง ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวัน ทั้งที่บ้านที่ทำงาน หรือที่โรงเรียนและในสังคมได้เช่นเคย

ศรีธรรม ธนะภูมิ (2562) อธิบายอาการของภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งออกเป็น ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม สรุปได้ดังนี้

1) ด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความรู้สึกหดหู่ เศร้า ตลอดเวลา รู้สึกสิ้นหวัง ทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตัวเองไม่ไหว มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนไร้ค่า โดดเดี่ยว และมีความรู้สึกผิด ขาด

สมาธิในการจดจ่อ จดจำ หรือการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ กระสับกระส่าย หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเอง

2) ด้านร่างกาย เคลื่อนไหวหรือพูดจาช้ากว่าปกติ รู้สึกอ่อนล้า เอื่อยเฉื่อย เหนื่อยตลอดเวลา อาจรู้สึกอยากอาหารหรือไม่อยากอาหารก็ได้ น้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลง ท้องผูก นอนหลับยาก ตื่นเช้า หรือนอนนานกว่าปกติ เจ็บปวดตามร่างกายโดยไม่ทราบสาเหตุ รอบเดือน ผิดปกติ ความสนใจเรื่องเพศลดลง

3) ด้านพฤติกรรม ทำงานได้ไม่ดีหรือไม่มีประสิทธิภาพเท่าเดิม เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง แยกตัว ไม่ค่อยออกไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อน หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยสนใจ อาจหันไปพึ่งสารเสพติด

นอกจากนี้ อาการของภาวะซึมเศร้ายังแตกต่างกันไปตามอายุและเพศของผู้ป่วย ดังนี้

1) อาการซึมเศร้าในผู้ชาย มักไม่แสดงความรู้สึกแย่หรือสิ้นหวังเหมือนผู้หญิง แต่มักมีความอ่อนล้า หงุดหงิด นอนหลับยาก และหมดความสนใจในงานและกิจกรรมต่าง ๆ อาจหันไปพึ่งพาแอลกอฮอล์และสารเสพติด แสดงอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว และขาดความมั่นใจ หันไปทุ่มเทกับงาน และหลีกเลี่ยงการพูดคุยถึงอาการซึมเศร้ากับผู้อื่น

2) อาการซึมเศร้าในผู้หญิง พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เนื่องมาจากปัจจัยทางด้านชีวภาพ ฮอร์โมน และด้านจิตวิทยาที่ต่างกัน อาจมาจากการได้รับผลกระทบจากฮอร์โมน ระหว่างการมีรอบเดือน วัยหมดประจำเดือน และหลังการคลอดบุตรได้ด้วย ที่มักมีอาการเศร้า เกิดความรู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า

3) อาการซึมเศร้าในวัยรุ่น มักสังเกตได้จากการบึ้งตึง หงุดหงิดง่าย มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไม่ได้รับการเข้าใจ มีปัญหาการเรียน อาจคล้ายคลึงกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปกติในวัยรุ่น ให้สังเกตว่ามีอาการดังกล่าวมาเป็นระยะเวลาานเท่าไร รวมถึงระดับความรุนแรงของอาการ อาจมีความผิดปกติอื่น เช่นวิตกกังวล กินมากกว่าปกติ หรือใช้สารเสพติด

จากรูวรรณ ก้านศรี บุชบา ทาธง นภัสสร ยอดทองดี และ รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์ (2562) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มักแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าทางด้านร่างกายมากกว่าทางอารมณ์หรืออาการซึมเศร้าโดยทั่วไป เช่น เจ็บปวดตามร่างกายโดยไม่ทราบสาเหตุ เหนื่อยล้า มีปัญหาในการนอนหลับและการจดจำ หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า รวมถึงอาจมีอาการเพิกเฉยต่อลักษณะทางภายนอกของตนเอง ไม่ดูแลตัวเอง และไม่ยอมรับประทานยารักษาโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ โดยมีอาการ สรุปได้ดังนี้

1) อารมณ์เปลี่ยนแปลง กลายเป็นคนเศร้าสร้อย หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย เรื่องเล็กน้อยๆ อ่อนไหวง่าย จิตใจหม่นหมอง ไม่แจ่มใส ไม่สดชื่นเหมือนเดิม มีความรู้สึกเบื่อ

หน่าย ไม่อยากทำกิจกรรมที่เดิมตนเคยทำแล้วเพลินใจหรือสบายใจ มีอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย กลายเป็นคนอารมณ์ร้าย

2) ความคิดเปลี่ยนไป มองอะไรก็รู้สึกว่าย่ำแย่ไปหมด มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตก็ เห็นแต่ความผิดพลาดความล้มเหลวของตนเอง ไม่มีใครช่วยอะไรได้ ไม่เห็นทางออก มองอนาคตไม่เห็น รู้สึกท้อแท้หมดหวังกับชีวิต ไม่มั่นใจตนเอง ตัดสินใจอย่างลังเล รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า เป็นภาระแก่คนอื่น คิดถึงเรื่องการตายอยู่บ่อยๆ หากมีเหตุการณ์มากระทบกระเทือนจิตใจ ก็อาจจะทำร้ายตนเองขึ้นได้จากอารมณ์ชั่ววูบ

3) สมาธิความจำแย่งลง จะหลงลืมง่าย โดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ๆ จิตใจเหม่อ ลอย ขาดสมาธิ ดูโทรทัศน์นานๆ จะไม่รู้เรื่อง อ่านหนังสือก็ได้ไม่ถึงหน้า ประสิทธิภาพในการทำงาน ลดลง

4) มีอาการทางร่างกายต่างๆ ร่วม ที่พบบ่อยคือ จะรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ทำให้คนอื่นดูว่าเป็นคนขี้เกียจ มักจะหลับยาก รู้สึกเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก อาการ ท้องผูก อึดแน่นท้อง ปากคอแห้ง ปวดศีรษะ และปวดเมื่อยตามตัว

5) ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป มักซึมลง ไม่ร่าเริง แจ่มใส เหมือน ก่อน จะเก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจាកับใคร อ่อนไหวง่าย และหงุดหงิดบ่อย

6) การงานแย่งลง ความรับผิดชอบต่อการงานก็ลดลง ทำงานที่ละเอียดไม่ได้ เพราะสมาธิไม่มี หมดพลังที่จะต่อสู้ เริ่มลางานขาดงานบ่อยๆ มักจะถูกให้ออกจากงาน

7) อาการโรคจิต จะพบในรายที่เป็นรุนแรง ซึ่งนอกจากผู้ที่เป็นจะมีอาการ ซึมเศร้ามากแล้ว จะยังพบว่ามีอาการของโรคจิตได้แก่ อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย ที่ พบบ่อยคือ จะเชื่อว่ามีคนคอยกลั่นแกล้ง หรือประสงค์ร้ายต่อตนเอง อาจมีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุย ด้วย

สำหรับอาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นั้น ทิปภา ชูติกาญจน์โกศล (2563, ออนไลน์) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักไม่ค่อยตรงไปตรงมา โดยมีตั้งแต่เศร้าเล็กน้อยอารมณ์ ไม่แจ่มใสไปจนถึงรุนแรงมาก จนกระทั่งเป็นโรคหรือมีอาการจิตเวชร่วมด้วย ดังนั้นหากคนไข้ไปพบ แพทย์ในขั้นที่เป็นรุนแรงมาก มีอาการหลอนทางจิต หรือขนาดคิดฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยทำได้ไม่ยากนัก แต่กลุ่มคนที่มีอาการซึมเศร้าแต่ไม่แสดงออก อาจมีเพียงจิตใจไม่แจ่มใส ความสามารถในการ ดำเนินชีวิตลดลง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน จะถูกปล่อยปละละเลยจนกลายเป็น อันตรายในที่สุด อาการเตือนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่

1) สภาวะทางอารมณ์เปลี่ยนไป เช่น เคยเป็นคนอารมณ์ดีก็เปลี่ยนเป็น หงุดหงิดง่าย มีเหตุผลน้อยลง ซึบ้นมากขึ้น หรือสนใจในสิ่งที่เคยชอบลดลงจากเดิม

2) รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า เบื่อหน่ายในการมีชีวิตอยู่ ไม่อยากร่วมกิจกรรม พูดน้อยลง ไม่ดูแลตัวเอง ไม่ยอมกินยา เบื่ออาหาร น้ำหนักลด

3) มีปัญหาการนอนที่ผิดปกติ นอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ หรือตื่นกลางดึก

4) มีอาการความจำไม่ค่อยดี สมาธิสั้นลง

5) มีความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ หรืออยากทำร้ายตัวเอง

6) เหนื่อย ไม่มีพลังงาน ทำอะไรช้า ปวดเมื่อย อ่อนเพลียโดยไม่มีสาเหตุ

จากเอกสารข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแสดงอาการทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ความรู้สึก ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม

### 1.3.2 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในระยะแรก เพื่อค้นหาความผิดปกติแต่เริ่มต้น ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นได้ การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทางจิตเวชและบุคคลธรรมดา สามารถประเมินได้ 3 วิธี (กฤติกา บุญรัตน์ประภา และรสรินทร์ บัวทอง 2550, น.26, สาวิตรี สิงห์หาค ,2559,19,ออนไลน์) ได้แก่

1) การประเมินด้วยตนเอง (Self-rating Scale) ได้แก่ แบบทดสอบ SCQ (Symptom Distress Checklist-90) แบบสำรวจภาวะซึมเศร้าของเบค BDI (Beck Depression Inventory) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI (Children's Depression Inventory) แบบทดสอบวัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น RADS (Renolds Adolescent Depression Scale) แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: GDS) เป็นต้น

2) การประเมินโดยผู้รักษา (Physicianrated Scale) เช่น ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยแยกตาม DSM-IV (Diagnotic and Statistical Manual of Mental Disorders) การใช้เครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยา (Psychological Treats) แบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) แบบคัดกรอง ภาวะซึมเศร้าและ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (DS8) แบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมิน ฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) เป็นต้น

3) การวัดพฤติกรรมแบบปรนัย (Objective Behavioral Measures) เป็นการวัดพฤติกรรมภายนอก ซึ่งสังเกตและวัดได้โดยมีการเลือกสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมนั้นๆ แล้วบันทึกไว้ เช่น การพูด การยิ้ม กิจกรรมที่เคลื่อนไหว เป็นต้น

สรุปได้ว่า การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทางจิตเวชและบุคคลธรรมดา นั้นสามารถประเมินได้ 3 วิธีได้แก่ การประเมินด้วยตนเอง การประเมินโดยผู้รักษา และ การวัดพฤติกรรมแบบปรนัย



## 1.4 การป้องกันและการรักษาภาวะซึมเศร้า

### 1.4.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า

นักวิชาการ บุคคลและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยผู้สูงอายุของประเทศไทย ได้ทำการศึกษาวิจัยแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและพัฒนาระบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้

รุจิวรรณ สอนสมภาร (2562,ออนไลน์) ได้เสนอแนวทางการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากผลการวิจัย โดยพบว่าแนวทางการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) สถานพยาบาล โดยมีการให้การปรึกษา การรักษาการป้องกัน การให้ความรู้ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง 2) ครอบครัว โดยมีการเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุ การรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุ การดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ และการสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ และ 3) ผู้สูงอายุ โดยมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อนให้เพียงพอ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และการไม่เครียด ไม่คิดมากในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น

กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (2557,ออนไลน์) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคซึมเศร้าจากหลายมหาวิทยาลัย ได้ทำการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา โดยเริ่มในปี 2549 ทำให้ได้ระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และเทคโนโลยี/คู่มือ/ความรู้ในการส่งเสริมป้องกันไม่ให้เป็นโรคซึมเศร้าสำหรับประชาชนทั่วไปและสำหรับกลุ่มเสี่ยง มีการผลิตสื่อวีดิทัศน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาล พัฒนาโปรแกรมระบบสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พัฒนาแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9Q และแบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วย 8Q และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์ พยาบาล และ อสม. ในทุกพื้นที่ของจังหวัดยโสธร ต่อมาในปี 2550 ได้ขยายผลการดำเนินการเพิ่มอีก 4 จังหวัด โดยการค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้ารายใหม่ ด้วยการคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ข้อเสื่อม ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและ หลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยตั้งครรถ์หรือหลังคลอด ผู้ที่มีปัญหาสุรา ยาเสพติด กลุ่มที่มีการสูญเสียคนที่รักหรือสินทรัพย์ มีการแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าที่ดำเนินกิจกรรมครอบคลุมอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะการดำเนินโรค กิจกรรมที่ทำประกอบด้วย 1) การรณรงค์ให้เกิดความตระหนักและสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่สาธารณะโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาและการให้การปรึกษา 2) บ่งชี้กลุ่มเสี่ยง เพื่อให้การส่งเสริมป้องกันการเกิดโรค 3) คัดกรองเพื่อค้นหาผู้มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เพื่อให้การวินิจฉัยและประเมินความรุนแรง ของโรค 4) ส่งเสริมให้มีการวินิจฉัยและประเมินความ



รุนแรงของอาการซึมเศร้าที่ถูกต้องในโรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลทั่วไป 5) ให้การช่วยเหลือและรักษาที่เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค และ 6) ติดตามเฝ้าระวังการกลับซ้ำและการกลับเป็นใหม่ สำหรับการให้สุขภาพจิตศึกษาหรือการศึกษาเชิงจิตวิทยานั้น เป็นการทำให้ผู้รับการคัดกรองมีความรู้ที่ถูกต้องโดยใช้การสื่อสารสองทาง และอาศัยทักษะการให้ข้อมูลของการให้การปรึกษา จนเกิดความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในเรื่องโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีการผลิตสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ ละครวิทยุและภาพยนตร์สั้น เพื่อรณรงค์ให้เกิดความตระหนักและสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

สรุปได้ว่าการป้องกันภาวะซึมเศร้าของประเทศไทยในปัจจุบัน ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบโดยบุคลากรทีมสุขภาพ ด้วยวิธีการ ได้แก่ การให้ความรู้ การใช้การศึกษาเชิงจิตวิทยา การผลิตสื่อต่างๆ และการคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง แต่การดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศ อันเนื่องมาจากจำนวนของผู้สูงอายุที่มีมากขึ้น และยังไม่ค่อยมีการใช้นวัตกรรมทางจิตวิทยาในรูปแบบออนไลน์ ที่สะดวกและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

#### 1.4.2 การรักษาภาวะซึมเศร้า

การรักษาภาวะซึมเศร้ามีหลายวิธี โดยอาศัยความร่วมมือกันหลายฝ่าย ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด บุคคลในครอบครัว และชุมชน ซึ่งนักวิชาการหลายท่าน (มาโนช หล่อตระกูล, 2562, ออนไลน์ ; ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2462, ออนไลน์; จารุวรรณ ก้านศรีบุษบาทางง นภัสสร ยอดทองดี และ รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์, 2562) ได้กล่าวถึงวิธีการรักษาภาวะซึมเศร้า ที่แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ การบำบัดด้านร่างกาย และการบำบัดด้านจิตใจ สรุปได้ดังนี้

##### 1) การบำบัดด้านร่างกาย (Physical Therapy) ประกอบด้วย

(1) การรักษาด้วยยา เช่น ยาต้านเศร้า (Antidepressant Drug) และยาลดความกังวล (Antianxiety Drug) จะใช้ต่อเมื่อมีอาการซึมเศร้ามาก เพราะมีฤทธิ์แทรกซ้อนและมีอันตรายต่อการทำงานของหัวใจได้

(2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy, ECT) เน้นการปรับสมดุลของสารชีวเคมีในสมองโดยใช้กระแสไฟฟ้า ใช้ในภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หรือเป็นโรคซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เสี่ยงต่อชีวิตหรือในกรณีไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยกระแสไฟฟ้าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการชัก มีการปรับสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ในสมองให้มีความสมดุล เป็นการรักษาที่ให้ผลรวดเร็วและค่อนข้างแน่นอนถ้าเลือกใช้ให้เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการเกิดกระดูกหักเคลื่อนได้ง่าย

