

TYPES OF THERAPY PROGRAMS AFFECT TO REDUCE OF DEPRESSION FOR THAI AGEING CITIZEN: META-ANALYSIS

*Jesda Aungabsee, Ed.D. *, Chutima Panyapinijngoon, Ed.D. **, Nitibodee Sukjaroen, Ph.D. ****

Abstract

Objective: To synthesize types of therapy programs that affect to reduce of depression for Thai ageing citizen by meta-analysis.

Methods: Searched from 3 databases: Thai Journal Citation Index (TCI), ASEAN Citation Index (ACI), and Thailand Library Integrated System (ThaiLIS) of 1 July 2022 to 31 October 2022, the selection randomized controlled trial on the treatment of depression in Thai ageing citizen. The excluded studies of depression diagnosed as a feature of a medical condition requiring medication. Only selective interventions aimed at reducing symptoms were accepted for inclusion of study data. Standardized mean differences were calculated in the random type meta-analysis of the influence magnitude analysis.

Results: The studies were systematically reviewed, meta-analysis. These included from 14 studies, 15 effect sizes. The study was conducted between 1999 and 2020 B.C. with a sample of 299 Thai ageing citizen. The combined effect size from a randomized meta-analysis showed that a treatment program can reduce depression in Thai elderly ($g = -2.11$, 95% Confident Interval [CI] = [-2.60, -1.61]) and the details are as follows: In the case of each type of treatment program, it was found that alternative therapy (art therapy, music therapy, aromatherapy) ($g = -2.10$, 95 % CI = [-3.08, -1.12]), cognitive therapy or problem-solving therapy ($g = -1.68$, 95% CI = [-2.13, -1.23]), physical therapy and exercise ($g = -1.90$, 95% CI = [-2.25, -1.56]) and cognitive behavioral therapy ($g = -3.13$, 95% CI = [-4.50, -1.76]).

Conclusion: This meta-analysis supportive of choosing to a therapy program to reduce depression in Thai ageing citizen by effective, including: first, cognitive behavioral therapy, after that, alternative therapies (art therapy, music therapy, aromatherapy), moreover, physical therapy and exercise, and finally, cognitive therapy or problem-solving therapy, respectively. For benefit, public health personnel can choose an appropriate form of therapy for the Thai elderly. by single or multiple treatments.

Keywords: psychotherapy, depression, elderly, meta-analysis

*Assistant professor, Faculty of Psychology, Kasem Bundit University

**Dean of Nurse Faculty, Kasem Bundit University

***Corresponding author: Lecturer, Research Center, Kasem Bundit University, e-mail: nitibodee.suk@kbu.ac.th

Received: 23 February 2023, Revised: 23 April 2023, Accepted: 1 May 2023

ประเภทของโปรแกรมบำบัดที่มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้สูงอายุไทย: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

เจษฎา อังกาบสี, กศ.ค.*, ชุติมา ปัญญาพิณินุกร, กศ.ค.**, นิติบดี สุขเจริญ, ปร.ค.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสังเคราะห์ประเภทของโปรแกรมการบำบัดที่มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

วิธีการศึกษา : สืบค้นจาก 3 ฐานข้อมูล ได้แก่ ศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ฐานข้อมูลวารสารจากภูมิภาคสมาคมประชาชาติแห่งตะวันออกเฉียงใต้ (ACI) และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์และงานวิจัยออนไลน์ (ThaiLIS) ในช่วง 1 กรกฎาคม 2565 ถึง 31 ตุลาคม 2565 คัดเลือกเฉพาะการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการรักษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย ซึ่งไม่รวมการศึกษาอาการซึมเศร้าที่ถูกวินิจฉัยเป็นลักษณะของโรคที่ต้องใช้ยารักษา คัดเลือกเฉพาะการใช้วิธีการบำบัดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการเท่านั้น ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมาตรฐานถูกคำนวณในการวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณแบบชนิดสุ่ม

ผลการศึกษา : การศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ รวมจากงานวิจัย 14 เรื่อง การศึกษา 15 ค่าขนาดอิทธิพล เป็นงานวิจัยระหว่างปี พ.ศ. 2542 - 2563 มีจำนวนตัวอย่างผู้สูงอายุ 299 คน ค่าขนาดอิทธิพลรวมจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณแบบสุ่มแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทยได้ ($g = -2.11$, 95% Confident Interval [CI] = [-2.60, -1.61]) และมีรายละเอียด ดังนี้ ในกรณีของโปรแกรมบำบัดแต่ละประเภท พบว่า การบำบัดทางเลือก (ศิลปะ ดนตรี กลิ่น) ($g = -2.10$, 95% CI = [-3.08, -1.12]) การบำบัดการรู้คิดและการแก้ปัญหา ($g = -1.68$, 95% CI = [-2.13, -1.23]), การบำบัดทางกายภาพและการออกกำลังกาย ($g = -1.90$, 95% CI = [-2.25, -1.56]) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ($g = -3.13$, 95% CI = [-4.50, -1.76])

สรุป : การวิเคราะห์ห่อภิมาณนี้สนับสนุนการเลือกใช้โปรแกรมการบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยตามประสิทธิภาพ ได้แก่ การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา จากนั้นเป็นการบำบัดทางเลือก (ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด สุขุณบำบัด) การบำบัดทางกายภาพและการออกกำลังกาย และการบำบัดการรู้คิดและการแก้ปัญหา ตามลำดับ เพื่อประโยชน์ของบุคลากรทางสาธารณสุขทำให้สามารถเลือกรูปแบบการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุไทย โดยการรักษาแบบเดี่ยวหรือหลายวิธีก็ได้

คำสำคัญ : การบำบัดทางจิตสังคม, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

**คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

***ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ สำนักรวิชัย มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต, e-mail: nitibodee.suk@kbu.ac.th

วันที่รับ: 23 กุมภาพันธ์ 2566, วันที่แก้ไข: 23 เมษายน 2566, วันที่ตอบรับ: 1 พฤษภาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไปมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้นย่อมทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมและมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ เมื่อปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed Aged Society) ซึ่งคาดว่า ในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศ นั่นคือการเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) ดังนั้น ประเด็นสังคมสูงวัยจะเป็นเรื่องสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตของคนในประเทศไทย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557; พัทธาพรธม กิจพันธ์, 2561; สุรพงษ์ มาลี, 2561) จากสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่มาจากความเจ็บป่วยเรื้อรังทั้งความดัน เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม โรคอ้วน อุบัติเหตุจากการหกล้ม ทำให้พิการหรือทุพพลภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนประมาณ 1 ใน 4 ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้มีความต้องการผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญและพบสูงขึ้นในทุกช่วงวัย ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่นำมาสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของบุคคล ในปี 2558 พบผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนคน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 100,000 รายต่อปี ประมาณการว่าในปี 2573 จะมีผู้สูงอายุป่วยโรคสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,177,000 คน โดยผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนในการเป็นโรคนี้นี้ประมาณร้อยละ

