

ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

นางสาวกัญต์ฤทัย ปานทอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF RESILIENCE QUOTIENT EMPHASIZING MINDFULNESS-BASED PROGRAM
ON DEPRESSION IN OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Miss Kanruethai Panthong



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
โดย	นางสาวกัญต์ฤทัย ปานทอง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

กัณฑ์สุดท้าย ปานทอง : ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (THE EFFECT OF RESILIENCE QUOTIENT EMPHASIZING MINDFULNESS-BASED PROGRAM ON DEPRESSION IN OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, 136 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติและ 2) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 34 คน จับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันด้วยอายุและคะแนนภาวะซึมเศร้า สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทดสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777301736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: RESILIENCE QUOTIENT / MINDFULNESS / OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER / DEPRESSION

KANRUETHAI PANTHONG: THE EFFECT OF RESILIENCE QUOTIENT EMPHASIZING MINDFULNESS-BASED PROGRAM ON DEPRESSION IN OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. ADVISOR: ASST. PROF. PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 136 pp.

The purpose of this pretest - posttest quasi-experimental research were to compare: 1) Depression in older persons with major depressive disorder before and after received the resilience quotient emphasizing mindfulness-based program, and 2) Depression in older persons with major depressive disorder who received the resilience quotient emphasizing mindfulness-based program and those who received routine nursing care. The sample consisted of 34 older persons with major depressive disorder, who met the inclusion criteria and received services at the out-patient department. They were matched-pair by age and depression score and then randomly assigned into experimental and control group with 17 subjects in each group. Research instruments comprised of: 1) the resilience quotient emphasizing mindfulness-based program, 2) Beck Depression Inventory scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the instrument was reported by Cronbach's alpha as of .90. Data were analyzed using mean, standard deviation and t-test.

Major findings were as follows:

1. Depression in older persons with major depressive disorder who received the resilience quotient emphasizing mindfulness-based program was significantly lower than that before at the .05 level.

2. Depression in older persons with major depressive disorder who received the resilience quotient emphasizing mindfulness-based program was significantly lower than those who received routine nursing care at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งได้ให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ในทุกด้าน ช่วยสร้างแรงบันดาลใจ และกระตุ้นให้นิสิตมีความมุ่งมั่น ให้ความเมตตาตลอดเวลา เอาใจใส่ต่อผู้วิจัยด้วยดีมาตลอด ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานกรรมการสอบ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบ ที่ให้ความกรุณาชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ชี้แนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขให้ได้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับงานวิจัยฉบับนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการศึกษา ให้นิสิตได้พัฒนาตนเอง มีความรู้ทางวิชาการเพิ่มมากขึ้น และให้กำลังใจตลอดการศึกษาด้วยดีตลอดมา อีกทั้งบุคลากรและเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในทุกด้าน ขอขอบพระคุณอย่างสูง

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ บุคลากร แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่เอื้อเฟื้อและดูแลในระหว่างการทำกรทดลองเป็นอย่างดี รวมทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและญาติที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และเพื่อนร่วมงานสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ที่เข้าใจ และให้โอกาสได้มีเวลาศึกษางานวิจัยนี้ด้วยดีตลอดมา

ท้ายสุดนี้ ขอขอบพระคุณบิดา มารดา และน้องที่สนับสนุนและเอื้อประโยชน์มาตลอดจนสำเร็จลุล่วง ผู้วิจัยขอขอบคุณประโยชน์ของงานวิจัยนี้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีอาการดีขึ้น มีพลังแรงใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป มีสุขภาพกาย ใจแข็งแรง สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานงานวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.....	15
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.....	23
3. แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ.....	30
4. ความรู้เกี่ยวกับสติ.....	39
5. โปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ.....	44
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	53
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	53
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	73
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	79
สรุปผลการวิจัย.....	84
อภิปรายผลการวิจัย.....	84
ข้อเสนอแนะ	89
รายการอ้างอิง.....	91
ภาคผนวก ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	101
ภาคผนวก ค การจับคู่ของกลุ่มตัวอย่าง	103
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	105
ภาคผนวก ง การเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจ	114
ภาคผนวก จ หนังสือขออนุญาตการใช้เครื่องมือ.....	116
ภาคผนวก ฉ การตรวจสอบความเที่ยงเครื่องมือ.....	118
ภาคผนวก ช ตัวอย่างการวิเคราะห์สถิติ.....	120
ภาคผนวก ซ ผลการพิจารณาจริยธรรม	123
ภาคผนวก ฌ ใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วม	126
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	136