##### (3) การกระตุ้นเซลล์สมองและประสาท (Brain Stimulation Therapies)

2) การบำบัดด้านจิตใจ (Psychotherapy) เป็นกระบวนการช่วยเหลือทางเลือกหนึ่งที่ทำให้บุคคลเข้าใจสาเหตุและปัญหาที่แท้จริงของตนเอง ซึ่งควรทำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าหรือวิธีการอื่นๆ ตามความเหมาะสมกับผู้ที่มิภาวะซึมเศร้า ประกอบไปด้วย

(1) การให้การปรึกษา (Counseling) เป็นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบวก มีความเข้าใจมีความเข้าใจและความเอื้ออาทร เน้นความไว้วางใจความเข้าใจ ฟังอย่างตั้งใจ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจ ยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข และกระตุ้นให้ระบายอารมณ์ความรู้สึก เพื่อให้บุคคลเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการปรับตัว เผชิญปัญหา แก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เหมาะสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

(2) การบำบัดโดยการระลึกความหลัง (Reminiscence Therapy) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุเข้าใจอัตลักษณ์คุณค่าที่สำคัญของชีวิตที่ผ่านมาในอดีต เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความพึงพอใจ มีความหมาย และช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

(3) การบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) เป็นกระบวนการบำบัดที่มุ่งเน้นการปรับความคิดทางลบ เพื่อให้เป็นไปในทางบวกที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหา เนื่องจากความเชื่อที่ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ ดังนั้นการปรับความคิดด้านลบจะสามารถช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้

(4) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นการปรับความคิด และพฤติกรรม ช่วยลดความคิดฆ่าตัวตาย ความรู้สึกไร้คุณค่าและลดภาวะซึมเศร้า

(5) การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากประเด็นสถานการณ์ปัญหา แล้วช่วยกันค้นหาแนวทางลดการขัดแย้งและปรับตัวเข้าหากัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และเชื่อมโยงระหว่างภาวะซึมเศร้ากับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อนำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้า

(6) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) ซึ่งเป็น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรูปแบบหนึ่ง ที่เกิดจากความเชื่อว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความคิดและพฤติกรรม ช่วยให้เห็นปัญหา เข้าใจสาเหตุของปัญหาและมีแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และลดภาวะซึมเศร้า

(7) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดหรืออินเวสท์บำบัด (Milieu Therapy) มีแนวคิดที่ว่า สิ่งแวดล้อมมีความสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความรู้สึก อารมณ์ความคิดและพฤติกรรมของบุคคล การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างบรรยากาศรอบตัว ให้มีความคล้ายคลึงกับการดำรงชีวิตประจำวันในสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนากระบวนการคิดและพฤติกรรม มีทักษะในการเผชิญปัญหา มีสุขภาพจิตดีขึ้น รู้สึกปลอดภัย เรียนรู้ในการปรับตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เชื่อถือ

ผู้อื่น พัฒนาบุคลิกภาพ เพิ่มคุณค่าในตนเองและความสามารถของผู้ป่วย และเตรียมพร้อมที่จะกลับสู่สังคมตามความเป็นจริง

(8) การบำบัดโดยการฟื้นฟูการรู้คิด (Cognitive Rehabilitation Therapy) คือกระบวนการกระตุ้นการรู้คิด โดยใช้เทคนิคการกระตุ้นการรู้คิดที่หลากหลายพร้อมๆ กันเพื่อฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านรู้คิดความจำ และลดอาการทางจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า

(9) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) เป็นการบำบัดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้อยู่ในสภาวะปกติ มีสมาธิ รู้สึกสบายใจ เพลิดเพลิน เบี่ยงเบนความคิดจากเรื่องราวที่เครียดหรือวิตกกังวล ไปสู่ความคิดที่สร้างสรรค์และเอื้อต่อการปรับพฤติกรรม และช่วยลดภาวะซึมเศร้า

(10) การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy) เป็นการสนับสนุนเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างให้ดีขึ้น ช่วยป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า

สำหรับการรักษาภาวะซึมเศร้าของแพทย์นั้น โดยมากแล้วแพทย์จะรักษาด้วยการใช้ยาต้านซึมเศร้าและการพูดคุยบำบัดกับผู้ป่วยควบคู่กันไป ส่วนในรายที่มีอาการรุนแรงมากที่มีพฤติกรรมมุ่งทำร้ายทำตัวเองหรือฆ่าตัวตาย จึงจะเลือกใช้การกระตุ้นเซลล์สมองและประสาทเพื่อรักษาได้ทันที ทั้งนี้แพทย์ยังต้องพิจารณาอีกด้วยว่าจะใช้ยาตัวใด จะพูดคุยบำบัด และจะกระตุ้นเซลล์สมองในรูปแบบใดจึงจะปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น ๆ ที่สุด

นอกจากนี้ การสร้างพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีด้วยการเลือกรับประทานอาหารและออกกำลังกาย การรักษาอาการนอนไม่หลับได้ ด้วยการทำกิจกรรมเพื่อความสนุกสนานและผ่อนคลาย นับเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยลดความเสี่ยงจากภาวะซึมเศร้าได้ (พบแพทย์, 2562, ออนไลน์)

### 1.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

เบลเซอร์ (Blazer, 1982 อ้างถึงในกฤตিকা บุญรัตน์ประภา และรสรินทร์ บัวทอง 2550, น.17-18) ได้กล่าวถึง ทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้า สรุปได้ดังนี้

#### 1) ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories of Depression)

(1) ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) กล่าวว่าอัตราเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในรุ่นลูก (First Generation) จะสูงเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และอัตราเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในแฝดแท้จะสูงกว่าในฝาแฝดเทียม

(2) ทฤษฎีของสารประกอบไนโตรเจน (Biogenic Amine Theory) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของสาร Biogenic Amine

(3) ทฤษฎีของต่อมไร้ท่อ (Endocrine Theory) กล่าวถึงความสัมพันธ์

ของต่อมไร้ท่อและภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อว่าฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าการหลั่งของ Growth Hormone ที่ไม่เหมาะสมจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบว่าการหลั่งของฮอร์โมน Cortisone และฮอร์โมนกระตุ้นการทำงานของต่อมหมวกไต (ACTH) จะมีปริมาณมากในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตายและพลุ่งพล่าน

2) ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Depression) ได้แก่ ทฤษฎีดังต่อไปนี้

(1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหมดหวัง ไร้ที่พึ่งพิง ไร้อำนาจ ซึ่งเกิดหลังการเจ็บป่วยล้มเหลว หรือโดดเดี่ยว โดยทฤษฎีนี้ให้ความสนใจองค์ประกอบที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิตของบุคคล ทั้งการแสดงออก ผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ตลอดจนความขัดแย้งต่างๆ ที่เป็นเหตุแห่งความไม่สมหวังในชีวิต เมื่อบุคคลประสบกับการสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง มีผลทำให้ตัวตน (ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลายลงไป ซึ่งตัวตนจะเป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ (perception) ความจำ (memory) การตัดสินใจ (judgment) ความมีเหตุผล (reasoning) การแก้ปัญหา (problem solving) และการตัดสินใจในการกระทำ (decision making) ซึ่งเกี่ยวข้องกับควมมีเหตุผล (logical) และความถูกต้องเหมาะสม (correct) เมื่อตัวตนลดต่ำลง จึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเองออกจากภาวะซึมเศร้า รู้สึกผิดและบันดาลโทษ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดจัดการกับการเปลี่ยนแปลงได้ ทำให้เกิดความคิดในทางลบต่อตนเอง รู้สึกไร้ค่า และขาดความหมายต่อผู้อื่น

(2) ทฤษฎีความสิ้นหวังหรือยอมจำนนจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness Theory) ของเซลิกแมน (Seligman, 1960) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในสถานะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และรู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Helplessness) ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดการปล่อยสถานการณ์แบบเลยตามเลย ไม่ยอมแก้ไขประกอบกับขาดแรงเสริม (Inadequate Reinforcement) ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากการถูกลดโทษ การพ่ายแพ้ การล้มเหลว การสูญเสีย หรือการประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตในด้านลบมาก่อน ก่อให้เกิดการเรียนรู้หรือยึดติดในความคิดว่าไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ ไม่ว่าจะแก้ไขปัญหาวินิจฉัยอย่างไร ก็จะไม่ประสบผลสำเร็จทั้งสิ้น แล้วพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ความสิ้นหวังที่เกิดขึ้น

(3) ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive Theory) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากมีแนวความคิดและการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต โดย เบค (Beck 1973, p.6)



กล่าวว่า แนวความคิดและทัศนคติเกี่ยวกับตนเองและสังคม จะได้รับการพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก แนวความคิดเกี่ยวกับตนเองทางลบ เช่น ความรู้สึกมีปมด้อย รู้สึกไร้ค่า ไม่มั่นคง และจะตีความเรื่องต่างๆ ในลักษณะของความพ่ายแพ้ น่าอายอยู่ตลอดเวลา บุคคลเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะตีความสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความพ่ายแพ้ รู้สึกเกลียดตัวเอง รู้สึกผิดและไร้ค่า ซึ่งการตีความที่บิดเบือนจากความเป็นจริงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

สรุปได้ว่า ทฤษฎีที่เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 2 ทฤษฎีหลัก คือ ทฤษฎีทางชีววิทยาและทฤษฎีทางจิตวิทยา

จากที่กล่าวมาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าข้างต้น สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้านี้อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าธรรมดาจนถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรง หากไม่ได้รับการรักษา จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด และหากป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลรักษาร่วมกันหลายวิธีการจนกระทั่งจะหายขาด ทำให้สูญเสียทั้งเวลา งบประมาณ และทรัพยากร ดังนั้นการหาวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและสำคัญยิ่ง สำหรับการป้องกันภาวะซึมเศร้าและการรักษาภาวะซึมเศร้านั้น จะเห็นได้ว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychological Counseling) ถือเป็นวิธีการที่นำมาใช้ได้ทั้งการป้องกันและการรักษาภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการนำการปรึกษาเชิงจิตวิทยามาใช้ในการพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในครั้งนี้อย่างยิ่ง โดยจะนำมาพัฒนาเป็นนวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ ในรูปแบบที่ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและสถานการณ์ในปัจจุบันสำหรับการวิจัยครั้งนี้

## 2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพ

### 2.1 ความหมายและองค์ประกอบของศักยภาพ

#### 2.1.1 ความหมายของศักยภาพ

ศักยภาพ ตรงกับ ภาษาอังกฤษว่า “Potential” แปลว่า “ภาวะแฝงอำนาจ หรือคุณสมบัติที่แฝงอยู่ในสิ่งต่างๆ อาจทำให้พัฒนาหรือทำให้ปรากฏเป็นสิ่งที่ประจักษ์ได้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2556) ได้ให้ความหมายของคำว่า ศักยภาพ หมายถึงความสามารถหรือ คุณสมบัติที่มีแฝงอยู่ในสิ่งต่าง ๆ อาจจะทำให้พัฒนาและทำให้ประจักษ์แจ้งขึ้นได้ โดยสามารถนำสิ่งที่แฝงอยู่นั้นมาพัฒนาให้เกิดสิ่งที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่

กองวิจัยทางการศึกษา กรมวิชาการ (2543, อ้างถึงใน เกษราพร ทิราวงศ์ และ อำนวยพร ไชญยง 2554, น.14) กล่าวว่า ศักยภาพ หมายถึง ผลการเรียนรู้ที่เกิดจากกระบวนการเรียนการสอนในโรงเรียนผสมผสานกับคุณสมบัติ และคุณลักษณะที่ตกตะกอนติดตัว นอกจากความรู้



ในเนื้อหาวิชาหรือผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ซึ่งทักษะและคุณลักษณะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบัน โดยมี 3 องค์ประกอบหลัก รวม 9 ด้าน ดังนี้

1) ทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ในอนาคต ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ทักษะการเรียนรู้ ทักษะการคิด ทักษะการสื่อสาร

2) ทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการทำงาน ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ทักษะการจัดการ การทำงานร่วมกับผู้อื่น ได้แก่ ความขยัน อดทน ประหยัด และอดออม

3) ทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการอยู่ร่วมกันในสังคม ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การควบคุมตนเองได้ ความรับผิดชอบ และความมีวินัยในตนเอง การช่วยเหลือผู้อื่น เสียสละ มุ่งมั่น และพัฒนา

Lohaus & Kleinmann (2002, p. 57 อ้างถึงใน สุริย์ เข้มทอง และอโณทัย งามวิชัยกิจ, 2561, น.40) ระบุว่าศักยภาพ หมายถึง กำลังทั้งหมด (power) หรือความสามารถทั้งหมด (ability) ของบุคคลที่ทำให้ทำงานบรรลุความสำเร็จตามที่กำหนด และใช้เป็นสิ่งบอกขีดความสามารถ (capacity) สูงสุดของบุคคลในการทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย

Pringle (1994, อ้างถึงใน สุริย์ เข้มทอง และอโณทัย งามวิชัยกิจ 2561, น.40) ระบุว่าศักยภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลทั้งทางด้านกายภาพ จิตภาพ และความรู้ นอกจากนี้ยังหมายถึงความสามารถ ซึ่งประกอบด้วยความรู้ สติปัญญาความเฉลียวฉลาด ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา ทักษะความชำนาญของบุคคล ที่ทำให้บุคคลนั้นสามารถทำงานได้มีประสิทธิภาพ

David C. McClelland (อ้างถึงใน สีวารี ศรีวิโรจน์ 2561, น.147) กล่าวว่า ศักยภาพหมายถึง บุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายใต้ปัจเจกบุคคล ซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ในงานที่ตนรับผิดชอบ ศักยภาพ คือ คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ทักษะความสามารถและคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ทำให้บุคคลสร้างผลงานโดดเด่นในองค์กร ศักยภาพ คือ ความสามารถสูงสุดที่คนคนหนึ่งสามารถทำได้ และศักยภาพหมายถึงความสามารถสูงสุดที่เป็นไปได้ของบุคคล ถ้าหากบุคคลนั้นได้รับการบำรุงส่งเสริมอย่างเต็มที่และถูกทางทั้งทางกายและทางจิต

เพชรน้อย ม่วงงาม (2539, น.6-7 อ้างถึงใน ไอ หอมนาน 2557, น.4) ให้คำจำกัดความของศักยภาพ สรุปว่า หมายถึงพลังความสามารถที่แฝงอยู่ และสามารถทำให้ปรากฏได้ ความสามารถที่แสดงหรือปรากฏ เป็นได้ทั้งเครื่องชี้หรือสะท้อนศักยภาพในอดีต และเป็นเครื่องบ่งบอกศักยภาพภายในอนาคต การปรากฏของพลังศักยภาพของสิ่งใดๆ จะเป็นเช่นใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยอย่างน้อยสองส่วน คือ พลังความสามารถของสิ่งนั้น และเงื่อนไขบริบทที่เป็นไปได้ทั้งตัวชัดขวางหรือ

ตัวหนุนเสริม การปรากฏออกมาของศักยภาพนั้น ที่สำคัญ คือเงื่อนไขเชิงบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง อยู่เสมอ

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2524 อ้างถึงใน ไอ หอมนาน 2557, น.4) กล่าวว่าศักยภาพ ระดับบุคคลคือ ความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ที่มีความพร้อมจะตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทางด้านร่างกาย ได้แก่ วุฒิภาวะ ซึ่งหมายถึงการเจริญเติบโตอย่างเต็มที่ของร่างกาย และจิตใจ ได้แก่ ความพอใจที่จะสนองต่อสิ่งเร้า หรือพอใจจะกระทำการต่างๆ ดังนั้นองค์ประกอบที่จะทำให้เกิด ศักยภาพในระดับบุคคล วุฒิภาวะ หมายถึงความเจริญเติบโตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและ อารมณ์รวมถึงประสบการณ์ทางสังคม หรือความรู้เดิม ผู้มีประสบการณ์เดิมมาก ย่อมมีแนวโน้มที่จะ เรียนรู้ได้ดีกว่าผู้มีประสบการณ์เดิมน้อย