5 - 8 และเมื่อมีอายุ 80 ปีสัดส่วนของการเป็นโรคสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 50 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) จากรายงานของณัทยวงศ์ปการันย์ และคณะ ที่เสนอต่อสภาวิจัยแห่งชาติ พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าจำนวนร้อยละ 23 ของผู้สูงอายุที่รับการรักษา ในโรงพยาบาล 4 แห่งที่มีแผนกจิตเวช และมีผู้สูงอายุไทยในบ้านพักคนชราที่เป็นโรค ซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 23 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2559) ในระหว่างการระบาดของโควิด-19 ผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 4 มีอาการทางสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบของมาตรการปิดพื้นที่ต่อความเสียหายของ ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า นั้นมีกระบวนการคิดบิดเบือน 3 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) การมองตนเองในทางลบ 2) การมองเหตุการณ์ปัจจุบันหรือที่กำลังเผชิญในทางลบ และ 3) การมองอนาคตในทางลบ ความคิดที่บิดเบือนเหล่านี้ส่งผลให้บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบมากขึ้น และลักษณะความคิดเกิดวนเวียน ซ้ำไปมาตลอดเวลาเป็นวงจร ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาและนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลได้ (ยุพาพัทธ์ รัทมนิวงศ์, 2556)

แนวทางในการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็น 2 แนวทางหลัก คือ 1) การบำบัดรักษาทางกาย และชีววิทยาการแพทย์ เป็นการบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร้า การกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้า

และการกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก
2) การบำบัดทางจิตสังคม เช่น การให้คำปรึกษา
การทำกลุ่มจิตบำบัด การบำบัดทางความคิดและ
พฤติกรรม การบำบัดตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล
อารมณ์ และพฤติกรรม การบำบัดด้วยการจัดการ
เชิงสถานการณ์ การบำบัดแบบเสริมแรงสูงใจ การ
บำบัดทางเลือก สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดหรือ
นิเวศบำบัด การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล
การกระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหว การบำบัด
เชิงพฤติกรรม การบำบัดตามแนวมนุษยนิยม (นริสา
วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร เกลยกิตติ, 2557;
สาวิตรี สิงหา, 2559; Law, 2007; Miller, 2008;
Mitchell & Pachana, 2020)

การทำวิจัยการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับ
โปรแกรมการบำบัดภาวะซึมเศร้าทั้งในภาพรวม
ทุกช่วงวัย หรือเฉพาะผู้สูงอายุมีมาบ้างแล้ว
(Cuijpers, 2017; Nestor et al., 2022; Nadort et al.,
2020) แต่ในรายละเอียดยังไม่ปรากฏงานวิจัยของ
ประเทศไทยร่วมในการวิเคราะห์ในรูปแบบการ
พิจารณาเฉพาะโปรแกรมบำบัด หรือพิจารณาใน
เชิงภูมิภาค ซึ่งจะดำเนินการศึกษาเฉพาะภายใน
ประเทศเช่นเดียวกับงานของ Tang et al. (2022)
Jafari et al. (2021) และ Pilania et al. (2019) ซึ่ง
ศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณจากงานวิจัยภายในประเทศ
ได้แก่ จีน อิหร่าน และอินเดีย ตามลำดับ จากการ
สังเกตพบว่า จะเป็นประเทศที่มีภาษาเป็นของ
ตนเองเป็นหลัก ส่วนนี้จึงเป็นช่องว่างของการทำ
วิจัยที่เป็นโอกาสในการประมวลองค์ความรู้ที่มี
ภายในประเทศเผยแพร่และเปรียบเทียบกับงาน
อื่น ๆ ในระดับนานาชาติด้วยการตีพิมพ์ลงวารสาร

ที่เป็นที่ยอมรับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ห่อภิมาณ โปรแกรมบำบัด
ภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย

สมมติฐานการวิจัย

การบำบัดจิตสังคมต่างประเภทกันทำให้
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยลดลงแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยเป็นขั้นตอนรวม 10 ขั้นตอน
คือ 1) ขั้นการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2) ขั้นการ
จัดทำกรอบแนวคิดในการวิจัย 3) ขั้นการสร้าง
เครื่องมือ 4) ขั้นการคัดเลือกงานวิจัย 5) ขั้นการ
ประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยผู้ประเมิน 2 คน 6) ขั้น
รวบรวมข้อมูล 7) ขั้นการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น 8)
ขั้นการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ประกอบด้วย 8.1) การ
วิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพล 8.2) การศึกษาความ
แตกต่างของค่าขนาดอิทธิพล 8.3) การศึกษาปัจจัย
ที่ส่งผลต่อค่าขนาดอิทธิพล 8.4) การศึกษาวิเคราะห์
โปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยสูงอายุ 9)
ขั้นการวิเคราะห์เปรียบเทียบ และ 10) ขั้นการสรุป
องค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยและ
จัดพิมพ์รายงาน รายละเอียดของแต่ละขั้นตอน (นิติ
บดี สุขเจริญ และ วิฑูรต์ อยู่ในศิล, 2557; Cuijpers,
2016; Filed & Gillett, 2010; Jain et al., 2012)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ งานวิจัยเชิงทดลองของ
ประเทศไทยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า

สำหรับสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง คือ งานวิจัยเชิงทดลองของประเทศไทยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับสูงอายุ โดยใช้วิธีเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยตามหลักการ PICOS (Glanville et al., 2015) ดังนี้ P หมายถึง กลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา (Population of interest) คือ ผู้สูงอายุ I หมายถึง รูปแบบการทดลองที่ต้องการใช้กับกลุ่มประชากร (Intervention(s) received by the population) คือ โปรแกรมการบำบัดภาวะซึมเศร้า C หมายถึง การทดลองที่ต้องการเปรียบเทียบแบบใด กับกลุ่มที่ทดลองใด (Comparator interventions) คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการบำบัด O หมายถึง ผลที่คาดว่าจะได้หรือต้องการทราบ (Outcome(s) or endpoints) คือ ระดับของภาวะซึมเศร้าที่ลดลง และ S หมายถึง ชนิดของการศึกษาที่สนใจ (Study types of interest) คือ ประเภทกลุ่มการบำบัดภาวะซึมเศร้า ลักษณะของที่พักอาศัย โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ แบบวัดภาวะซึมเศร้า จำนวนกิจกรรม ระยะเวลา (สัปดาห์) ระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม (นาที) โดยต้องเป็นงานวิจัยประเภทการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomization Control Treatment) และปรากฏการรายงานค่าสถิติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนวัดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังผ่านโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับสูงอายุอย่างครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบบันทึกคุณลักษณะ

งานวิจัย และสมุดลงรหัส

2. โปรแกรมคำนวณขนาดอิทธิพล Review Manager (RevMan)

3. โปรแกรมคำนวณขนาดอิทธิพล Meta Essential

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเก็บรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับสูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัยโดยใช้ระยะเวลาจำนวน 4 เดือน ในช่วง 1 กรกฎาคม 2565 ถึง 31 ตุลาคม 2565 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. สืบค้นรายชื่อเรื่องงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับสูงอายุ จากระบบสืบค้นฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์

2. ผู้วิจัยพิจารณาความซ้ำซ้อนของเรื่องงานวิจัย หากเป็นเรื่องเดียวกัน คัดรูปแบบที่มีรายละเอียดที่สมบูรณ์ที่สุดเป็นตัวอย่างการวิจัย

3. ผู้วิจัยพิจารณาคุณลักษณะงานวิจัยว่าตรงกับคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดไว้หรือไม่ หากตรงกับคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยจึงคัดเลือกงานวิจัยนั้นไว้บันทึกลงแบบบันทึกงานวิจัย

4. ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพงานวิจัยแล้วทำการบันทึกผลการประเมินลงในแบบการประเมินงานวิจัย

5. ผู้วิจัยอ่านรายงานที่คัดเลือกมาได้อย่างละเอียด แล้วทำการบันทึกข้อมูลที่เป็นคุณลักษณะงานวิจัย และค่าสถิติต่าง ๆ ลงในแบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย

ตารางที่ 1 การสืบค้นเบื้องต้นในฐานะข้อมูลศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre: TCI) ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์และงานวิจัยออนไลน์ (Thailand Library Integrated System: ThaiLIS) และฐานข้อมูลวารสารจากภูมิภาคสมาคมประชาชาติแห่งตะวันออกเฉียงใต้ (Asean Citation Index: ACI)

คำสืบค้น	TCI (เรื่อง)	ThaiLIS (เรื่อง)	ACI (เรื่อง)	รวม (เรื่อง)
Depress & elderly	137	70	58	265
Depress & old	110	36	44	190
ซึมเศร้า และสูงอายุ	212	152	-	364
ซึมเศร้า และชรา	10	14	-	24
รวม	222	165	4	391

6. จัดเตรียมแฟ้มข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การสังเคราะห์งานวิจัยโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลแยกเป็น 2 ตอน ดังนี้
 ตอนแรก ผลการสำรวจงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ และตอนที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ขั้นที่ 1 การสำรวจงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

การสำรวจงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานสำหรับคุณลักษณะงานวิจัยที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบลักษณะของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยระดับเล่ม ตัวแปรปัจจัยเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า ตัวแปรโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า และตัวแปรการวัดภาวะซึมเศร้า โดยแสดงรายละเอียดเป็นของแต่ละเรื่อง

ขั้นที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ

โดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนแรกผลการสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยเพื่อนำเสนอสถิติบรรยาย ส่วนที่สอง ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างงานวิจัย และส่วนสุดท้าย ผลการวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์สรุปโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดย

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์คำนวณสถิติภาคบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยระดับเล่ม ตัวแปรปัจจัยเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า ตัวแปรโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า และตัวแปรการวัดภาวะซึมเศร้า โดยแสดงรายละเอียดเป็นของแต่ละเรื่อง

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ

ประเภทของโปรแกรมบำบัด ที่ส่งผลกระทบต่อผลการวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทยด้วย โปรแกรม

คำนวณขนาดอิทธิพล Meta-Essentials (Suurmond et al., 2017) โดยงานวิจัยเชิงทดลองคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (d-index)

3. วิเคราะห์อภิमानงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเภทของโปรแกรมบำบัด ที่ส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย ได้แก่

3.1 วิเคราะห์ค่าสถิติเบื้องต้นของค่าขนาดอิทธิพล เพื่อแสดงการแจกแจงขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเภทของโปรแกรมบำบัด ที่ส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย โดยงานวิจัยเชิงทดลองใช้ค่าขนาดอิทธิพล (d) จากนั้นประมาณค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้สูตรถ่วงน้ำหนัก

3.2 วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลจำแนกตามรายปัจจัย และตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย โดยใช้สถิติทดสอบ F-test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คำนวณจาก

$$I^2 = 100\% \times (Q - df)/Q \text{ (Higgins \& Green, 2011; Higgins \& Thompson, 2002)}$$

3.3 ประมาณค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้สูตรที่ทำให้ปลอดจากความคลาดเคลื่อน (unbiased estimators of effect size) ตามสูตรของ Hedges & Olkin

3.4 แปลผลค่าขนาดอิทธิพลตามหลักเกณฑ์ ดังนี้ (Cohen, 1988) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 แปลว่า มีขนาดอิทธิพลระดับสูง 0.3 - 0.5 แปลว่า มีขนาดอิทธิพลระดับ

ปานกลาง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.2 แปลว่า มีขนาดอิทธิพลระดับต่ำ 0.0 แปลว่า ไม่มีขนาดอิทธิพล

3.5 เขียนรายงานตามหลักการของ PRISMA guidelines for reporting systematic reviews and meta-analysis (Moher et al., 2009; Perestelo-Pérez, 2013)