เยาวลักษณ์ ศิริสุวรรณ (2539 อ้างถึงใน ไอ หอมนาน 2557, น.4) กล่าวว่า ศักยภาพของบุคคล หมายถึง พลังความสามารถของบุคคลที่มีอยู่ในตัว ซึ่งสามารถนำออกมาใช้เพื่อ ดำเนินการ หรือประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งในขอบเขตได้เป็นผลสำเร็จ จะมีลักษณะที่ไม่ตายตัว แต่อาจจะทำให้มีมากขึ้นหรือแข็งแรงขึ้นจากการพัฒนา

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า ศักยภาพ หมายถึง ความสามารถ ความพร้อม หรือ คุณสมบัติที่แฝงอยู่ในตัวบุคคล ซึ่งสามารถนำออกมาใช้เพื่อดำเนินการกิจหรือแสดงพฤติกรรมที่ ต้องการได้สำเร็จ สามารถพัฒนาและทำให้ประจักษ์แจ้งขึ้นได้ และจะส่งผลต่อการบรรลุผลสำเร็จ ของงานตามเป้าหมาย

### 2.1.2 องค์ประกอบของศักยภาพ

David C. McClelland (อ้างถึงใน สีวารี ศรีวิโรจน์ 2561, น.147) กล่าวว่า ศักยภาพมีองค์ประกอบ 5 ดังนี้

- 1) ความรู้ (Knowledge) คือ สารสำคัญที่ต้องรู้ เช่น ความรู้ด้านเครื่องยนต์ เป็นต้น
- 2) ทักษะ (Skill) คือสิ่งที่ได้จากความรู้และสามารถปฏิบัติได้อย่างคล่องแคล่ว ว่องไว
- 3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง (Self - Concept) คือ เจตคติ ค่านิยม ความ คิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนหรือสิ่งที่เชื่อว่าตนเองเป็น เช่น ความมั่นใจในตนเอง
- 4) บุคลิกลักษณะประจำตัวของบุคคล (Traits) เป็นสิ่งที่อธิบายถึงบุคคลนั้น เช่น คนที่มีลักษณะเป็นผู้นำ
- 5) แรงจูงใจ/เจตคติ (Motive / Attitude) เป็นแรงจูงใจหรือแรงขับภายใน ซึ่ง ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่เป้าหมายหรือความสำเร็จ

ชูชัย สมितिไกร (2555, น.30) แบ่งองค์ประกอบของศักยภาพออกเป็น 2 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ศักยภาพในส่วนที่สามารถพัฒนาได้ง่าย ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) และส่วนของทักษะ (Skill)

(1) ความรู้ (Knowledge) เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาและข้อเท็จจริง หลักการ แนวความคิดเฉพาะด้าน เพื่อนำไปสู่ฐานความรู้ที่บุคคลมีในสาขาต่าง ๆ

(2) ทักษะ (Skill) เป็นความเชี่ยวชาญ ความชำนาญพิเศษในด้านต่าง ๆ ที่แต่ละบุคคลเรียนรู้และสามารถทำได้ดี

2) ศักยภาพในส่วนที่พัฒนาได้ยาก ได้แก่ แรงผลักดันเบื้องต้น (Motive) ลักษณะนิสัย (Traits) ภาพลักษณ์ของตนเอง (Self Image) บทบาทต่อสังคม (Social Role)

(1) แรงผลักดันเบื้องต้น (Motive) เป็นพลังขับเคลื่อนที่เกิดจากภายในจิตใจของแต่ละบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคคลนั้น ๆ

(2) ลักษณะนิสัย (Traits) เป็นลักษณะนิสัยใจของแต่ละบุคคลที่เป็นพฤติกรรมถาวร เป็นความเคยชิน ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่กำหนดวิธีการปฏิบัติหรือการตอบสนองอย่างคงที่

(3) ภาพลักษณ์ของตนเอง (Self Image) เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับอัตลักษณ์ คุณค่าที่ทำให้เกิดความคิดและความสนใจในสิ่งที่ทำอยู่ เป็นภาพลักษณ์ที่บุคคลมองตนเองว่าเป็นอย่างไร

(4) บทบาทต่อสังคม (Social Role) เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคลแสดงออกต่อบุคคลอื่น และต้องการสื่อให้บุคคลอื่นในสังคมเห็นว่าตนเองมีบทบาทอย่างไร

สรุปได้ว่า องค์ประกอบของศักยภาพ ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ ลักษณะนิสัยและพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

## 2.2 การพัฒนาศักยภาพ

นภดล เวชสวัสดิ์ (2533, อ้างถึงใน เกษราพร ทิราวงศ์ และอำนาจพร ใหญ่ยิ่ง 2554, น.17) ได้ให้คำนิยามของการพัฒนาศักยภาพไว้ว่า การพัฒนาศักยภาพ หมายถึง แรงจูงใจ การตั้งเป้าหมายที่จะทำและพัฒนาตนเองให้ไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติจนบรรลุถึงจุดหมาย เป็นทั้งความพร้อม และความสามารถในการลงมือปฏิบัติจนบรรลุถึงจุดหมาย เป็นการเพิ่มพูนความเชื่อมั่นในตนเอง และปูลาดเส้นทางไปสู่ความสำเร็จในอนาคต

สมิต อาชนิจกุล (2544, อ้างถึงใน เกษราพร ทิราวงศ์ และอำนาจพร ใหญ่ยิ่ง 2554, น.17) ได้ให้ความหมายของคำว่าพัฒนาศักยภาพไว้ว่า การพัฒนาศักยภาพ หมายถึง การเข้าใจ

ในตนเอง รู้ตนเอง ว่าตอนนี้เราทำอะไรอยู่ มีอะไรบกพร่องบ้าง สำรวจตัวเองให้ถี่ถ้วน ปรับปรุงแก้ไข พัฒนาไปสู่จุดมุ่งหมาย

**สรุปได้ว่าการพัฒนาศักยภาพ เป็นการพัฒนาตนของบุคคล ให้ไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมตามเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความสำเร็จในอนาคต**

### 2.3 แนวทางและวิธีการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ

ชนิษฐา ทรัพย์พาลี (2562, ออนไลน์) กล่าวถึงแนวทางการพัฒนาเพื่อสร้างศักยภาพให้เกิดขึ้นกับตนเองนั้น มีแนวทางในการพัฒนาอยู่ 3 ด้าน ดังนี้

1) การพัฒนาตนเองทางด้านร่างกาย เป็นการสร้างเสริมศักยภาพของตนเองโดยใช้การพัฒนาตนเองให้มีร่างกายแข็งแรง เพื่อให้มีสมรรถภาพทางกายที่ดี การมีสมรรถภาพทางกายที่ดี จะส่งผลให้คนเรามีศักยภาพในการทำงานที่ดีอีกด้วย ดังจะเห็นได้จากถ้าเมื่อใดที่คนเรามีสุขภาพร่างกายที่ไม่ดีศักยภาพในการทำงานย่อมจะลดลง และไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพดังนั้นการพัฒนาร่างกายจึงเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งของการสร้างเสริมศักยภาพให้กับตนเอง

2) การพัฒนาตนเองทางด้านจิตใจ เป็นการพัฒนาตนให้มีสุขภาพจิตที่ดี เนื่องจากคนที่มีสุขภาพจิตที่ดีย่อมสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพนอกจากนี้คนที่มีสุขภาพจิตที่ดีย่อมส่งผลให้มีสุขภาพกายที่ดีด้วย สำหรับการพัฒนาตนทางด้านจิตใจนั้น มีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

(1) รู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเองและรู้จักใช้เหตุผล โดยต้องฝึกจิตใจให้รู้จักระงับอารมณ์ที่ไม่ดี และอารมณ์โกรธของตนเอง มีสติ ใจเย็น พิจารณาถึงเหตุผลของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองไม่ชอบ ไม่พอใจ หรือเป็นไปตามที่คาดหวังว่าเกิดจากสาเหตุใด แล้วหาหนทางแก้ไข

(2) มองโลกในแง่ดี และมองในหลาย ๆ แง่มุม การมองโลกในแง่ดีและการมองในหลาย ๆ แง่มุม ทำให้อารมณ์และจิตใจเบิกบาน เพราะการมองโลกในแง่ดีทำให้ไม่เกิดอคติกับคำพูดหรือการแสดงออกของบุคคลอื่น ๆ สามารถร่วมสังคมนับกับบุคคลอื่น ๆ ได้อย่างราบรื่น และเมื่อมีเรื่องที่ไม่ชอบใจก็ให้มองโลกในมุมอื่น ๆ บ้าง เช่น ถ้าเพื่อนตำหนิเราก็คงมองว่าเพื่อนหวังดี และทำให้ได้รู้ข้อบกพร่องของตนเอง นำมาเพื่อการปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น

(3) รู้จักพอ ไม่อิจฉาริษยาผู้อื่น การรู้จักพอใจในสิ่งที่ตนเองมียอมทำให้จิตใจสงบสุขและมีความสุขไม่เกิดความเครียด และควรมีความปรารถนาดีกับความสุข ความสำเร็จของบุคคลอื่นด้วยเพราะทุกคนย่อมต้องการความปรารถนาดีที่มีต่อกัน

(4) รู้จักให้อภัย มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และเห็นอกเห็นใจในผู้อื่น การรู้จักให้อภัย และเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ช่วยลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล อีกทั้งทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี



เพราะการให้อภัยเกิดจากจิตใจที่ปล่อยวาง ลดความอาฆาตแค้น ควรมองว่าการให้อภัยทำให้จิตใจสบาย และพิจารณาว่าตัวเองก็มีส่วนผิดด้วยเช่นกัน

3) การพัฒนาตนเองทางด้านสติปัญญา เป็นการพัฒนาตนให้รู้จักคิดให้เป็น และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง สังคม และประเทศชาติได้ สำหรับการพัฒนาด้านสติปัญญา มีแนวทางในการพัฒนาตนเองทางด้านสติปัญญา มีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

- (1) รู้จักยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น
- (2) รู้จักคิดพิจารณาไตร่ตรองสิ่งต่าง ๆ อย่างละเอียดรอบคอบด้วยเหตุและผล
- (3) รู้จักหาความรู้เพิ่มเติมทั้งในและนอกห้องเรียน และมีความกระตือรือร้นที่จะศึกษาค้นคว้าสิ่งใหม่ ๆ อยู่เสมอ
- (4) พยายามหาทางที่จะแก้ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วยสติปัญญาของตนเองก่อนทุกครั้ง

สิวารี ศรีวิโรจน์ (2561, น.148) กล่าวถึง วิธีการพัฒนาศักยภาพ ดังนี้

1) การฝึกอบรม (Training) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์โดยกระบวนการฝึกอบรม จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ทำให้การปฏิบัติงานของพนักงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ช่วยขจัดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ในงานเฉพาะอย่าง นอกจากนี้ยังช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ของผู้บังคับบัญชา เสริมสร้างบุคลิกภาพการเป็นผู้นำ ป้องกันปัญหาในการเกิดอุบัติเหตุและมีส่วนบำรุงขวัญบุคลากรได้ด้วย

2) การสอนงาน (Coaching) การสอนงานเป็นเทคนิคหนึ่ง ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งพัฒนาผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะเฉพาะตัว เพื่อให้การทำงานนั้น ๆ ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดขึ้น และเพื่อเป็นการถ่ายทอดเทคนิคและวิธีการทำงานเพื่อให้ผู้ถูกสอนงานมีศักยภาพในการทำงานที่สูงขึ้น มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงานต่อไปในอนาคต ทั้งนี้การสอนงานมีวิธีการหรือรูปแบบดังต่อไปนี้ 1) ให้คำแนะนำแบบตัวต่อตัวหรือกลุ่มย่อย 2) เป็นการสอนอย่างต่อเนื่อง ตลอดการปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้น ๆ 3) ระยะเวลาขึ้นอยู่กับลักษณะงานและความสะดวกของผู้สอนงาน 4) อาจจะเป็นรูปแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นการระหว่างหัวหน้า และลูกน้องเรียกว่าการสื่อสารแบบสองทาง (Two Way Communication) คือ หัวหน้างานใช้ในการแจ้งและรับฟังสิ่งที่คาดหวังและต้องการจากลูกน้อง

3) การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Directed Learning) มักเริ่มจากการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันและการพัฒนาบุคลากรในองค์กรทั้งในระดับผู้บริหารและพนักงานให้เป็นคนแห่งการเรียนรู้ และรักการเรียนรู้ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน และการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆในองค์กรให้รองรับ เช่น การปรับโครงสร้างในองค์กร การสร้างระบบที่มอบอำนาจในการเรียนรู้ (People Empowerment in Learning) ที่สนับสนุนพนักงาน ให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ระบบไคซังงานที่เปลี่ยนจากการสั่งการ



ไปสู่กลยุทธ์การสอนงาน การสร้างระบบการให้รางวัล ระบบการประเมินผลที่จูงใจให้คนในองค์กรเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น รวมถึงการสร้างวัฒนธรรมใหม่ เช่น วัฒนธรรม การทำงานเป็นทีม วัฒนธรรมองค์กรที่เปิดโอกาสให้คิดแตกต่าง เป็นต้นรวมทั้งการสร้างบริบทหรือสภาพแวดล้อม ในองค์กรให้เอื้อต่อการเรียนรู้

สรุปได้ว่า ศักยภาพของบุคคลเป็นคุณสมบัติที่แฝงอยู่ในตัวบุคคล ประกอบด้วย ความคิดหรือสติปัญญา ลักษณะนิสัย อารมณ์ความรู้สึก ความรู้ พฤติกรรมหรือทักษะ ความเชี่ยวชาญ ของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถนำออกมาใช้เพื่อดำเนินการกิจหรือแสดงพฤติกรรมที่ต้องการได้สำเร็จ สามารถพัฒนาและทำให้ประจักษ์แจ้งขึ้นได้ โดยการฝึกอบรม การสอนงาน และการเรียนรู้ด้วยตนเอง จะส่งผลต่อการพัฒนาตนของบุคคล ให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและบรรลุผลสำเร็จของงานตามเป้าหมาย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ โดยการฝึกอบรมทางจิตวิทยา ที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ทั้งด้านความคิดหรือสติปัญญา ด้านร่างกาย ด้านจิตใจหรืออารมณ์ความรู้สึก และด้านพฤติกรรม จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมปกป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 3. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานวัตกรรม

#### 3.1 ความหมายและประเภทของนวัตกรรม

##### 3.1.1 ความหมายของนวัตกรรม

นักวิชาการหลายท่าน ได้ให้ความหมายของนวัตกรรม ในลักษณะที่คล้ายคลึงกันไว้ ดังนี้

เฮร์เคมา (Herkema, 2003) ได้ให้ความหมายของ นวัตกรรมว่า เป็นการใช้ความคิด หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ในองค์กร และนวัตกรรมสามารถเป็นได้ทั้งผลิตภัณฑ์ใหม่ บริการใหม่ หรือเทคโนโลยีใหม่ ซึ่งอาจจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเฉียบพลัน หรือค่อยเป็นค่อยไป

ชิลลิง (Schilling, 2008) กล่าวว่า นวัตกรรม เป็นเรื่องของการนำความคิดไปใช้ในเชิงปฏิบัติ เพื่อให้ได้สิ่งใหม่ หรือกระบวนการใหม่

เมอร์เรียม เว็บสเตอร์ (Merriam-Webster, ออนไลน์) ได้แปลความหมายของ นวัตกรรมว่า หมายถึง ความคิด อุปกรณ์ หรือวิธีการใหม่ การกระทำหรือกระบวนการของการริเริ่มความคิดใหม่

ไชยยศ เรื่องสุวรรณ (2521, น.14 อ้างถึงใน กนกวรรณ ภูใหม่, 2559, น.9) ได้ให้ความหมายนวัตกรรมไว้ว่าหมายถึง วิธีการปฏิบัติใหม่ ที่แปลงไปจากเดิม โดยอาจจะได้มาจากการคิดค้นพบวิธีใหม่ๆ ขึ้นมา หรือมีการปรับปรุงของเก่าให้เหมาะสมและสิ่งทั้งหลายเหล่านี้ได้รับการทดลอง

พัฒนา จนเป็นที่เชื่อถือได้แล้วว่าได้ผลดี ในทางปฏิบัติทำให้ระบบก้าวไปสู่จุดหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น

กองวิจัยทางการศึกษา กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ (2545, น.48 อ้างถึงใน กนกวรรณ ภูใหม่ 2559, น.9) ได้ให้ความหมายของนวัตกรรมไว้ว่า นวัตกรรม หมายถึง กิจกรรม กระบวนการ เครื่องมือ สื่อ วัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ ทั้งที่มีรูปแบบใหม่ๆ หรือของเก่าที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้มีคุณภาพดีขึ้น

สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (2553) อธิบายว่า นวัตกรรมหมายถึงแนวความคิด การปฏิบัติหรือสิ่งต่างๆที่มีความใหม่และมีการนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การสร้างตลาดใหม่ ผลิตภัณฑ์ใหม่ กระบวนการและการบริการใหม่ ซึ่งเป็นการทำในสิ่งที่แตกต่างจากที่ผู้อื่นได้สรรค์สร้าง โดยอาศัยการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัวให้เป็นโอกาส และถ่ายทอดไปสู่สิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม

เศรษฐชัย ชัยสนธิ (2553 อ้างถึงในสุภัทสรดา คงชม 2558, น.9) ได้ให้ความหมายของนวัตกรรมไว้ว่า นวัตกรรม คือ การทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยวิธีการใหม่ๆ และยังหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางความคิด การผลิต กระบวนการหรือองค์กร ไม่ว่าจะการเปลี่ยนนั้นจะเกิดขึ้นจากการพัฒนาต่อยอด การเปลี่ยนแปลง การประยุกต์หรือแม้แต่กระบวนการในหลายสาขา นอกจากนี้ยังเชื่อกันว่าการที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งจะเป็นนวัตกรรมได้นั้นจะต้องมีความใหม่อย่างเห็นได้ชัดและความใหม่นั้นจะต้องเพิ่มมูลค่าสิ่งต่าง ๆ ได้โดยเป้าหมายของนวัตกรรมคือ การเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกเพื่อทำให้สิ่งต่าง ๆ เกิดเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น นวัตกรรมก่อให้เกิดผลิตผลเพิ่มขึ้นและเป็นที่มาสำคัญของความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมชาติ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2556,น.565) ได้ให้ความหมายของนวัตกรรมว่าหมายถึง สิ่งที่ทำขึ้นใหม่หรือแปลกจากเดิมซึ่งอาจจะเป็นความคิด วิธีการหรืออุปกรณ์ เป็นต้น

Drucker (1985) ให้ความหมายของนวัตกรรมว่า นวัตกรรมเป็นเครื่องมือสำคัญของผู้ประกอบการในการสร้างศักยภาพทางการแข่งขันในเชิงธุรกิจและความมั่นคง เพื่อแสวงหาผลประโยชน์และโอกาสจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เพื่อสร้างธุรกิจและบริการที่แตกต่างจากคู่แข่ง โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่หรือจากการสร้างขึ้นใหม่ รวมทั้งเป็นการพัฒนาขึ้นจากองค์ความรู้ใหม่

Toffler (1980) ได้ให้ความหมายของนวัตกรรมไว้ว่า นวัตกรรมเป็นการผสมผสานระหว่างเครื่องมือกลและเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่มีลักษณะ 3 ประการประกอบกัน ดังนี้

- 1) จะต้องเป็นการสร้างสรรค์ขึ้นใหม่ (Creative) และเป็นความคิดที่สามารถปฏิบัติได้ (Feasible Idea)
- 2) จะต้องสามารถนำไปใช้ได้ผลจริง (Practical Application)
- 3) มีการเผยแพร่ออกสู่ชุมชน (Distribution)

กล่าวโดยสรุป นวัตกรรมหมายถึง ความคิด กิจกรรม วิธีการ กระบวนการ เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ที่บุคคลคิดค้น สร้างสรรค์ ประดิษฐ์ พัฒนาต่อยอด เปลี่ยนแปลงหรือประยุกต์จากเดิม และเป็นประโยชน์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

### 3.1.2 ประเภทของนวัตกรรม

สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (2553) ได้มีการแบ่งประเภทของนวัตกรรมออกเป็น 4 ประเภทตามระดับความใหม่ขององค์ประกอบ (component) หรือระบบ (system) ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) นวัตกรรมส่วนเพิ่ม (Incremental Innovation) เป็นการปรับปรุงสิ่งที่มีอยู่แล้วให้มีคุณภาพดีขึ้นหรือทำการปรับปรุงให้เกิดประสิทธิภาพสูงขึ้น โดยการพัฒนาองค์ประกอบของสิ่งนั้นๆ แต่ไม่ได้เป็นการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบใหม่ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป โดยนวัตกรรมส่วนมากที่พบเห็นในปัจจุบันนั้นส่วนมากจะเป็นนวัตกรรมในลักษณะนี้ กล่าวคือ เป็นการปรับปรุงองค์ประกอบต่างๆให้ดีขึ้นเรื่อยๆเป็นลำดับ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงาน (system) โดยรวม เช่น การพัฒนารูปแบบของสินค้าที่เดิมมีวางขายในตลาดอยู่แล้ว โดยพัฒนาจากรุ่นที่ 1 ไปสู่รุ่นที่ 2 และ 3 ตามลำดับ เป็นต้น

2) นวัตกรรมที่ประกอบด้วยหน่วยแยกต่างๆ ที่สามารถรวมกันได้ (Modular Innovation) เป็นนวัตกรรมที่มีการนำองค์ประกอบใหม่มาใช้ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานโดยรวมที่มีอยู่เดิม กล่าวคือ มีการเปลี่ยนแปลงสำคัญในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งของผลิตภัณฑ์ แต่โครงสร้างโดยรวมยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง นวัตกรรมในลักษณะนี้มีความต้องการในการเรียนรู้ใหม่ๆ แต่ยังคงอยู่ภายใต้กรอบที่ชัดเจน เช่น อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่เดิมใช้กระแสไฟฟ้าเป็นแหล่งพลังงาน ต่อมาได้เปลี่ยนไปใช้แหล่งพลังงานอื่นแทน โดยที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานหรือวิธีการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์นั้น เป็นต้น

3) นวัตกรรมสถาปัตยกรรม (Architectural Innovation) เป็นการปรับปรุงหรือนำระบบการทำงานรูปแบบใหม่มาใช้โดยอาจเป็นการปรับปรุงองค์ประกอบต่างๆให้ดีขึ้น หรืออาจจากรูปแบบการทำงานเป็นลักษณะเดิม ทั้งนี้ คุณลักษณะที่สำคัญของนวัตกรรมประเภทนี้คือ การปรับโครงสร้าง (reconfiguration) ของระบบที่มีอยู่เดิมเพื่อให้เชื่อมโยงองค์ประกอบต่างๆในรูปแบบใหม่ โดยนวัตกรรมในลักษณะนี้จะเกิดขึ้นในช่วงที่มีความท้าทายในการประยุกต์และรวบรวมความรู้ที่มีอยู่เดิมหรือเป็นการรวมระหว่างความรู้เดิมกับความรู้ใหม่โดยนำมาบูรณาการเข้าด้วยกัน เพื่อสร้างผลิตภัณฑ์ภายใต้กรอบการดำเนินงานใหม่อีกครั้ง เช่น สายการบินต้นทุนต่ำ (low-cost airlines) เป็นต้น

4) นวัตกรรมในลักษณะเฉียบพลัน (Radical Innovation) เป็นการพัฒนาองค์ประกอบและระบบการทำงานใหม่ทั้งหมดกล่าวคือ ใช้อุปกรณ์ใหม่ในระบบการทำงานที่ออก

แบบขึ้นใหม่ซึ่งแตกต่างจากเดิมอย่างชัดเจน เช่น การคิดค้นโทรศัพท์ การพัฒนาคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล เป็นต้น

งานนวัตกรรม (ม.ป.ป. น. 8) ได้การจำแนกประเภทของนวัตกรรม แบ่งได้หลายประเภทตามลักษณะขอบเขต และวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ การจำแนกที่พบบ่อย และมีการนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงการวิจัย และการจัดการนวัตกรรมค่อนข้างมากก็จะประกอบไปด้วย 3 ลักษณะ คือ

1) การจำแนกตามเป้าหมายของนวัตกรรม (The Target of Innovation) แบ่งเป็นนวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) และ นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation)

2) การจำแนกตามระดับของการเปลี่ยนแปลง (The Degree of Change) จะแบ่งนวัตกรรมออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ นวัตกรรมในลักษณะเฉียบพลัน (Radical Innovation) และ นวัตกรรมในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป (Incremental Innovation)

3) การจำแนกตามขอบเขตของผลกระทบ (The Area of Impact) จำแนกได้ 2 ประเภท คือ นวัตกรรมทางเทคโนโลยี (Technological Innovation) และนวัตกรรมทางการบริหาร (Administrative Innovation)

Gopalakrishnan & Damanpour, 1997 ; Smith, 2006 ; Bessant & Tidd, 2007 และ Schilling, 2008 อ้างถึงในงานนวัตกรรม (ม.ป.ป. น. 10) ) จำแนกประเภทของนวัตกรรมในแต่ละลักษณะ ได้ดังนี้

1) การจำแนกตามเป้าหมายของนวัตกรรม

(1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ไม่ว่าจะเป็นด้านเทคโนโลยี หรือวิธีการใช้ก็ดี รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

(2) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิต และการทำงานโดยรวมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

2) การจำแนกตามระดับของการเปลี่ยนแปลง

(1) นวัตกรรมในลักษณะเฉียบพลัน (Radical Innovation) เป็นนวัตกรรมที่มีระดับความใหม่ ในลักษณะที่มีความแตกต่างไปจากกรรมวิธี และแนวคิดเดิมไปอย่างสิ้นเชิงหรือเป็นลักษณะของการเปลี่ยนแปลงแบบถอนรากถอนโคน

(2) นวัตกรรมในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป (Incremental Innovation) นวัตกรรมประเภทนี้ เป็นนวัตกรรมที่เกิดขึ้นจำนวนมาก และมีความถี่ในการเกิดบ่อยมากกว่า



นวัตกรรมในลักษณะเฉียบพลัน โดยมีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงที่ค่อยเป็นค่อยไป มีการปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นทีละเล็กละน้อย จากเทคโนโลยีหรือสิ่งที่มีอยู่เดิม

### 3) การจำแนกตามขอบเขตของผลกระทบ

(1) นวัตกรรมทางเทคโนโลยี (Technological Innovation) เป็นนวัตกรรมที่มีพื้นฐานหรือขอบเขตของการพัฒนามาจากเทคโนโลยี โดยในปัจจุบันการพัฒนานวัตกรรมทางเทคโนโลยีมีบทบาทและความสำคัญต่อหลายอุตสาหกรรม ทั้งนี้ เนื่องจากเทคโนโลยี ช่วยทำให้การพัฒนาวัตกรรมสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้บริโภคและสร้างความได้เปรียบในเชิงการแข่งขันได้เป็นอย่างดี รวมทั้งเป็นนวัตกรรมที่มีแรงผลักดันที่สำคัญของความก้าวหน้าในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมืองสิ่งแวดล้อม และความเป็นอยู่ของประชากร

(2) นวัตกรรมทางการบริหาร (Administrative Innovation) นวัตกรรมทางการบริหารเป็นเรื่องของการคิดค้นและเปลี่ยนแปลงรูปแบบวิธีการ ตลอดจนกระบวนการจัดการองค์การใหม่ ที่ส่งผลให้ระบบการทำงาน การผลิตการออกแบบผลิตภัณฑ์ และการให้บริการขององค์การให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

Trott (2005) ได้จำแนกนวัตกรรมออกเป็น 7 ประเภท ดังนี้

- 1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (product innovation)
- 2) นวัตกรรมกระบวนการ (process innovation)
- 3) นวัตกรรมองค์กร (Organization innovation)
- 4) นวัตกรรมการจัดการ (Management innovation)
- 5) นวัตกรรมการผลิต (production innovation)
- 6) นวัตกรรมการตลาด (Commercial /marketing innovation)
- 7) นวัตกรรมบริการ (Service innovation)

## 3.2 การสร้างและเกณฑ์การพิจารณาวัตกรรม

### 3.2.1 การสร้างนวัตกรรม

กระบวนการนวัตกรรม จะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้องค์กรสามารถดำรงอยู่และเจริญเติบโตต่อไปได้ ซึ่งกระบวนการประกอบด้วยส่วนที่สำคัญ ๆ หลายประการ

งานนวัตกรรม (ม.ป.ป. น. 12) กล่าวถึงกระบวนการสร้างนวัตกรรม ดังนี้

1) การค้นหา (Searching) เป็นการสำรวจสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก เพื่อค้นหาสัญญาณทั้งโอกาสและอุปสรรค สำหรับการนำไปสู่จุดเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงในอนาคต



2) การเลือกสรร (Selecting) เป็นการตัดสินใจเลือกสัญญาณที่สำรวจพบเหล่านั้น เพื่อจะนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับองค์กร ทั้งนี้ การเลือกสรรจำเป็นต้องมีความสอดคล้องกับหลักกลยุทธ์ขององค์กร

3) การนำไปปฏิบัติ (Implementing) เป็นการแปลงสัญญาณที่มีศักยภาพไปสู่การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ขึ้น และนำสิ่งเหล่านั้นออกเผยแพร่สู่ตลาดทั้งภายในและภายนอกองค์กร แต่สัญญาณที่ว่า ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงชั่วครั้งชั่วคราวเท่านั้น หากแต่จะเกิดขึ้นด้วยการดำเนินงานขั้นตอนที่สำคัญอีก ๔ ประการ ดังนี้

(1) การรับ (Acquiring) คือ ขั้นตอนของการนำองค์ความรู้ต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ให้เกิดเป็นนวัตกรรมขึ้น เช่น การสร้างสรรค์สิ่งใหม่จากกระบวนการทางวิจัยและพัฒนา (R&D) การทำวิจัยทางการตลาด รวมไปถึงการได้รับองค์ความรู้จากแหล่งอื่น ๆ โดยการถ่ายทอดทางเทคโนโลยี (Technology Transfer) หรือการค้นคว้าร่วมกันในเครือพันธมิตร (Strategic Alliance) เป็นต้น

(2) การปฏิบัติ (Executing) คือ ขั้นตอนของการนำโครงการดังกล่าวสู่การปฏิบัติงานภายใต้สภาพของความไม่แน่นอนต่าง ๆ ซึ่งต้องอาศัยทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving) ตลอดเวลา

(3) การนำเสนอ (Launching) คือ การนำนวัตกรรมที่ได้ออกสู่ตลาด โดยอาศัยการจัดการอย่างเป็นระบบเพื่อให้วัตตกรรมนั้นสามารถเป็นที่ยอมรับจากตลาดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรกของการนำออกสู่ตลาด

(4) การรักษาสภาพ (Sustaining) คือ การรักษาสถานะภาพการยอมรับจากตลาด ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อไปและคงอยู่ให้นานเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งอาจจะต้องนำนวัตกรรมนั้น ๆ กลับมาปรับปรุงแก้ไขในแนวความคิดหรือทำการเริ่มใหม่ตั้งแต่ต้น (Re-innovation) เพื่อให้ได้นวัตกรรมที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของตลาดมากยิ่งขึ้น