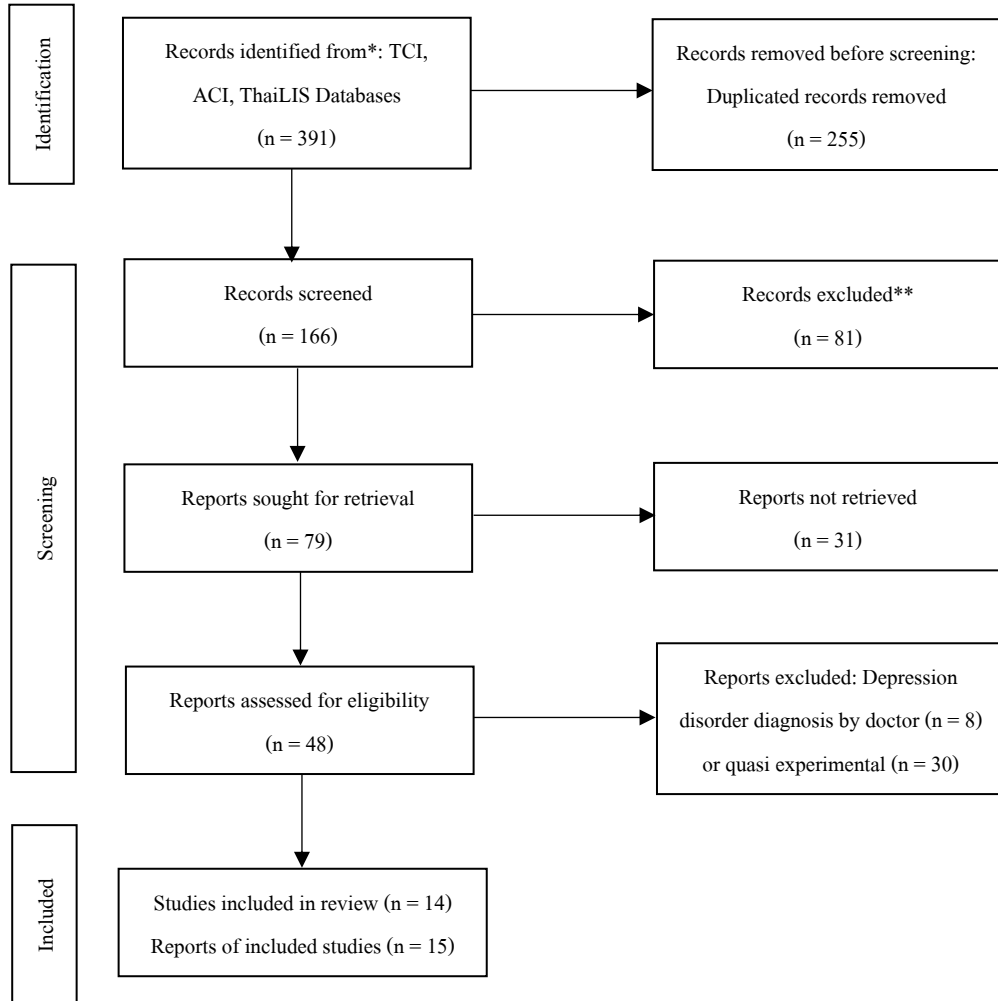
ผลการวิจัย

1. การรวบรวมผลการศึกษากิจการฐานข้อมูลงานวิจัย

ผลการรวบรวมผลการศึกษากิจการฐานข้อมูลงานวิจัย ดังแสดงภาพที่ 1 และตารางที่ 2

2. การประเมินความเสี่ยงทางอคติ

หมวดที่ 1 Sequence generation เกี่ยวข้องประเด็นของ allocation bias หรือการจัดหมวดหมู่การทำกระบวนการสุ่ม (randomization) พบว่า เป็นหมวดที่มีมีความเสี่ยงสูงที่มีสัดส่วนสูงมากที่สุดสำหรับหมวดที่ 2 Allocation concealment เป็นประเด็นที่เกี่ยวกับเรื่องของการปกปิดความลับของการสุ่มเพื่อการจัดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันเรื่องของอคติของการจัดสรร (allocation bias) พบว่าเป็นหมวดที่มีความเสี่ยงสูงบ้าง และมีส่วนที่ไม่ชัดเจนเป็นส่วนใหญ่ และหมวดที่ 3, 4 Masking/Blinding of participant, personnel (รวม blinding participant, blinding outcome เป็นข้อเดียวกัน) พบว่า มีความเสี่ยงสูงเล็กน้อย มีส่วนที่ไม่ชัดเจนเป็นส่วนใหญ่ หมวดที่ 5 Incomplete outcome data ประเมินความสมบูรณ์ของข้อมูลผลลัพธ์ที่การศึกษานั้น ๆ พบว่าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่ำ และไม่ชัดเจน นอกจากนี้ในหมวดที่ 6 Selective outcome



ภาพที่ 1 ฟังรายละเอียดของขั้นตอนการคัดเลือก ตามแนวทางการนำเสนอของ Page et al. (2021)

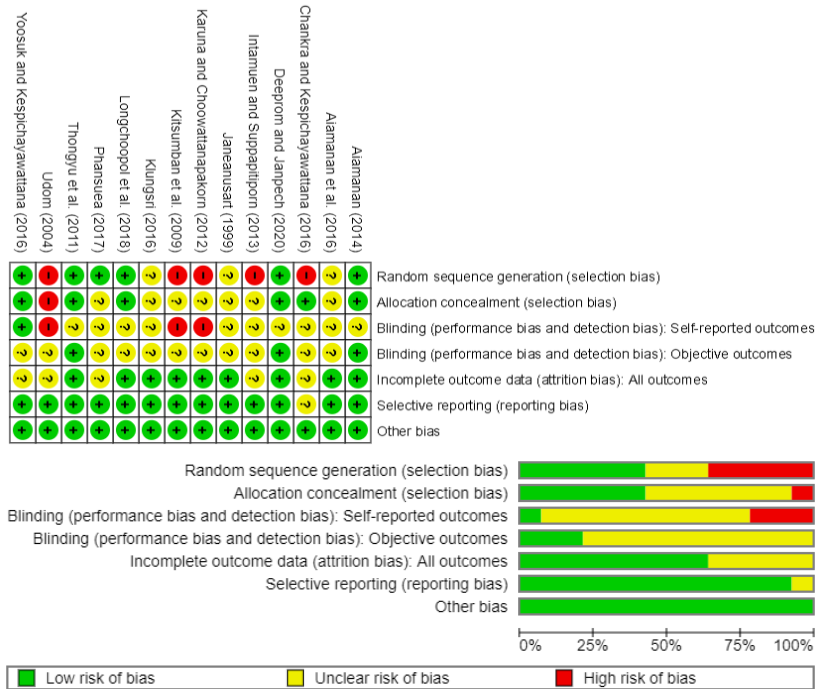
outcome reporting ที่ประเมินความครบถ้วนของการรายงานผล พบว่ามีส่วนที่ไม่ชัดเจนบ้าง และหมวดที่ 7 Other potential threats to validity, Other bias เป็นการประเมินว่ามีอคติอื่น ๆ นอกเหนือจากหมวด 1 - 5 หรือไม่ พบว่าส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดมีความเสี่ยงต่ำ

3. การคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size)

ค่าขนาดอิทธิพลที่ได้มาจากการคำนวณเปรียบเทียบกับคะแนนหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แล้วนำมาทำให้เป็นค่ามาตรฐานโดยใช้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มประชากร ซึ่งกำหนดให้แบบวัดการคิดที่มาจาก

ตารางที่ 2 รายชื่อผลงานวิจัย

ชื่อผู้วิจัย	จังหวัด	ที่ทำการวิจัย	รายละเอียดของผู้วิจัย	แบบวัด	รูปแบบการบำบัด	จำนวนกิจกรรม	ระยะเวลา (สัปดาห์)	เวลาต่อครั้ง (นาที)
Yoosak & Kespihayawattana (2016)	กาญจนบุรี	บ้านตนเอง	โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด	Thai TGDS	ดนตรีบำบัด	3	7	60
Aiamanan (2014)	กรุงเทพฯ	บ้านตนเอง	โรคมาหวน ซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง	Thai TGDS	ดนตรีบำบัด	1	8	75-110
Aiamanan et al. (2016)	นครปฐม	สถานสงเคราะห์ สมชรา	โรคเรื้อรังภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง	Thai TGDS	ดนตรีบำบัด	10	4	60
Udom (2004)	ชลบุรี	สถานสงเคราะห์ สมชรา	ซึมเศร้าระดับต่ำ	Thai TGDS	ดนตรีบำบัด (อังกฤษ)	1	6	15-30
Inamuen & Suppapiiporn (2013)	เชียงใหม่	สถานสงเคราะห์ สมชรา	มีโรคประจำตัว	Thai TGDS	ศิลปะบำบัด	10	5	60
Karuna & Choowattanakorn (2012)	เชียงใหม่	บ้านตนเอง	โรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	CES-D	ตุ๊กตาบำบัด	1	5	60
Janeanusart (1999) (1)	กรุงเทพฯ	สถานสงเคราะห์ สมชรา	ซึมเศร้าระดับต่ำ-ปานกลาง	Thai TGDS	ดนตรีบำบัด	1	6	60
Janeanusart (1999) (2)	กรุงเทพฯ	สถานสงเคราะห์ สมชรา	ซึมเศร้าระดับต่ำ-ปานกลาง	Thai TGDS	ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	1	6	60
Deeprom & Janpech (2020)	ร้อยเอ็ด	บ้านตนเอง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	Thai TGDS	การออกกำลังกายด้วย V-exercise	1	12	60
Phansuea (2017)	กรุงเทพฯ	บ้านตนเอง	ซึมเศร้าระดับต่ำ-ปานกลาง	Thai TGDS	ออกกำลังกายแบบดั้งเดิม	1	12	60
Klungsri (2016)	ชลบุรี	สถานสงเคราะห์ สมชรา	มีโรคประจำตัว	Thai TGDS	การวาดไทย	1	4	75
Thongyu et al. (2011)	ศรีสะเกษ	บ้านตนเอง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	TGDS	การบำบัดแบบแก้ไข้ปัญหา	5	5	40-45
Kitsumban et al. (2009)	เชียงใหม่	บ้านตนเอง	เฉพาะเพศหญิง	BDI-IA	การบำบัดทางสติและปัญญา	5	4	360
Longchoopoi et al. (2018)	กลุ่มจังหวัดภาคเหนือ	บ้านตนเอง	เฉพาะเพศหญิง	PHQ-9	การบำบัดความคิดและพฤติกรรม	3	4	45-60
Chankra & Kespihayawattana (2016)	บุรีรัมย์	สถานสงเคราะห์ สมชรา	มีภาวะซึมเศร้า ในระดับเล็กน้อยและปานกลาง	Thai TGDS	จัดกิจกรรมตามแนวความคิดแบบเดสซอร์รี่	3	4	360



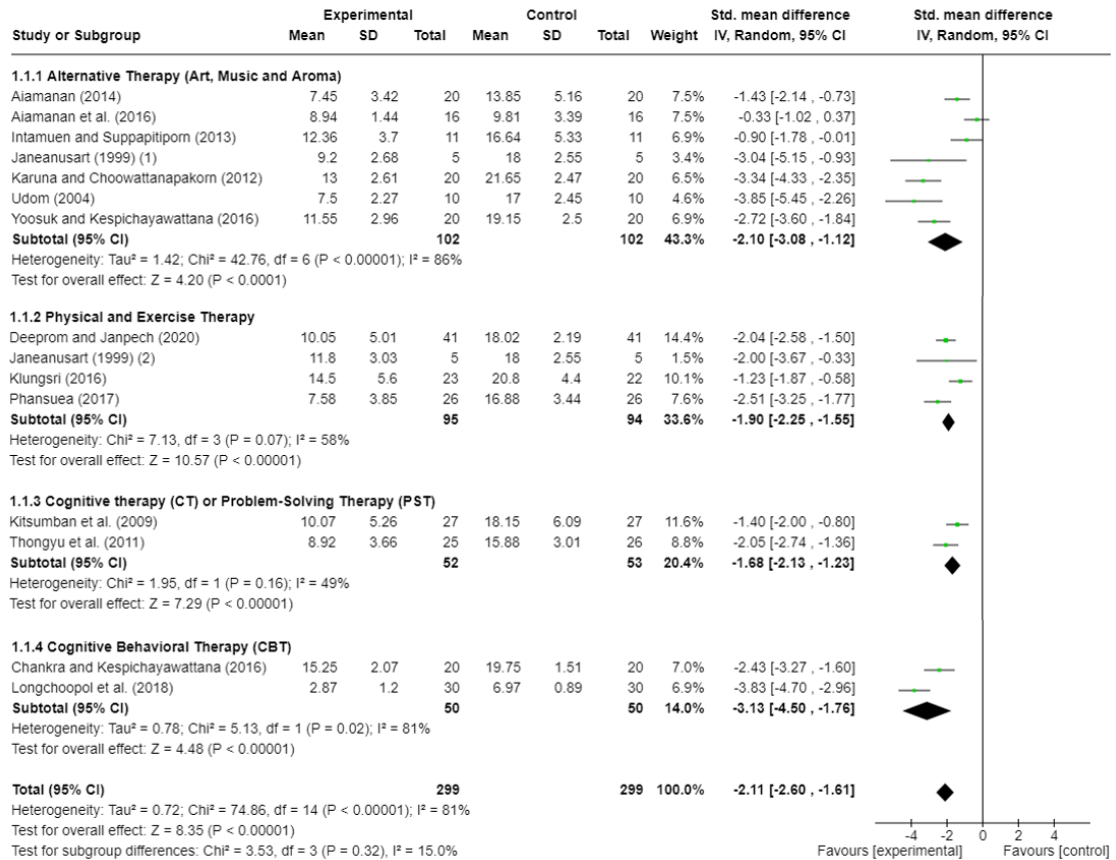
ภาพที่ 2 (A) ความเสี่ยงของอคติสำหรับแต่ละ RCT รวมถึงความเสี่ยงของอคติต่ำ (+) ความเสี่ยงสูงของอคติ (-) และความเสี่ยงของอคติที่ไม่ชัดเจน (?)
 (B) แผนภูมิแท่งเปรียบเทียบความเสี่ยงของเปอร์เซ็นต์อคติสำหรับแต่ละ RCT ที่รวมอยู่