4) การเรียนรู้ (Learning) เป็นสิ่งจำเป็นที่องค์กรควรที่จะศึกษาและเรียนรู้ในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการทางนวัตกรรม เพื่อก่อให้เกิดเป็นองค์ความรู้พื้นฐานที่แข็งแกร่งและสามารถนำไปใช้พัฒนาวิธีการสำหรับจัดการกับกระบวนการทางนวัตกรรมเหล่านั้นให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น สามารถสร้างให้เกิดขึ้นในงานของเราได้จาก 3 ช่องทางที่สำคัญ ดังนี้

(1) ต้องการแก้ปัญหา (Problem) งานมีปัญหาที่สร้างความเสียหายให้กับองค์กร ไม่สามารถแก้ไขหรือจัดการได้ด้วยวิธีการเดิมๆ หรือเครื่องมือเดิมๆ จนต้องคิดค้นวิธีการ/สิ่งใหม่ๆ ขึ้นมาเพื่อช่วยแก้ปัญหานั้นให้หมดไป เช่น การแก้ปัญหาด้วยการวิเคราะห์จากผังก้างปลา (Cause and Effect Analysis) Why-Why Analysis เป็นต้น จนนำไปสู่การสร้างวิธีการ/สิ่งใหม่ๆ เพื่อช่วยจัดการกับปัญหา

(2) ต้องการปรับปรุง (Improvement) ให้ดีกว่าเดิม งานของเราอาจไม่มีปัญหาอะไร แต่ต้องการปรับปรุงสิ่งต่างๆให้ดีกว่าเดิม ด้วยการปลูกฝังให้คนในองค์กรคิดว่าสิ่งที่เป็นอยู่นี้ จะทำให้ดีขึ้นได้อีกได้อย่างไรบ้าง และส่งเสริมให้มีการคิดและทำเพื่อสิ่งที่ดีกว่าอยู่เสมอ จนกระทั่งเกิดเป็นวิธีการ/สิ่งใหม่ที่ทำให้ชีวิตดีกว่าเดิม เช่น การนำหลักการ Kaizen มาใช้ จนนำไปสู่การพัฒนาวิธีการใหม่ๆ/ เครื่องมือใหม่ เพื่อทำให้การทำงาน/ การใช้ชีวิตง่ายขึ้น

(3) มีความรู้ที่สำคัญจากระบบการจัดการความรู้ (Knowledge management-KM) จนเห็นช่องทางนำไปสู่การสร้างสิ่งใหม่ที่จะทำให้การทำงาน/ ชีวิตดีขึ้น งานที่มีระบบการจัดการความรู้ที่ดี จะมีข้อมูล (Data) สารสนเทศ (Information) และความรู้ (Knowledge) มากพอ มีระบบการวิเคราะห์ และประเมินผลที่ถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว องค์กรจะมองเห็นช่องทางที่จะสร้างความแปลก แตกต่างและโดดเด่น ที่เป็นความต้องการของตลาด จนกระทั่งนำไปสู่การพัฒนา/สร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ที่ใช้งานได้จริง และเป็นที่ต้องการของตลาดได้ไม่ยาก

### 3.2.2 เกณฑ์การพิจารณานวัตกรรม

ชัยยงค์ พรหมวงศ์ (2560, น. 1-16) ได้กล่าวถึง เงื่อนไข 6 ประการ สำหรับการตัดสินใจว่าสิ่งที่พัฒนาขึ้นนั้น คือ นวัตกรรม ดังนี้

- 1) ต้องเริ่มจากการวิเคราะห์ความต้องการ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหรือคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต และตอบสนองความต้องการของสังคม จนได้ชิ้นงานต้นแบบ (Prototype)
- 2) ความใหม่ (Novelty) ชิ้นงานต้นแบบอาจมีความใหม่ทั้งหมด หรือบางส่วน
- 3) การพัฒนานวัตกรรมดำเนินการอย่างเป็นระบบ (System approach)

ประกอบด้วย

- (1) ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลิตภัณฑ์ และผลย้อนกลับ
- (2) มีการพิสูจน์ด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research & development)
- (3) มีการเผยแพร่ นวัตกรรม และนำไปใช้จนเกิดการยอมรับ
- (4) มีการต่อยอดนวัตกรรมสู่เทคโนโลยี ได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่ง

ของการดำเนินงานของหน่วยงาน หรือสังคม

สรุปได้ว่า นวัตกรรมสามารถแบ่งได้เป็นประเภทต่างๆ ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดประเภท เช่น แบ่งตามระดับความใหม่ขององค์ประกอบ แบ่งตามลักษณะขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ แบ่งตามระดับของการเปลี่ยนแปลง และแบ่งตามขอบเขตของผลกระทบ สำหรับนวัตกรรมในการวิจัยครั้งนี้ จัดอยู่ในประเภทของ นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) ตามแนวคิดของ Trott (2005) กระบวนการสร้างนวัตกรรมประกอบด้วย การค้นหา การเลือกสรร การนำไปปฏิบัติ และการเรียนรู้

#### 4. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างนวัตกรรมทางจิตวิทยาขึ้น ซึ่งในงานวิจัยนี้หมายถึง โมเดลหรือรูปแบบการฝึกอบรมทางจิตวิทยา จัดอยู่ในนวัตกรรมประเภทกระบวนการ (process innovation) ตามแนวคิดของ ทรอต (Trott 2005) ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ ดังนี้

##### 4.1 ความหมายและการพัฒนารูปแบบ

###### 4.1.1 ความหมายของรูปแบบ

นักวิชาการได้กล่าวถึงความหมายของโมเดลหรือรูปแบบ ดังนี้

เยาวดี วิบูลย์ศรี (2544, น.27) กล่าวว่า รูปแบบคือ วิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจตลอดทั้งจินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์ หรือเรื่องราวใดๆ ให้ปรากฏ โดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่างๆ เช่น ภาพวาด ภาพเหมือน แผนภูมิ แผนผังต่อเนื่อง หรือสมการทางคณิตศาสตร์ ให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และในขณะเดียวกันก็สามารถนำเสนอเรื่องราว หรือประเด็นต่างๆ ได้อย่างกระชับภายใต้หลักการอย่างมีระบบ

ทิสนา แคมมณี (2545, น.218) กล่าวว่า รูปแบบเป็นรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่งเช่น เป็นคำอธิบาย เป็นแผนผัง ไดอะแกรมหรือแผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น รูปแบบเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ทั้งหลาย

วาโร เพ็งสวัสดิ์ (2553, น.2-3) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง กรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่างๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้

สรุปได้ว่า โมเดลหรือรูปแบบ หมายถึง กรอบความคิดของบุคคล ที่แสดงออกมาเป็นรูปธรรมเพื่อต่อการเข้าใจ ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ได้แก่ คำอธิบาย หลักการ วิธีการดำเนินงาน เกณฑ์ แผนผัง แผนภาพ สมการทางคณิตศาสตร์ ซึ่งเป็นเครื่องมือทางความคิดที่ใช้ในการสืบสอบหาคำตอบความรู้ และความเข้าใจในปรากฏการณ์ต่างๆ

###### 4.1.2 การพัฒนารูปแบบ

บุญชม ศรีสะอาด (2535, น. 104-106) กล่าวถึงการพัฒนารูปแบบว่าอาจทำได้ 2 ขั้นตอน คือ

1) การสร้างหรือการพัฒนารูปแบบ โดยผู้วิจัยจะสร้างรูปแบบตามสมมุติฐานขึ้นมาก่อนจากการศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวคิดของรูปแบบที่มีผู้พัฒนาไว้แล้วและจากผลการศึกษาหรือผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์สภาพ สถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้สามารถกำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ต่าง ๆ ระหว่าง

องค์ประกอบหรือตัวแปรนั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบในรูปแบบ ในการพัฒนา รูปแบบจะต้องใช้หลักเหตุผลเป็นพื้นฐานและการศึกษาค้นคว้าซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา รูปแบบ ผู้วิจัยอาจคิดโครงสร้างของรูปแบบขึ้นมาก่อนแล้วปรับปรุง โดยอาศัยข้อเสนอแนะจากการศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวความคิด รูปแบบ หรือผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบหลังจากได้พัฒนารูปแบบในขั้นต้นแล้ว ต้องทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ เพราะรูปแบบที่พัฒนานี้แม้จะตั้งอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีแนวคิดหรือรูปแบบของผู้อื่นและผลการวิจัยที่ผ่านมาหรือแม้แต่ได้รับการกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญแล้วก็ตาม แต่ก็ยังเป็นเพียงรูปแบบตามสมมุติฐาน จำเป็นต้องเก็บข้อมูลในสถานการณ์จริงหรือทดลองนำไปใช้ในสถานการณ์จริงเพื่อทดสอบความเหมาะสม ซึ่งบางครั้งเรียกว่า การทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบ

**สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบ มี 2 ขั้นตอน คือ การสร้างหรือการพัฒนา และการทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ**

#### 4.2 การประเมินคุณภาพรูปแบบ

กาญจนา วัฒนสุนทร (2550, น.3-9) ได้เสนอวิธีตรวจสอบหรือประเมินคุณภาพรูปแบบ สรุปได้ดังนี้

1) การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Consensus appraisal) เป็นการให้ผู้เชี่ยวชาญในด้านที่ศึกษาเป็นผู้ตัดสินถึงความเหมาะสมของรูปแบบที่สร้างขึ้น เครื่องมือช่วยในการตัดสินใจ คือ ตัวรูปแบบ ผลการตรวจสอบวรรณกรรม นิยามศัพท์ กรอบแนวคิดทฤษฎีในการศึกษา และแบบสอบถามในความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และแง่มุมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ทำให้ได้ข้อมูลตามที่กำหนดในกรอบการศึกษาหรือปัญหาวิจัยที่ระบุ แบบแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอาจเป็นการสำรวจความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ จากผู้ใช้ระบบในรูปแบบหรืออาจใช้เทคนิคกลุ่ม เช่น เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นต้น

2) ทดลองนำโมเดลไปใช้ เป็นการออกแบบการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อให้ได้ความเหมาะสมในเชิงการปฏิบัติในภาคสนาม

3) การทดลองด้วยข้อมูลที่จำลองขึ้น (Simulation) เป็นการจำลองข้อมูลของตัวแปรที่ประกอบอยู่ในรูปแบบ ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถนำไปใช้ในการทดลองภาคสนาม หรือไม่สามารที่จะใช้การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ หรือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ หรือต้องการควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในสนาม ตัวอย่าง เช่น การนำฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์ไปใช้ในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

4) การทดสอบด้วยวิธีการทางสถิติจากแบบแผนการวิจัยที่ได้นำเสนอไว้ เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบตามทฤษฎีโดยการวัดตัวแปรที่



อยู่ในรูปแบบแล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมทางสถิติ เช่น รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงสาเหตุ ฟังก์ชันการพยากรณ์ตัวแปรหนึ่งหรือหลายตัว ด้วยตัวแปรหนึ่งหรือหลายตัว เป็นต้น

พลสุข หิงคานนท์ (2540, น.53-55) กล่าวไว้เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพรูปแบบ ดังนี้ เป็นการประเมินคุณภาพรูปแบบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยการประมาณค่าพารามิเตอร์ของรูปแบบ รูปแบบที่สร้างขึ้นควรมีความชัดเจนและเหมาะสม การวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์มักจะดำเนินการประเมินคุณภาพรูปแบบด้วยวิธีการทางสถิติ ผลของการประเมินจะนำไปสู่การยอมรับหรือปฏิเสธรูปแบบนั้น และนำไปสู่การสร้างทฤษฎีใหม่ต่อไป

รุ่งนภา จิตรโรจนรักษ์ (2548, น. 17-18) สรุปว่าการตรวจสอบหรือการประเมินคุณภาพ รูปแบบมีเป้าหมายสำคัญเพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความตรง และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ โดยแบ่งลักษณะของการตรวจสอบออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

- 1) การตรวจสอบ โดยการพิสูจน์ หรือตรวจสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งมักจะใช้ในการทดสอบรูปแบบทางวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์
- 2) การตรวจสอบรูปแบบทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งอาจทดสอบโดยวิธีการทางสถิติ หรือการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ

อีสนอร์ (Eisner 1976, pp.192-193) ได้เสนอแนวคิดของการประเมินคุณภาพรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ อีสนอร์กล่าวไว้เกี่ยวกับการวิจัยทางการศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการตามหลักการทางวิทยาศาสตร์หรือเชิงปริมาณมากเกินไป ซึ่งในบางเรื่องต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าการได้ตัวเลขแล้วสรุป การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญจะเน้นการวิเคราะห์ วิเคราะห์อย่างลึกซึ้ง เฉพาะในประเด็นที่ถูกนำมาพิจารณา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์หรือกับผู้เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไป แต่อาจจะผสมผสานปัจจัยในการพิจารณาต่างๆ เข้าด้วยกันตาม วิจารณ์ญาณ ประสบการณ์และความชำนาญของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับคุณภาพ ประสิทธิภาพ หรือความเหมาะสมของสิ่งที่ทำการประเมิน

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมินคุณภาพรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ เนื่องจากต้องมีการวิเคราะห์ วิเคราะห์อย่างลึกซึ้ง เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่มีคุณภาพ อย่างถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งมีการตรวจสอบความตรงภายนอก จากผู้ใช้โดยการวัด ก่อนและหลังการทดลอง

### 4.3 รูปแบบการฝึกอบรมทางจิตวิทยา

รูปแบบการฝึกอบรมทางจิตวิทยา หมายถึง แบบแผนของการฝึกอบรมทางจิตวิทยาที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการเทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม และวิธีการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้รับการฝึกอบรมมีศักยภาพในการป้องกันภาวะ

ซึมเศร้า มีการปรับเปลี่ยน ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น และปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ดียิ่งขึ้น

รูปแบบการฝึกอบรมทางจิตวิทยา ซึ่งเป็นนวัตกรรมทางจิตวิทยาในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการเทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling Technique) ที่ประกอบด้วย เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychoeducational Counseling) โดยการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาหรือสุขภาพจิตศึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม เทคนิคของทฤษฎีการบำบัดเชิงความคิด เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์ เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาเผชิญความจริง เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ และวิธีการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การอภิปรายกลุ่ม การระดมสมอง บทบาทสมมติ และกรณีศึกษา เข้าด้วยกัน อย่างสอดคล้องกับ นิยามศัพท์ขององค์ประกอบของศักยภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยถือเป็นวิธีการบูรณาการในรูปแบบและลักษณะใหม่ที่ ไม่เคยมีมาก่อน โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 4.3.1 เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling Technique)

ผู้เชี่ยวชาญการปรึกษาแบบกลุ่ม ได้ให้ความหมายของการปรึกษาแบบกลุ่ม สรุปได้ดังนี้

โอลเซน ฮอร์น และลาเว (Ohlsen, Horne & Lawe, 1988, pp.1) กล่าวว่า การปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นกระบวนการช่วยเหลือที่ให้โอกาสสำหรับผู้รับบริการปรึกษา ที่จะระบุนิยามความหมายของการเปลี่ยนแปลง พัฒนาและฝึกฝนทักษะที่จำเป็นให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ภายใต้สถานการณ์ที่ปลอดภัย

กิบสัน และมิทเชลล์ (Gibson & Mitchell, 2008, pp.172) กล่าวว่า การปรึกษาแบบกลุ่ม เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนหรือการพัฒนาในรูปแบบกลุ่ม โดยมุ่งเน้นช่วยเหลือผู้รับบริการปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ปัญหาทางเพศ ค่านิยมหรือทัศนคติ หรือการตัดสินใจด้านอาชีพ

ชมิทท์ (Schmidt, 2008, p.1) กล่าวว่า การปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นความสัมพันธ์ของการช่วยเหลือกันอย่างไว้วางใจได้ ซึ่งผู้ให้บริการปรึกษาจะสนับสนุนสมาชิกกลุ่ม โดยมีเป้าหมายที่จะพัฒนา ป้องกัน หรือบำบัดประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น กิจกรรมของการบริการปรึกษาจะประกอบด้วย การชี้แนะ การให้ข้อมูล และกระบวนการแก้ไขปัญหา