งานวิจัยที่ต่างกัน มีความสามารถในการทำนาย ความสามารถเท่า ๆ กัน ทั้งนี้การบำบัดภาวะ ซึมเศร้า โดยมีประเด็นของการจัดกลุ่มย่อยต่าง ๆ ในแต่ละกลุ่มวิธีที่หลากหลายรูปแบบ โดยการ นำเสนอค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย ค่าส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าถ่วงน้ำหนัก ดังภาพ 3 จำนวน งานวิจัยที่ผ่านการคัดคุณภาพผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งสิ้น 14 เรื่อง (15 ค่า) สามารถคำนวณค่าขนาด อิทธิพลด้วยสูตรของ Cohen ได้ค่าอยู่ในช่วง

ระหว่าง - 0.33 ถึง -4.02 เมื่อปรับค่าความผิดพลาด ด้วยการแปลงสูตรเป็นของ Hedges ทำให้ได้ค่า ขนาดอิทธิพลอยู่ในช่วง - 0.33 ถึง -3.85

การคำนวณค่าขนาดอิทธิพลใช้รูปแบบ Random effects model เพราะ ข้อมูลที่นำมาคำนวณ ค่าขนาดอิทธิพลมีการกระจายตัวไม่เป็นเอกพันธ์

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยจากค่าขนาดอิทธิพล 15 ค่า มีค่าเท่ากับ -2.11 โดยมีช่วง 95% ความ เชื่อมั่น คือ -2.60 ถึง -1.61 และมีช่วงของการทำนาย



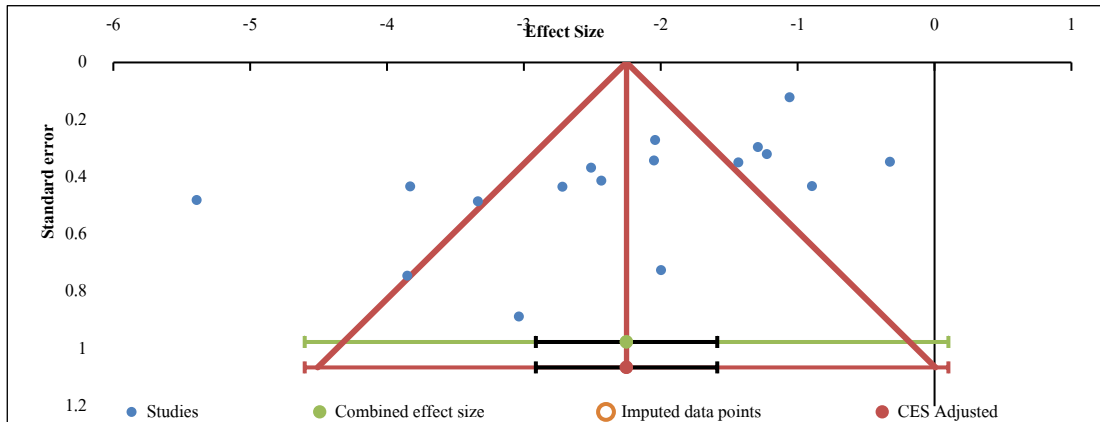
ภาพที่ 3 Forest Plot แสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มบำบัด และกลุ่มควบคุม

95% ของงานวิจัยในอนาคต ที่อาจมีค่าอยู่ในช่วง -4.07 ถึง -0.16 ค่า Z-value 8.35 แสดงว่า มีค่าแตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับค่า Q-statistic (Cochrane’s Q) เท่ากับ 82.12 และ p-value เท่ากับ .000 ค่า I² เท่ากับ 81% ค่า T2 เท่ากับ 0.72 แสดงผลสนับสนุนว่าข้อมูลไม่เป็นเอกพันธ์ (Heterogeneity)

ผลจากอคติจากการตีพิมพ์ (Publication

bias) ทำให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ -2.11 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -2.69 ถึง -1.54 ซึ่งมีค่าคงเดิม เนื่องด้วยข้อมูลที่นำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน (I² = 82.95%) และค่า Publication bias มีความสมดุล จึงไม่มีการใช้กระบวนการ Trim and Fill เติมข้อมูล เนื่องจากกลุ่มข้อมูลที่มีความเป็นเอกพันธ์



ภาพที่ 4 ออกฉีกจากการตีพิมพ์ ด้วยการคำนวณ และสร้าง Funnel Plot จากโปรแกรม Meta Essential

การอภิปรายผล

การรักษาภาวะซึมเศร้ามี 7 ประเภทหลัก ได้แก่ การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) การบำบัดแบบประคับประคอง (SP) การบำบัดแบบไดนามิก (DIT) การกระตุ้นพฤติกรรม (BT) การฝึกทักษะทางสังคม (ST) การบำบัดเพื่อการแก้ปัญหา (PST) และจิตบำบัดระหว่างบุคคล (IPT) (Cuijpers et al., 2008) ซึ่งการบำบัดเหล่านี้ให้ประสิทธิผลมากน้อยแตกต่างกัน แต่งานวิจัยมักแสดงผลว่า BT (Cuijpers et al., 2007) CBT (Cuijpers et al. , 2013) และ IPT (Cuijpers et al., 2011) สามารถลดภาวะซึมเศร้า และเหมาะสมในการบำบัดกับผู้สูงอายุ และพบว่า มีประสิทธิภาพที่สูงขึ้นเมื่อใช้การรักษา ร่วมกับการรับประทานยาลดภาวะซึมเศร้า (Cuijpers et al., 2014) สอดคล้องกับผลของงานวิจัย ที่แสดงการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญามีประสิทธิภาพ

(CBT) โดยเฉลี่ยสูงสุด เนื่องจากการทำจิต บำบัดที่เน้นการพูดคุย ใช้ความคิดและพฤติกรรม ของเราเองเป็นเครื่องมือในการออกจากปัญหา มีกระบวนการที่จะปรับความคิด หรือ cognitive เพื่อให้อารมณ์เศร้าดีขึ้น อีกส่วนคือการปรับ พฤติกรรม หรือ behavior เพราะพฤติกรรมบางอย่าง ถ้ายังทำอยู่ก็อาจเสริมให้เศร้าต่อไป (ศุภาวรรณ คงสุวรรณ, 2562) ส่วนการบำบัดทางเลือก (ศิลปะ บำบัด ดนตรีบำบัด สุนทรบำบัด) การบำบัดทาง กายภาพและการออกกำลังกายและการบำบัดการรู้ กิจและการแก้ปัญหา มีค่าน้อยลงตามลำดับ เมื่อ พิจารณาในรายละเอียดของการบำบัดมากขึ้น Cuijpers et al. (2020) ได้ระบุ 15 ชนิด โปรแกรม บำบัดที่ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ที่ได้ผล ปรากฏ โปรแกรมบำบัดกลุ่ม Cognitive Behavior Therapy (CBT) มี 3 ชนิด ดังนี้ 1) CBT according to the Beck's