วัชรีย์ ทรัพย์มี (2550, น.103-104) กล่าวว่า การปรึกษากลุ่ม เป็นกระบวนการที่ผู้มีความต้องการตรงกัน ที่จะปรับปรุงตนเองหรือต้องการจะแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง

ร่วมกันมาปรึกษาหารือซึ่งกันและกันโดยมีผู้ให้บริการปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสได้แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของแต่ละคน เป็นการได้ระบายความรู้สึกที่ขัดแย้งในจิตใจ ได้สำรวจตนเอง ได้ฝึกการยอมรับตนเอง กล้าเผชิญปัญหาและได้ให้ความคิดในการแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง กับสิ่งที่ได้รับฟัง ความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้อื่น และได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีความรู้สึกขัดแย้ง หรือความคิดเห็นเช่นเดียวกับตน ไม่ใช่เขาคนเดียวที่มีปัญหา

**กล่าวโดยสรุปแล้ว การปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง** กระบวนการช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มที่มีปัญหาหรือความต้องการที่คล้ายกัน โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นผู้สนับสนุน เอื้ออำนวย ชี้แนะ ให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึก แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ร่วมกันพิจารณาวิธีการแก้ไขปัญหา ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทิศทางที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งผู้นำกลุ่มจะใช้ทักษะและเทคนิคตามทฤษฎีการปรึกษาแบบกลุ่ม ภายใต้บรรยากาศที่อบอุ่น ปลอดภัย เห็นอกเห็นใจ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน

**สำหรับเทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling Technique) ที่นำมาใช้ในการพัฒนานวัตกรรมการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย** เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychoeducational Counseling) เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม เทคนิคของทฤษฎีการบำบัดเชิงความคิด เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์ เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาเผชิญความจริง และเทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ โดยมีรายละเอียดของแต่ละเทคนิคดังนี้

#### 1) เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2561, น.13/101) สรุปสาระสำคัญของทฤษฎีการปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา หรือ “psychoeducational counseling” ว่า เป็นรูปแบบของการช่วยเหลือโดยการให้ความรู้ ข้อมูล การพัฒนาทักษะต่าง ๆ และจัดโปรแกรมการศึกษาทางจิตวิทยา โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ เพื่อให้ความรู้ ข้อมูล และแนวทางการศึกษาเชิงจิตวิทยา ในการดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต เพื่อให้บุคคลเรียนรู้แนวทางในการปรับตัวกับสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และเพื่อจัดโปรแกรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งให้แก่ครอบครัว

การให้การปรึกษาแบบการศึกษาจิตวิทยา ไม่มีเทคนิคเฉพาะ แต่เป็นการมุ่งเน้นให้ความรู้ และข้อมูลแก่ครอบครัวในการดูแลครอบครัวที่มีความผิดปกติทางจิต หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขและมีความหวัง โดยเทคนิคต่าง ๆ ที่นำมาประยุกต์ใช้ เช่น การอภิปรายกลุ่ม การฝึกปฏิบัติ การสัมภาษณ์ การสังเกตอาการของผู้ป่วย การใช้แบบสอบถาม ผู้ให้การปรึกษาคครอบครัวแบบการศึกษาเชิง

จิตวิทยา มีหน้าที่ในการให้ข้อมูล ให้ความรู้ และสอนทักษะต่าง ๆ ให้แก่สมาชิกครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2561, น.13/105)

วิสเซอร์ และวิสเซอร์ (Visher & Visher อ้างถึงใน ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ 2561, น.13/102) กล่าวถึงเทคนิคในการจัดโปรแกรมศึกษาจิตวิทยา พอสรุปได้ว่า มีเทคนิคสำคัญ ประกอบไปด้วย

- ก. การให้สมาชิกครอบครัวตอบแบบสอบถาม
- ข. สมาชิกครอบครัวเสนอคำตอบที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม
- ค. การอภิปรายกลุ่ม เพื่อนำไปสู่การปรับปรุง
- ง. การฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประสบการณ์
- จ. การจัดประสบการณ์

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยาไปบูรณาการกับเทคนิคอื่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการป้องกันภาวะซึมเศร้าแก่ผู้สูงอายุ

## 2) เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม

ทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม มีความเชื่อว่า ความคิด ความเชื่อ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องและมีอิทธิพลต่อกัน ซึ่งอารมณ์ ความรู้สึก และปัญหาหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลนั้น มีสาเหตุมาจากการรับรู้ในสถานการณ์ต่างๆของชีวิตและความคิด ความเชื่อ ที่ไม่สมเหตุผล ไม่ได้เกิดจากสถานการณ์เหล่านั้น (Corey, Corey & Corey, 2014, pp.128) หากบุคคลได้รับการช่วยเหลือโดยการสอนให้เขารู้จักปรับเปลี่ยนวิธีคิดอย่างมีเหตุผล ก็จะมีผลให้บุคคลมีอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น

วัตถุประสงค์ของทฤษฎีนี้ เพื่อสอนให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้วิธีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ อารมณ์และพฤติกรรมอย่างเหมาะสม ขจัดความเชื่อที่ทำร้ายตนเอง เรียนรู้วิธีการจัดการกับความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล ที่เป็นสาเหตุของความผิดปกติของอารมณ์และพฤติกรรม บทบาทของผู้ให้บริการปรึกษากับสมาชิกกลุ่มเปรียบเสมือนครูกับผู้เรียน โดยใช้เทคนิคทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มรับรู้อิทธิพลของความคิด ความเชื่อที่ต่ออารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมของเขา (Corey, Corey & Corey, 2018, pp.132)

เจียรนัย ทรงชัยกุล และโกศล มีคุณ (2554, น.26-32) กล่าวถึงเทคนิคของการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ทั้ง 3 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวถึงเฉพาะเทคนิคที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่



## (1) เทคนิคด้านการรู้คิด (Cognitive Techniques) ได้แก่

ก. เทคนิคการโต้แย้งความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล เป็นการโต้แย้งหรือท้าทายให้สมาชิกกลุ่มใช้เหตุผลในการคิดพิจารณาเพื่อขัดความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล

ข. เทคนิคการทำการบ้านเพื่อฝึกการคิด เป็นการมอบหมายการบ้านให้สมาชิกกลุ่มฝึกให้มีความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล มีอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น

ค. เทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ภาษา เป็นปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ภาษาของสมาชิกกลุ่มให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เกิดการเรียนรู้ใหม่ ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

## (2) เทคนิคด้านอารมณ์ (Emotive Techniques) ได้แก่

ก. เทคนิคการจินตนาการแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เป็นการให้สมาชิกกลุ่มจินตนาการว่า ตนอยู่ในสถานการณ์ที่มีอารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม และหลังจากนั้นจะให้สมาชิกกลุ่มปรับเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกให้เหมาะสม

ข. เทคนิคการใช้บทบาทสมมติ เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผลกับอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม โดยให้สมาชิกกลุ่มทดลองบทบาท และแสดงพฤติกรรมในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้รับรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึกในบทบาทผู้อื่น และสอนเขาให้รู้จักจัดการกับความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล

ค. เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ เป็นการแสดงพฤติกรรมเพื่อเป็นตัวอย่างของสมาชิกกลุ่ม ให้แก่สมาชิกกลุ่มอื่นเห็น เช่น มีอารมณ์มั่นคง มีความรักและเมตตา สุภาพ ให้เกียรติผู้อื่น เป็นตัวของตัวเอง และมีสุนทรียภาพ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความคิด ความเชื่อ อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

## (3) เทคนิคด้านพฤติกรรม (Behavioral Techniques) ได้แก่

เทคนิคการเสนอตัวแบบ เทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมไปบูรณาการกับเทคนิคอื่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีคิดอย่างมีเหตุผลของผู้สูงอายุ นำไปสู่การมีอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

## 3) เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริง

ทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริง เชื่อว่ามนุษย์มีพฤติกรรมที่เกิดจากจิตสำนึก มีแรงผลักดันที่จะมีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมโน้มไปในทางที่จะกระทำเพื่อให้ได้รับการยอมรับ พฤติกรรมของมนุษย์ถูกควบคุมโดยความต้องการ 4 ประการ คือ ความต้องการเป็นส่วนหนึ่ง

ของสังคม ความต้องการอำนาจ ความต้องการอิสระและความต้องการความสนุกสนาน มนุษย์สามารถที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆได้ หากมีความกล้าที่จะเผชิญกับความเป็นจริง โดยจะต้องมีความรับผิดชอบในการสนองความต้องการของตนเองด้วยการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง

วัตถุประสงค์ของทฤษฎีนี้ เพื่อช่วยให้สมาชิกได้เผชิญกับสภาพความเป็นจริง มีวุฒิภาวะ มีความรับผิดชอบ รู้จักตนเอง ตระหนักในคุณค่าของตน รับผิดชอบการแก้ปัญหา โดยการพิจารณาความเป็นจริง โดยพิจารณาว่าอะไรถูก อะไรผิด และกระทำพฤติกรรมที่พึงปรารถนา ช่วยให้สมาชิกได้ค้นพบวิธีทางที่ดีกว่าในการค้นพบความต้องการสำหรับการอยู่รอด ความรัก การเป็นเจ้าของ อำนาจ อิสรภาพ ความสนุกสนาน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในความต้องการขั้นพื้นฐาน บทบาทของผู้ให้การปรึกษาเพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มประเมินพฤติกรรมที่กำลังทำ กำลังคิด และความต้องการในชีวิต กระตุ้นให้สมาชิกเปิดเผยการรับรู้ แลกเปลี่ยนความต้องการสร้างข้อตกลงและวางแผนร่วมกันเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรับผิดชอบ ให้ค้นพบแนวทางสำหรับการอยู่รอดของชีวิต ความรัก การเป็นเจ้าของ อำนาจ อิสรภาพ และความสนุกสนาน (Corey, Corey & Corey, 2014, pp.131)

เทคนิคและหลักการของการปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริง ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

หลักการของ WDEP (Wubbolding, 2011; อ้างถึงใน Corey, Corey & Corey, 2018, pp.134) ตามแนวคิดของการปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีดังนี้

W = Want : ความปรารถนา ความต้องการ และการรับรู้

D = Direction and Doing : สิ่งที่กำลังทำและเน้นทิศทางใน

อนาคต

E = Evaluation : การประเมินพฤติกรรมในปัจจุบัน

P = Planning and Commitment : การวางแผนปฏิบัติที่เป็น

จริงและสร้างพันธสัญญาร่วมกัน

วัชรีย์ ทรัพย์มี (2554, น.17-18) กล่าวถึง เทคนิคของการปรึกษาแบบเผชิญความจริง สรุปได้ดังนี้

(1) เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning Technique) เพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้รับบริการและให้เขาสำรวจความคิดความรู้สึกของตน ประเมิน เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแนวทางในการดำเนินชีวิต ช่วยให้เขาตระพบวิธีการที่เฉพาะเจาะจงในการเปลี่ยนเอกลักษณ์แห่งความล้มเหลว ไปสู่เอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ โดยถามว่า “ถ้าคุณอยากเปลี่ยนแปลงชีวิตของคุณ

ลองนึกดูว่าคุณต้องการเปลี่ยนอะไร” “อะไรคือสิ่งที่คุณทำแล้วรู้สึกว่าคุณประสบความสำเร็จ” “ลองคิดดูว่าอะไรที่คุณอยากขจัดออกไปจากชีวิตของคุณ”

(2) เทคนิคการเผชิญ (Confrontation Technique) ใช้ในกรณีที่ผู้รับบริการปรึกษามีความขัดแย้งกันในความคิด ความรู้สึก เพื่อให้ผู้รับบริการได้ทบทวนประเด็นเข้าใจในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตน

(3) เทคนิคการใช้อารมณ์ขัน (Humor Technique) เป็นการพูดเกี่ยวกับแง่มุมหนึ่งของชีวิตของผู้รับบริการหรืออื่นๆ ในลักษณะของอารมณ์ขัน เพื่อทำให้คลายจากความเครียด

(4) เทคนิคการชี้ประเด็น (Point Out Technique) ใช้ชี้ประเด็นเพื่อให้ผู้รับบริการเห็นความไม่รับผิดชอบของตน

(5) เทคนิคการให้ข้อเสนอแนะ (Advice Technique) เพื่อให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้รับบริการว่าจะสนองความต้องการของตนได้อย่างไร จะวางโครงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนอย่างเป็นระบบได้อย่างไร

(6) เทคนิคการเปิดเผย (Self Disclosure Technique) เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้เปิดเผยประสบการณ์ ความคิด ปัญหาอุปสรรคของเขา

(7) เทคนิคการตีความ (Interpretation Technique) เป็นการตีความในพฤติกรรม สีหน้าท่าทาง และคำพูดของผู้รับบริการปรึกษา เพื่อให้เขาเข้าใจพฤติกรรมและสิ่งต่างๆ เพิ่มขึ้น เกิดการตระหนักในตนเอง ได้ภาพพจน์ใหม่เกี่ยวกับตนเอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบเผชิญความจริง ไปบูรณาการกับเทคนิคอื่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เผชิญกับสภาพความเป็นจริง มีวุฒิภาวะ มีความรับผิดชอบ รู้จักตนเอง ตระหนักในคุณค่าของตน รับผิดชอบต่อภาระแก้ปัญหาโดยการพิจารณาความเป็นจริง และวางแผนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าได้อย่างเป็นรูปธรรม

#### 4) เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์

ทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ เชื่อว่า ทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ มีความเชื่อว่า มนุษย์เป็นอิสระจากอดีต เขาอยู่กับปัจจุบัน มนุษย์ไม่สามารถจัดการกับอดีตและอนาคตได้ แต่บุคคลสามารถดำเนินการกับปัจจุบันได้แน่นอนกว่า มนุษย์มีความสามารถที่จะปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม และดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแก้ปัญหาและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง การที่มนุษย์ตระหนักรู้ (Awareness) ในความต้องการของตน ตระหนักรู้ต่อความรู้สึก ความคิด อารมณ์และการรับรู้ของตนในสภาพการณ์ต่าง ๆ จะช่วยให้มนุษย์หาทางตอบสนองความต้องการ และตัดสินใจอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของทฤษฎีนี้เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่ม ค้นหการรับรู้ตนเองในปัจจุบัน ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองและสิ่งแวดล้อม โดยเน้นที่นี้และขณะนี้ มีการจัดการกับสิ่งที่ค้างคาใจในอดีต ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการพึ่งพาผู้อื่น มาสู่การพึ่งพาตนเอง เลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง อย่างรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง มีวุฒิภาวะ มีประสบการณ์รับรู้เกี่ยวกับตนเอง สามารถใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ ค้นให้ความสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้มากกว่าที่เคยทำแต่เดิม ใช้พลังงานของชีวิตอยู่กับสภาวะปัจจุบัน รู้จักการปล่อยวางอดีต และไม่วิตกกังวลกับอนาคต และมีความกล้าเป็นตัวของตัวเอง (สุขอรุณ วงษ์ทิม,2561,น.25-26 ; Corey,Corey & Corey,2018,pp.122)

เทคนิคของการปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ (อาภา จันทรสกุล ,2535, น.145-152 ; Gladding, 2013,pp.201; Nystull, 2016,pp.255) ได้แก่

(1) เทคนิคขณะนี้ฉันตระหนักรู้ (Now I'm Aware) เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้สัมผัสกับตนเอง และตระหนักรู้ในความสัมพันธ์ของตนกับสิ่งแวดล้อม

(2) เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Staying with the Feeling) เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ความรู้สึกของตนเองในสภาวะปัจจุบัน ให้เขากล้าเผชิญกับความรู้สึกนั้นอย่างเต็มที่ โดยไม่เลี่ยงหนี ไม่รีบข้ามไปรับรู้เรื่องอื่นโดยเร็ว เพราะไม่อยากเผชิญกับความรู้สึกที่ตนไม่ยอมสัมผัสและรับรู้ มักเป็นความรู้สึกที่ค้างค้ำต่อประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีต ที่ยังมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมในปัจจุบัน เช่น อารมณ์ความเศร้าสะเทือนใจ ความเจ็บปวด และบางครั้งอาจเป็นความรู้สึกทางด้านบวกที่ไม่กล้าแสดงออกมา เช่น ความรู้สึกชื่นชมรักใคร่ ความรู้สึกยินดี เป็นต้น

(3) เทคนิคการพูดโต้ตอบกับตนเอง (Games of Dialogue) เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดความกระจำงถึงความรู้สึกของตนเอง รับรู้ความรู้สึกที่เป็นส่วนของ “Top dog” คือ ความรู้สึกที่ว่าควรจะทำ กับความรู้สึกที่ตนเองต้องการจริง ๆ ในส่วนของ “Under dog” ได้โดยไม่พยายามปฏิเสธ จะช่วยให้ความขัดแย้งลดลง ลดความวิตกกังวล สามารถตัดสินใจเลือกได้ด้วยตนเอง และรับผิดชอบต่อการเลือกนั้น โดยไม่รู้สึกว่ามีผู้อื่นมาบงการชีวิตของตน

(4) เทคนิคการฝึกจินตนาการ (Fantasy Game) เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงความต้องการของตนเอง โดยฉายความรู้สึกในความต้องการนั้นไปยังสิ่งอื่น แทนที่จะพูดถึงตนเองตรง ๆ ซึ่งบางครั้งการพูดถึงความรู้สึกของตนเองตรง ๆ บุคคลอาจเกิดความลำบากใจที่จะระบายความรู้สึกนั้นออกมา จึงต้องใช้การจินตนาการ เพื่อช่วยให้บุคคลเข้าใจตนเอง

(5) เทคนิคการใช้สรรพนามแทนตนเอง (Using Personal Pronouns) เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่ม รับรู้ว่าตนเองคิด พูดและมีความต้องการอย่างไร และ



รับผิดชอบต่อการพูด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง เนื่องจากบุคคลมักชอบปิดบังความรู้สึก ความต้องการที่แท้จริงของตน

(6) เทคนิคการใช้ประโยคที่มีพลัง (Forceful Statements) เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถพูดประโยคที่ช่วยให้ตนรู้สึกมีพลังออกมา จะช่วยให้กระตุ้นให้เกิดความมั่นใจ ในการปรับเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนได้

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์ ไปบูรณาการกับเทคนิคอื่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึก ของตนเองในปัจจุบัน สามารถแก้ปัญหาและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง หาทางตอบสนองความต้องการของตน มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองและตัดสินใจอย่างเหมาะสม

#### 5) เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ

ทฤษฎีนี้มุ่งเน้นการค้นหาคำตอบมากกว่าการเน้นที่ปัญหา ทุกปัญหา มีข้อยกเว้น เชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการแก้ไขปัญหาของตน เป็นผู้เชี่ยวชาญในชีวิตและปัญหา ของเขา บทบาทของผู้นำกลุ่มคือการช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มตระหนักถึงความสามารถที่ตนมีอยู่ และ ไว้วางใจในความตั้งใจของเขาที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างสำเร็จ

วัตถุประสงค์ของทฤษฎีนี้เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มกำหนดเป้าหมาย ระบุความคิดและความต้องการเกี่ยวกับอนาคตที่แตกต่างจากเดิม อย่างชัดเจนเจาะจง สืบเสาะได้ และ เป็นจริง มีการเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์ต่างๆ ช่วยให้เปลี่ยนแปลงการกระทำในสถานการณ์ที่ เป็นปัญหา ช่วยค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเขา ค้นหาจุดแข็งและแหล่งสนับสนุน เพิ่มความหวังและ การมองโลกในแง่ดี เน้นการแก้ไขปัญหามากกว่าที่จะพูดถึงตัวปัญหา ให้สมาชิกกลุ่มมีชีวิตอยู่โดยไม่มี ปัญหา

เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2554, น.91-94) ; Shazer (1988, p.5) ; Macdonald (2007, p.15-21) ; Smith (2012, p.411-414) ; O'Connell (2012, p.394) ; Corey,2013, p.370-372 ;Corey,Corey & Corey,2018,pp.137-138) กล่าวถึงเทคนิคของทฤษฎี การปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

#### (1) คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle Questions)

ใช้สำหรับการพบกันครั้งแรก เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มค้นหา ทางออกของปัญหา เกิดความคิดสร้างสรรค์ คิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ความสนใจในอนาคต และสิ่งที่จะเกิดขึ้นถ้าเปลี่ยนแปลง ให้เห็นถึงโอกาสหรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นหรือแนวทางที่น่าจะเป็นไปได้ในอนาคต สนับสนุนให้คาดฝันถึงสิ่งที่เขาต้องการอยากให้เป็น และพึงพอใจในอนาคตที่แตกต่าง

จากอดีตและปัจจุบัน เป็นการเปลี่ยนไปยังชีวิตที่น่าพึงพอใจมากกว่าในอนาคต และกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์

(2) วิธีการแก้ไขปัญหาคู่ที่เคยใช้ได้ผล (Looking for Previous Solutions)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าคนส่วนใหญ่ที่นั้นเคยแก้ไขปัญหามาแล้ว ดังนั้นทฤษฎีนี้จึงอยากทราบว่าในอดีตสมาชิกกลุ่มมีวิธีแก้ไขปัญหอย่างไร ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการหาวิธีแก้ไขปัญหในปัจจุบัน

(3) คำชม (Compliment)

ใช้เพื่อให้สมาชิกเห็นว่าสิ่งที่เขากำลังกระทำอยู่นั้นดีแล้ว และยอมรับว่าปัญหานั้นมันยากที่จะแก้ไข เป็นการส่งเสริมให้เขากระทำพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์นั้นต่อไป ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคนี้โดยมีการฟังอย่างตั้งใจและการใส่ใจ มีการกล่าวชมในความพยายามของเขา

(4) คำถามข้อยกเว้น (Exception Questions)

จะเป็นการตั้งคำถามเพื่อจะหาข้อยกเว้นในเวลาที่ไม่เกิดปัญหา อะไรที่เขาต้องการจะทำที่แตกต่างออกไปเมื่อเวลาที่มีปัญหา ช่วยให้เขาได้ตรวจสอบและระบุข้อยกเว้นนั้น ระบุว่าปัญหาไม่ได้มีความรุนแรงมากมาย ไม่ได้คงอยู่ตลอดไป จะช่วยเพิ่มโอกาสในการแก้ปัญหามากขึ้น เพิ่มความหวัง มีความรู้สึกว่าเขาสามารถเปลี่ยนแปลงและควบคุมสถานการณ์ได้ และนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญห

(5) คำถามการเผชิญปัญหา (Coping Questions)

ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงความสนใจของสมาชิกกลุ่มจากต่างๆ เช่น ความกลัว ความโดดเดี่ยว และความทุกข์ยาก ช่วยให้เกิดการวิเคราะห์ในสิ่งที่เขาได้กระทำไปแล้ว เพื่อให้เขาคงอยู่ในสภาพที่มีความเจ็บปวดนั้น เขาได้เผชิญปัญหาอย่างไรบ้าง ช่วยสร้างแนวทางการเผชิญปัญหาแก่เขา ช่วยให้เขาได้เปิดเผยในสิ่งที่เขาต้องเผชิญกับปัญหานั้น

(6) คำถามระดับขั้น (Scaling Questions)

ใช้เพื่อประเมินความรุนแรงและความก้าวหน้าของปัญหา ตามความรู้สึกของเขา จะช่วยให้เขาได้สัมผัสกับความรู้สึกของตน ทราบถึงแหล่งช่วยเหลือหรือผู้สนับสนุน มีความสนใจมากขึ้นในสิ่งที่เขากำลังกระทำ ระบุถึงอนาคตที่ตนอยากให้เป็น ช่วยให้ทราบวิธีการจัดการกับปัญหาของตนต่อไป ตนมีจุดแข็งอย่างไร ช่วยในการติดตามความก้าวหน้าของการแก้ปัญหา

## (7) การทำให้เป็นปกติ (Normalizing)

ใช้สำหรับผู้ที่กำลังเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์อย่างมากในสถานการณ์ที่เฉพาะ เช่น พ่อแม่กำลังมีความยุ่งยากกับการคบเพื่อนที่เกเรของลูกวัยรุ่น หรือพ่อแม่ที่มีลูกวัยรุ่นแอบสูบบุหรี่ เป็นต้น โดยผู้นำกลุ่มพูดกับสมาชิกกลุ่มว่า ปัญหาหรือสิ่งที่เกิดขึ้นนั้น เป็นเรื่องปกติธรรมดาที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตของบุคคล

## (8) การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้รับบริการปรึกษา (Therapist Feedback to Client)

เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับที่จริงใจและเน้นจุดแข็งของสมาชิกกลุ่มก่อนจะยุติกลุ่ม ในแต่ละครั้ง โดยจะใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที เพื่อสรุปสาระสำคัญและให้ข้อมูลแก่สมาชิกกลุ่ม จะช่วยให้เขาได้สร้างสรรค์คำตอบหรือหาทางออกสำหรับแก้ไขปัญหาของตน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ ไปบูรณาการกับเทคนิคอื่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุ เปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์ต่างๆ เปลี่ยนแปลงการกระทำในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา แก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างสำเร็จ ค้นหาลี้ค่าที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง ลดความรู้สึกไร้ค่าที่พบได้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ค้นหาคัดค้านและแหล่งสนับสนุนของตน มีความหวังและการมองโลกในแง่ดี

## 4.3.1 วิธีการเรียนรู้

วิธีการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยนำมาบูรณาการ ในการพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมทางจิตวิทยา ซึ่งเป็นนวัตกรรมทางจิตวิทยาในครั้งนี้ มีดังนี้

## 1) การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion)

การอภิปรายกลุ่ม หมายถึง การรวมกลุ่มของบุคคลหนึ่งกลุ่ม เพื่อร่วมกันแสดงความคิดเห็น ประสบการณ์ หรือข้อเสนอแนะ ช่วยกันคิดหาทางแก้ไขปัญหาย่างมีเหตุผล อธิบายความหมาย หรือทำความเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ระบุปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไข ปัญหา หรือการพัฒนาการดำเนินงาน มีจุดมุ่งหมายในการอภิปรายเพื่อแก้ปัญหา โดยการเสนอรายละเอียดอย่างกว้างขวาง เป็นการกระตุ้นให้เกิดความสนใจในปัญหาร่วมกัน มีการเรียนรู้แบบกระตือรือร้น (Active Learning) นำประสบการณ์ ความรู้ และความคิดเห็นมาแลกเปลี่ยนกัน กล่าวในการแสดงความคิดเห็น เพิ่มพูนและพัฒนาแนวคิดต่างๆ เคารพความคิดเห็นของผู้อื่น ได้แนวคิดที่มีประโยชน์จากการอภิปรายเพื่อแก้ไข ปัญหา และได้ข้อยุติของการอภิปรายเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป ช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้อย่างทั่วถึง มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อันจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในเรื่องที่เรียนกว้างขึ้น (ทิตานา แคมมณี, 2547, น. 49) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการอภิปรายกลุ่มไปบูรณาการกับเทคนิคอื่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้

ผู้สูงอายุ ร่วมกันแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และแนวทางในการป้องกันภาวะ ซึมเศร้าร่วมกัน

## 2) การแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing)

บทบาทสมมติ หมายถึง วิธีสอนที่ผู้สอนสร้างสถานการณ์และบทบาทสมมติขึ้นจากความเป็นจริง เพื่อให้ผู้เรียนได้แสดงออกตามที่ผู้เรียนคิดว่าควรจะเป็น ผู้สอนจะใช้การแสดงออกทั้งทางด้านความรู้ ความคิด และพฤติกรรมของผู้แสดงมาเป็นพื้นฐานในการให้ความรู้ และสร้างความเข้าใจแก่ผู้เรียน อันจะทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาสาระของบทเรียนอย่างลึกซึ้ง และรู้จักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (อาภรณ์ ใจเที่ยง, 2550, น. 160) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการแสดงบทบาทสมมติไปบูรณาการกับเทคนิคอื่น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกตามความคิดของผู้สูงอายุ มีความเข้าใจประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุอย่างลึกซึ้ง รู้จักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

## 3) กรณีศึกษา (Case Study)

การสอนแบบกรณีศึกษา หมายถึง การสอนที่มีการนำเสนอเอาสถานการณ์หรือปัญหาหรือใช้กรณี หรือเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นจริง หรืออาจจะเกิดขึ้นได้ในชีวิตจริงมาดัดแปลงเพื่อเป็นตัวอย่างให้ผู้เรียนได้ศึกษา วิเคราะห์ และมีการฝึกให้ผู้เรียนได้ทำความเข้าใจมองเห็นปัญหาอย่างแท้จริง และฝึกฝนหาทางแก้ไขปัญหาต่างๆ ผู้เรียนมีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ตลอดจนการร่วมกันตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ปัญหาอย่างอิสระ เป็นการฝึกผู้เรียนให้รู้จักการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลและมีประสิทธิภาพ (สุคนธ์ สิ้นธพานนท์ , 2545, น.111) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรณีศึกษาไปบูรณาการกับเทคนิคอื่น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ศึกษา วิเคราะห์ ทำความเข้าใจ มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ และฝึกฝนหาทางแก้ไขปัญหา ร่วมกัน และรู้จักการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล นำไปสู่การวางแผนเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าได้มีประสิทธิภาพ

## 4) การระดมสมอง (Brainstorming)

เป็นวิธีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางสู่การวางแผนการดำเนินการ การค้นหาสาเหตุของปัญหา การหาทางออกของปัญหา เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเสนอแนวความคิดใหม่ๆ ขึ้นมา (อดิเทพ ถนอมสงวน, 2563) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการระดมสมองไปบูรณาการกับเทคนิคอื่น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นร่วมกันในกลุ่ม การหาทางออกของปัญหา และร่วมกันวางแผนเพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้า



## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งเป็นงานวิจัย ทั้งเชิงสำรวจและเชิงทดลอง สรุปได้ดังนี้

### 5.1 งานวิจัยในประเทศ

นฤมล อินทเหม็น (2555) ศึกษาผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองหลังจากได้รับศิลปะบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมี นัยสำคัญที่ระดับ .01 และมีคะแนน มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี นัยสำคัญที่ระดับ .01

นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ (2557) นำเสนอบทความภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ ได้เสนอแนะได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาจถูกมองเหมือนเป็น ภาวะปกติที่เกิดขึ้นอยู่แล้ว จึงมองข้ามและละเลยโดยไม่ได้ให้ความสำคัญ ทั้งที่หากพบเร็วก็สามารถ ช่วยเหลือรักษาภาวะซึมเศร้าให้หายได้ ดังนั้น การใส่ใจ สังเกต คัดกรอง และการประเมินที่ดีจะช่วย ให้สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจนถึงการฆ่าตัวตายได้ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทำได้โดยการช่วยเหลือหลากหลายวิธีร่วมกัน เช่น เปิดโอกาสให้ พูดคุยระบายและรับฟังผู้สูงอายุอย่างเข้าใจ การให้การปรึกษา การทำกลุ่มบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ การหากิจกรรมให้ทำที่เหมาะสมตามศักยภาพ ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง และแนะนำให้ ผู้สูงอายุพบแพทย์หากมีอาการมากขึ้นเพื่อรับการรักษา และหากมีการรับประทานยาต้านเศร้า พยาบาลควรดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ให้ข้อมูลเรื่องยาที่จำเป็น เฝ้าระวังผลข้างเคียงป้องกัน อุบัติเหตุ และแพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาด้วยยาร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้า ในกรณีตรวจพบข้อ บ่งชี้ที่อาจทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย

บุศรา สุขสวัสดิ์ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบ กลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความหวังและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวัง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำ กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม แบบกลุ่มนี้ ช่วยเพิ่มความหวังและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สามารถนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตใน ผู้สูงอายุได้

นภา พวงรอด (2558) ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.3 เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางจิตสังคม และ ปัจจัยทางชีวภาพ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งปัจจัยที่ทำให้มีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สามารถนำมาใช้วางแผนและเป็นแนวทางแก้ปัญหาสุขภาพจิตและส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่

วริศรา ใจเปี่ยม ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และประสาร มาลากุล ณ อยุธยา (2558) ได้ทำวิจัยเรื่อง รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ และ 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก 2) รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ พัฒนาจากการบูรณาการแนวคิด ทฤษฎี และเทคนิคต่าง ๆ ของการให้การปรึกษากลุ่ม 7 ทฤษฎีประกอบด้วย ทฤษฎีการให้การปรึกษากลุ่มแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง แบบเกสตัลท์ แบบภวนิยม แบบพฤติกรรมนิยม แบบการเล่าเรื่อง แบบมุ่งเน้นคำตอบ และการให้การศึกษาด้านจิตวิทยา 3) ผู้สูงอายุก่อนที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการมีค่าเฉลี่ยการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จโดยรวมและรายด้าน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการให้การปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) ผู้สูงอายุก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ยการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จโดยรวมและรายด้าน เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 5) ผลการสนทนากลุ่มเฉพาะกับผู้สูงอายุก่อนที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ พบว่าผู้สูงอายุพึงพอใจกับการให้การปรึกษา ได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความคิดเห็น อภิปรายซักถาม ทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เข้าใจ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกาย และเห็นความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ ภูมิใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่ และสามารถถ่ายทอดเรื่องราวต่าง ๆ ให้กับผู้อื่นได้ สามารถจัดการกับอารมณ์ และปล่อยวางได้มากขึ้น ได้ปฏิบัติศาสนกิจและมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้สงบสุข

ณัฐภา ราชบุตร (2559) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ความเสี่ยงการเกิดโรคซึมเศร่าลดลง เมื่อ

เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุริยะ จงแพ และคณะ (2559) ได้ทำการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคซึมเศร้า ด้วยการให้การปรึกษาแบบกลุ่มแนวพุทธธรรมและโยคะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน จำนวน 10 คน ผลการวิจัย พบว่า 1) หลังได้รับการบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด และ 2) รูปแบบการป้องกันโรคซึมเศร้า ด้วยการให้การปรึกษาแบบกลุ่มแนวพุทธธรรมและโยคะสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

สมดี อนันต์ปฏิเวธ และวิภา เพ็งเสงี่ยม (2559) ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตสร้างสุข และลดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา ตำบลบึงนาราง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยการบูรณาการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต กิจกรรมการสร้างสุขภายใต้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก และกิจกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เน้นการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยประยุกต์ใช้วิธีบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้จัดการกับความคิดและพฤติกรรมของตนเองใน 4 ด้าน คือ การเจริญสติ การยอมรับความเป็นจริง/อดทนต่อความทุกข์ใจ การปรับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้า ตามแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ร่วมกับประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตการสร้างสุข และลดภาวะซึมเศร้า มีระดับคุณภาพชีวิตและระดับความสุขสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โปรแกรมบูรณาการนี้สามารถส่งผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุได้ โดยควรนำโปรแกรมบูรณาการดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีความครอบคลุมในทุกมิติและในเชิงรุกอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง และคณะ (2560) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในประชาชนที่อายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัย พบว่า ประชาชนอายุ  $\geq 50$  ปีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย  $65.27 \pm 9.51$  ปี โรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ผลการคัดกรองด้วย 2Q พบผู้เสี่ยง 79 คน (ร้อยละ 39.5) ผลประเมิน

ภาวะซึมเศร้า 9Q พบผู้เสี่ยง ร้อยละ 32 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ 7 ปัจจัย ได้แก่ สถานภาพหม้าย ไม่มีงานทำเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย ( $\geq 75$  ปี) มีรายได้น้อย ใช้จ่ายมากกว่า 3 รายการ ต้มสุรามาก และความสามารถจัดการความเครียดต่ำ สำหรับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม สุขภาพกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับกลาง ประชาชนก่อนวัยสูงอายุ (50-59 ปี) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุตอนต้น (60-74 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย ( $\geq 75$  ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากรูรณ ก้านศรี บุชบา ทาธง นภัสสร ยอดทองดีและ รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์ (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด ผลการวิจัยพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด หลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิด กลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สรุปว่า โปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิดสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่อง ด้านการรู้คิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางการบำบัดและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดได้อย่างเหมาะสม

อภิญา วงศ์ใหม่ (2560) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.39 เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.29 ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว การไม่มีผู้ดูแล ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวต่ำ และการเข้าร่วมทางสังคมต่ำ นอกจากนี้ยัง พบว่าสภาพปัญหาภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง บุตรหลานไม่มีเวลาการมีส่วนร่วมในชุมชนลดลง ปัญหาสุขภาพ รายได้ไม่เพียงพอ การต้มสุราเป็นประจำและผลการสัมมนาเชิงปฏิบัติการกลุ่ม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพบว่าแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ การส่งเสริมสนับสนุนความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน การดูแลสุขภาพ และส่งเสริมการเพิ่มรายได้

อริญา นามวงศ์และคณะ (2561) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ความผาสุกทางจิตวิญญาณ สัมพันธภาพในครอบครัว และ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ สรุปปัจจัยดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



กานต์พีชญา เนตรพิสิทธิกุล (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยนำทฤษฎีจิตวิเคราะห์มาประยุกต์ใช้ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบประเมิน 2Q ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนกลไกการป้องกันทางจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก การประเมินภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 56.3 และพบว่า ความกังวลหรือความเครียดกับโรคที่เกิดขึ้น การอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และกลไกการป้องกันทางจิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อรพิชา เกตุพันธ์ และ สุรียัจฉรินทร์โมลี (2563) ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5 กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60ปีขึ้นไป เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถามความสุข ความเครียด ความคิดอัตโนมัติด้านลบและภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยการป้องกันภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มี 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดการความเครียดและเข้าใจตนเอง 2) สติการรับรู้ลมหายใจ 3) สติปล่อยวางความคิดการรับรู้ความรู้สึก 4) สติรู้ตัว กระตุกความคิดลบได้เร็ว 5) สติการเคลื่อนไหวโยคะ และ 6) สติการสื่อสาร สติเมตตาให้อภัยและรักตนเอง ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่า เหมาะสมมาก ประเมินความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ผลการวิจัยหลังทดลอง พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีความสุขเพิ่มขึ้น ความเครียด ความคิดอัตโนมัติด้านลบและภาวะซึมเศร่าลดลงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 กิจกรรมที่พัฒนานี้สามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อการพัฒนาและยกระดับคุณภาพจิตและพัฒนาให้เป็นรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ยั่งยืน เพื่อคุณภาพชีวิตที่มีคุณค่าของผู้สูงอายุและผู้เตรียมพร้อมเป็นผู้สูงอายุในอนาคตอย่างมีคุณภาพ

ดวงใจ วัฒนสินธุ์ (2564) ได้ศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพสำหรับวัยรุ่นในประเทศไทย หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพควรเริ่มตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกก่อนมีอาการ โดยการจัดกิจกรรมที่ลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยปกป้อง โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีพื้นฐานแนวความคิดมาจากการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม หรือการบำบัดด้วยสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเหล่านี้สามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้แสดงความคิดเห็นว่า ข้อค้นพบนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาระบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย พยาบาลควรเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเริ่มต้นดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างครอบคลุม การให้ความรู้ และการฝึกทักษะชีวิต นอกจากนี้พยาบาลยังควรเป็นผู้ประสานความ

ร่วมมือระหว่างวัยรุ่น ครอบครัว โรงเรียน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และชุมชนในการป้องกันภาวะซึมเศร้าอย่างประสิทธิภาพ

## 5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Derubeis et al. (2005) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการบำบัด ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลงและโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

Laidlaw et al. (2008) ศึกษาผลของการนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดความรู้สึกสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

D'Zurilla & Nezu (2010) ศึกษาความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆในชีวิตประจำวัน ผลการวิจัย พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมองปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาในทางลบ เนื่องจากการมีความคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริง มองตนเองในแง่ลบ มองโลกในแง่ร้าย ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้ามรุนแรงขึ้นอาจนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

Nguyen & Vu (2013) ได้ศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มีอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลทั้งในสถานพยาบาลชุมชน ที่บ้านและชุมชนของเมืองนิวยอร์ก จำนวน 21 บทความวิจัย ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการช่วยเหลือต่างๆ สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ แต่ยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ให้การช่วยเหลือชนกลุ่มน้อย สำหรับวิธีการช่วยเหลือที่พบในงานวิจัยที่ผ่านมา ได้แก่ การดูแลที่บ้านโดยพยาบาล การบำบัดการแก้ไขปัญญา (Problem Solving Therapy, PST) การบำบัดแบบรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) การบำบัดระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy, IPT) การบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Therapy) การออกกำลังกาย การฝึกทักษะ กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือ (Group Support) การระลึกถึงความหลัง (Reminiscence) กิจกรรมสังคม การให้การปรึกษาแบบประคับประคอง (Supportive Counseling) และการบำบัดด้วยทฤษฎีจิตวิเคราะห์

Centers for Disease Control and Prevention (2018) ได้ นำเสนอโปรแกรมการช่วยเหลือเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เรียกว่า PEARLS (Program to Encourage Active, Rewarding Lives for Seniors) ซึ่งได้มีการใช้ในพื้นที่จำนวน 18 รัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา และได้ลงทะเบียนเป็นโปรแกรมของชาติ เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงหรือเรื้อรัง โดยได้มีการทดลองใช้ครั้งแรกในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (เฉลี่ย 73 ปี) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 72 คน และกลุ่ม

ควบคุมจำนวน 66 คน ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงและอาศัยอยู่ในชุมชนทำการทดลองใช้โปรแกรม จำนวนทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ที่บ้านของผู้สูงอายุ โดยผู้ให้บริการปรึกษาที่เป็นนักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการฝึกฝน มีการใช้เทคนิคจำนวน 3 เทคนิค เพื่อจัดการภาวะซึมเศร้า ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา (Proplem Solving Treatment) ได้แก่ การตระหนักในอาการของภาวะซึมเศร้า การระบุปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และระบุขั้นตอนแก้ไขปัญหา 2) การวางแผนทางสังคมและกิจกรรมทางร่างกาย และ3) การวางแผนเหตุการณ์ที่น่าพอใจ (Pleasant Event Planning) ผลการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 50 % มีอาการซึมเศร้ามลดลง และพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 36 % หายจากภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าความผาสุกของการทำหน้าที่ทางอารมณ์ของผู้สูงอายุดีขึ้น

Saldivia et al. (2019) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมจิตสังคมแบบกลุ่มเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-80 ปี ทั้งชายและหญิง ในศูนย์ดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานจำนวน 15 ศูนย์ จำนวน 340 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 170 คน ประเมินภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และสุขภาพจิตด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 18 สัปดาห์ และ 36 สัปดาห์ โปรแกรมจิตสังคมแบบกลุ่มประกอบด้วย การให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมการรู้จักคิด อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การนอนหลับ การฝึกผ่อนคลายด้วยสติ กิจกรรมสนทนา การฝึกอาชีพ การฝึกทักษะการตัดสินใจเพื่อการจัดการ การกระตุ้นการคิดด้วยเกม ทั้งในรูปแบบเผชิญหน้าและทางโทรศัพท์ ดำเนินการใช้โปรแกรมโดยนักจิตวิทยา ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมนี้ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุได้

Oh et al. (2020) ได้ศึกษาความเป็นไปได้และประสิทธิผลของการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย ที่อาศัยอยู่ในชุมชนของประเทศเกาหลีใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 2 หมู่บ้าน ที่สามารถติดตามเก็บข้อมูลได้จำนวน 160 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือจำนวน 12 สัปดาห์ ทั้งในรูปแบบเผชิญหน้าและทางโทรศัพท์ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การจัดการเฉพาะรายกรณีตามความเสี่ยงของแต่ละบุคคล กิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ แบบวัดที่ใช้คือ SGDS-4 (Depression Scale-Short Form) ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนซึมเศร้าเท่ากับหรือมากกว่า 6 มีแนวโน้มลดลงของการเป็นภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง และพบว่าเครือข่ายทางสังคมถือเป็นจุดแข็งของกลุ่มทดลอง

จากการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยขอสรุปและนำเสนอในตารางดังนี้

ตาราง 2.1 สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ

ลำดับ	ผู้วิจัย	ชื่อเรื่อง
1	นฤมล อินทหมื่น (2555)	ผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2	บุศรา สุขสวัสดิ์ (2558)	ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน
3	นภา พวงรอด (2558)	ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี
4	วริศรา ใจเปี่ยม ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และประสาร มาลากุล ณ อยุธยา (2558)	รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
5	สมดี อนันต์ปฏิเวธ และวิภา เพ็งเสงี่ยม (2559)	ประสิทธิผลของโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตสร้างสุข และลดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ
6	ณัฐิกา ราชบุตร (2559)	โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ
7	สุริยะ จงแพ และคณะ (2559)	รูปแบบการป้องกันโรคซึมเศร้าด้วยการให้การปรึกษากลุ่มแนวพุทธธรรมและโยคะ
8	อภิญา วังศรีใหม่ (2560)	ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกัน ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
9	จารุวรรณ ก้านศรี บุชบา ทาธง นภัสสร ยอดทองดีและ รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์ (2560)	ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด
10	ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง และ คณะ (2560)	ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า
11	อรัญญา นามวงศ์และคณะ (2561)	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน



ลำดับ	ผู้วิจัย	ชื่อเรื่อง
12	กานต์พีชญา เนตรพิสิทธิกุล (2562)	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
13	อรพิชา เกตุพันธ์ และ สุรีย์ จันทรมาลี (2563)	การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
14	ดวงใจ วัฒนสินธุ์ (2564)	หลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
15	Derubeis et al. (2005)	ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อการป้องกันการกลับ เป็นซ้ำของผู้มีภาวะซึมเศร้า
16	Laidlaw et al. (2008)	ผลของการนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมมาใช้ เพื่อลดความรู้สึกสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
17	D’Zurilla & Nezu (2010)	ความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆในชีวิตประจำวันของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
18	Nguyen & Vu (2013)	การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ได้รับการดูแลในสถานพยาบาลชุมชน ที่บ้านและชุมชน
19	Centers for Disease Control and Prevention (2018)	โปรแกรมการช่วยเหลือเพื่อจัดการภาวะซึมเศร้า PEARLS (Program to Encourage Active, Rewarding Lives for Seniors)
20	Saldivia et al. (2019)	ประสิทธิผลของโปรแกรมจิตสังคมแบบกลุ่มเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน
21	Oh et al. (2020)	ประสิทธิผลของการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

จากการทบทวนผลงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ผ่านมา นั้น พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ และเป็นงานวิจัยเชิงทดลองโดยใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยเหลือหรือแก้ไขภาวะซึมเศร้า งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร่ายังมีน้อย สำหรับงานวิจัยที่ใช้การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาและการฝึกอบรมทางจิตวิทยา

เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าพบว่ายังมีไม่มาก และยังไม่พบงานวิจัยที่เป็นนวัตกรรมทางจิตวิทยาที่มีการบูรณาการทั้งในรูปแบบเผชิญหน้าและออนไลน์ และมีลักษณะของการบูรณาการในรูปแบบเช่นเดียวกับงานวิจัยในครั้งนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนานวัตกรรมทางจิตวิทยาในลักษณะใหม่นี้ขึ้น เพื่อสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