manual 2) “Coping with Depression” Course และ 3) Guided self-help with the book “Feeling good” form David Burns สำหรับกลุ่ม Behavioral activation therapy (BA) มี 2 ชนิดย่อย ได้แก่ 1) Pleasure activity scheduling และ 2) Contextual behavioral activation ในกลุ่ม Problem-solving therapy (PST) ได้แก่ 1) Extended problem-solving therapy 2) Brief problem-solving therapy และ 3) Self-examination therapy (SET) สำหรับกลุ่ม Third wave cognitive behavioral therapies มี 2 ชนิด คือ 1) Acceptance and Commitment Therapy (ACT) และ 2) Mindfulness-based CBT (MBCT) และ สำหรับกลุ่ม Interpersonal psychotherapy (IPT) มี 2 ชนิด คือ 1) Full IPT และ 2) Brief IPT นอกจากนี้ยังมีอีก 3 กลุ่ม ดังนี้ Psychodynamic Therapy, Non-directive supportive therapy และ Life review therapy เมื่อพิจารณาในรายละเอียด ชนิดของโปรแกรมในแต่ละกลุ่ม ช่องว่างของการสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทยเป็นเพียงการระบุกลุ่มที่ใช้ในรูปแบบกว้าง ๆ มักจะไม่พบวิธีการตามที่ระบุในทั้ง 15 แบบข้างต้น แต่ให้ผลที่สอดคล้องกัน คือ Cognitive Behavior Therapy (CBT) มีความสามารถสูงสุดในการลดภาวะซึมเศร้า

ผลของการวิเคราะห์ห่อภิมาณในงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศต่าง ๆ แต่ไม่ค่อยปรากฏงานวิจัยที่ดำเนินการในประเทศไทย ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะประเด็นทางด้านภาษาที่การตีพิมพ์ส่วนใหญ่ของงานวิจัยจะเป็นภาษาไทย

ความแข็งแกร่งของอิทธิพลในงานวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อด้อยด้านตัวแปรต้น คือ โปรแกรมบำบัด และตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีรายละเอียดของการจัดกลุ่มย่อยและวิธีการที่หลากหลายได้หลายกลุ่ม การวิเคราะห์ผลด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ทำให้ข้อมูลของค่าขนาดอิทธิพลกระจายอยู่ในช่วงกว้าง และเมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อยโดยใช้ประเภทของโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าเป็นตัวกำหนดเริ่มต้น ข้อมูลของการกระจายของค่าขนาดอิทธิพลมาก ทำให้ไม่สามารถพิจารณาถึงแนวโน้มของแต่ละชนิดที่แยกย่อยได้ ภาพรวมของโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่วิจัยในประเทศไทย เฉพาะที่จัดรูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เมื่อรวบรวมแล้วมีจำนวนที่น้อยมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

นำรูปแบบการออกแบบโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้สูงอายุที่สังเคราะห์ได้จากงานวิจัยนี้ไปใช้ตามหลักการที่กำหนด เนื่องจากเป็นแนวทางที่ได้มาจากการคัดสรรงานวิจัยที่ให้ผลลัพธ์ที่สูง เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอในการทำวิจัยต่อไป

1) นำรูปแบบการออกแบบโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้สูงอายุไปทดลองใช้จริงกับผู้สูงอายุในบริบทใหม่ และมีคุณลักษณะเพิ่มเติมในด้านอื่นๆ แล้วเปรียบเทียบกับค่าขนาดอิทธิพลที่คาดการณ์ไว้

2) ควรเพิ่มเสริมการวิเคราะห์ห่อภิมาณใน

ประเด็นอื่น ๆ เช่น การทดลองที่มีความเคร่งครัดน้อยลง แล้วนำมาบูรณาการ เปรียบเทียบอีกครั้ง เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดสูงสุด

3) พิจารณาบริบทแวดล้อมและความพร้อมของผู้ออกแบบโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยว่ามีความเข้าใจ และให้คำแนะนำให้ผู้เรียนปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ประจำปี 2565

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *ประชากรสูงอายุไทย : ปัจจุบันและอนาคต*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นริสา วงศ์พานารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24-31.
- นิติบดี สุขเจริญ, และ วิษุวัตน์ อยู่ในคิด. (2557). การวิเคราะห์อภิमान และการสังเคราะห์อภิमान. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 8(3), 43-55.
- พัชรพรพรรณ กิจพันธ์. (2561). ประเทศไทยสู่สังคมสูงอายุ. *วารสารอาหารและยา*, ฉบับเดือนกันยายน-ธันวาคม, 4-8.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563, 14 พฤษภาคม). “ภาวะสมองเสื่อม” ป่วยเพิ่มปีละ 1 แสนราย สถิติชี้ ร้อยละ 50 ของผู้สูงวัย 80 ขึ้นไป มีอาการ. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2566, จาก <https://thaitgri.org/?p=38965>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพัคตร์ รักมณีวงศ์. (2556). ภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบ รากเหง้าของปัญหา. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 7(1), 7-24.

- ศุภวารรณ คงสุวรรณ. (2562). *อีกทางเลือกปัญหาสุขภาพจิต : CBT การบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม กับ ผศ.นพ. ภัทรพิทยรัตน์ เสถียร*. <https://www.the101.world/cognitive-behavior-therapy/>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). *คู่มือการดูแลผู้สูงวัย : สูตรคลายซึมเศร้า*. นนทบุรี : โอเพ่นเวิลด์ส พับลิชชิง เฮาส์.
- สาวิตรี สิงหา. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 18(3), 15-24.
- สุรพงษ์ มาลี. (2561). เตรียมความพร้อมกำลังคนภาครัฐผู้ตั้งคมสูงอายุอย่างไร? แกะรอยยุทธศาสตร์ชาติและแผนการปฏิรูปประเทศ. *วารสารข้าราชการ*, 60(4), 9-11.
- อรุณ จีรวัฒน์กุล. (2556). การนำเสนอผลต่างของการสอนด้วยขนาดอิทธิพล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22(6), 935-936.
- Golder, S., Loke, Y. K., Wright, K. & Sterrantino, C. (2016). Most systematic reviews of adverse effects did not include unpublished data. *Journal of Clinical Epidemiology*. 77, 125-133.
- Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 202: 67-86.
- Aiamanan, M. (2014). *The Effect of Guided Imagery and Music Program on Depression in Diabetic Elderly Patients*. [Master dissertation]. Chulalongkorn University. <https://tdc.thailis.or.th/tdc/> [in Thai]
- Aiamanan, M., Patiganmonthon, N, Jungharn, T., & Intarawong, P. (2016). *The Effect of Music Activity on Depression in Chronic Illness Elderly Patients*. Bangkok: Christian University. [in Thai]
- Chankra, C., & Kespichayawattana, J. (2016). The Effect of Montessori-based Activities Program on Depression among Older Persons in Social Welfare Development Center for Older Persons. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(1), 39-50. [in Thai]
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (22nd ed.) Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cuijpers, P. (2016). *Meta-analyses in mental health research: A practical guide*. Vrije Universiteit, Amsterdam.

- Cuijpers, P. (2017). Four Decades of Outcome Research on Psychotherapies for Adult Depression: An Overview of a Series of Meta-Analyses. *Canadian Psychology, 58*(1), 7-19.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison With Other Treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry, 58*(7), 376-385.
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J.C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry, 168*, 6.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., & Ebert, D. D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research, 30*(3), 279-293.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds III, C. F. (2014). *Adding Psychotherapy to Antidepressant Medication in Depression and Anxiety Disorders: a Meta-Analysis*.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*, 318-326.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., & Andersson, G. (2008). Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry, 8*, 36.
- Deeprom, D., & Janpech, P. (2020). The effects of the exercise promotion program with the folk V-exercise innovation on physical fitness, blood sugar levels and depression in the older persons with diabetes mellitus. *Journal of Nursing Science & Health, 43*(1), 42-53. [in Thai]
- Driel, M. L., De Sutter, A., De Maeseneer, J., & Christiaens, T. (2009). Searching for unpublished trials in Cochrane reviews may not be worth the effort. *Journal of Clinical Epidemiology, 62*, 838-844. Filed, A. P., & Gillett, R. (2010). How to do a meta-analysis. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 63*, 665-694.
- Glanville, J., King, S., Guarner, F., Hill, C., & Sanders, M. E. (2015). *A review of the systematic review process and its applicability for use in evaluating evidence for health claims on probiotic foods in the European Union*. *Nutrition Journal, 14*(16), 1-9.
- Higgins, J. P. T. & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration.
- Higgins, J. P. T. & Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine, 21*, 1539-58.
- Intamuen, N., & Suppapatiporn, S. (2013). Effect of therapeutic arts in the elderly with mild to moderate depression. *Chulalongkorn Medical Journal, 57*(6), 751-764. [in Thai]
- Jafari, H., Semeskandeh, D. G., Goudarzian, A. H., Heidari, T., & Koulaee, A. J. (2021). Depression in the Iranian Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Aging Research, 1*-9.
- Jain, V., Sharma, R., & Singh, S. (2012). Doing meta-analysis in research: A systematic approach. *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology, 78*(3), 242-250.
- Janeanusart, K. (1999). *A Comparison of the effectiveness of music therapeutic activities and progressive muscle relaxation in depressed elderly at Ban Bang Kae 2 nursing home, Bangkok*. [Master dissertation, Burapa University]. <https://tdc.thailis.or.th/tdc/> [in Thai]
- Karuna, R., & Choowattanapakorn, T. (2012). The Effect of Symptom Management and Aromatherapy Program on Depression among Older Persons with End Stage Renal Disease Receiving Hemodialysis. *Journal of the Police Nurses, 4*(1), 1-14. [in Thai]
- Kitsumban, V., Thapinta, D., Sirindharo, P. B. & Anders, R. L. (2009). Effect of Cognitive Mindfulness Practice Program on Depression among Elderly Thai Women. *Thai Journal of Nursing Research, 13*(2), 95-108. [in Thai]

- Klungsri, P. (2016). *Effect of Thai traditional massage to the reduction of depression of the elderly in Ban Banglamung Social Welfare Development Center for Older Persons, Chonburi*. [Master dissertation, Chulalongkorn University]. <https://tdc.thailis.or.th/tdc/> [in Thai]
- Law, R. (2007). *Handbook of Evidence-based Psychotherapies: A Guide for research and practice*. by Freeman, C. & Power, M. John Wiley & Sons, Ltd.
- Longchoopool, C., Thapinta, D., Ross, R., & Lertwattananawilat, W. (2018). The Thai Group Cognitive Behavior Therapy Intervention Program for Depressive Symptoms among Older Women: A Randomized Controlled Trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(1), 74-85. [in Thai]
- Miller, A.R. (2008). *Living with depression*. An imprint of Infobase Publishing, Inc.
- Mitchell, L. K. & Pachana, N. A. (2020). *Psychotherapeutic interventions with older adults: now and into the future*. Chapter 22 of Handbook of Mental Health and Aging (Third Edition). Hantke, N., Etkin, A., & O'Hara, R. Academic Press, pp. 299-314.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000097.
- Nadort, E.; Schoutena, R. W., Witte, S. H. S.; Broekman, B. F. P.; Honig, A.; Siegert, C. E. H.; & van Oppen, P. (2020). Treatment of current depressive symptoms in dialysis patients: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 67, 26-34.
- Nestor, B. A., Sutherland, S., & Garber, J. (2022). Theory of mind performance in depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 303, 233-244.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C.D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71.
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57.
- Phansuea, P. (2017). *Effectiveness of Qigong Exercise to Depression in Thai Elderly*. [Doctoral dissertation, Chulalongkorn University]. <https://tdc.thailis.or.th/tdc/> [in Thai]
- Pilania, M., Yadav, V., Bairwa, M., Behera, P., Gupta, S. D., Khurana, H., et al. (2019). Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997-2016: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 19, 832.
- Suurmond, R., Van Rhee, H., & Hak, T. (2017). Introduction, comparison and validation of Meta-Essentials: A free and simple tool for meta-analysis. *Research Synthesis Methods*, 8(4), 537-553.
- Tang, T., Jian, J., & Tan, X. (2022). Prevalence of depression among older adults living in care homes in China: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 125, 1-12.
- Thongyu, R., Kongsuriyanawin, W., Au - Yeong, A. P., & Ounnapirok, L. (2011). Effects of Group Problem-Solving Therapy on Depressive Symptoms in Older Adult People with type-2 Diabetes. *Thai Journal of Nursing Council*, 26(3), 78-92. [in Thai]
- Udom, T. (2004). *The effects of recreation program using ankalung on elderly with depression*. [Master dissertation, Burapa University]. <https://tdc.thailis.or.th/tdc/>
- Yoosuk, P., & Kespichayawattana, J. (2016). The Effect of Therapeutic Nursing Intervention Using Music Activities on Depression in Elderly Patients with Ischemic Stroke. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(1), 17-27. [in Thai]