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ.....	44
ตารางที่ 2 การนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง.....	63
ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ ภายในครอบครัว โรคประจำตัว และรายได้.....	74
ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าแยกเป็นรายคู่.....	76
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการสร้างความ เข้มแข็งที่ใจที่เน้นการฝึกสติ (Paired t - test).....	77
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการสร้างความ เข้มแข็งที่ใจที่เน้นการฝึกสติ (Independent t-test).....	78
ตารางที่ 7 การจับคู่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	104
ตารางที่ 8 แสดงคะแนนความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม	115
ตารางที่ 9 แสดงค่าความเที่ยง แอลฟาของ ครอนบาค ของเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า..	119
ตารางที่ 10 แสดงการวิเคราะห์สถิติ Paired t-test.....	121
ตารางที่ 11 แสดงการวิเคราะห์สถิติ Independent t-test.....	122

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด	51
ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	72



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้าของผู้สูงอายุ ร่วมกับความรู้สึก ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง จะมีอาการอยู่นานโดยไม่มีที่ท่า จะดีขึ้น จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความคิด ความจำ จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่าง ชัดเจน (กรมสุขภาพจิต, 2552) การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้อาจมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเสื่อมทาง สุขภาพ การเสื่อมทางความคิด ความจำและความสามารถทางสังคม (Blazer, 2003) โรคซึมเศร้าถือเป็นโรคเรื้อรัง อาจทำให้เกิดโรคทางร่างกายหรือ ทำให้โรคที่เป็นอยู่กำเริบหนักขึ้น (Fukukawa et al., 2004) ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต้องทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วย เกิดความบกพร่องในกิจวัตร ประจำวัน การทำหน้าที่ ความรับผิดชอบ การงาน คุณภาพชีวิตของบุคคล กลายเป็นภาระพึ่งพิงต่อ ครอบครัวและผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจตามมา นำไปสู่อัตราการเสียชีวิตเร็วขึ้น และเกิดการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (Cohen & Krajewski, 2014)

ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง ยังต้องพึ่งพาครอบครัวทั้งด้านการงาน การเงิน สังคม การดำเนินชีวิตประจำวัน จากสภาพร่างกายที่ล้มป่วยได้บ่งชี้ผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าได้ง่าย นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองได้น้อย เนื่องจากคนส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่าภาวะ ซึมเศร้าเป็นเรื่องปกติสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ มีโรคเรื้อรังต้องรักษาด้วยยาหลายตัวเป็นเวลานาน มักบ่น ไม่สบายทางร่างกายมากกว่าทางจิตใจ นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวและผู้สูงอายุจะปกปิดไม่ยอมรับ ภาวะซึมเศร้า เพราะรับรู้ว่าเป็นเรื่องน่าอายสังคมไม่ยอมรับ (สายฝน เอกวารงกูร, 2554)

จากรายงานภาระโรคปี ค.ศ.2010 โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ และคาดการณ์ว่าในปีค.ศ.2030 โรคซึมเศร่ายังคงเป็นสาเหตุอันดับ1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะของ ประชากรโลก (World Health Organization, 2004) การศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้สูงอายุที่ อาศัยอยู่ในชุมชนของสหรัฐอเมริกา มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.19 (Steffens, Fisher, Langa, Potter, & Plassman, 2009) ในแคนาดาและยุโรปพบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.7 และ ร้อยละ 12.7 ตามลำดับ (Van et al., 1995) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาภาระโรคและการ บาดเจ็บ ปี 2556 พบว่า ผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้าเป็นลำดับ 1 และผู้ชายเป็นลำดับที่ 2 ของการสูญเสีย ปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lost Due to Disability : YLD) (ศูนย์วิจัยและ สารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2560) ผลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของ ประเทศไทยปีพ.ศ.2551 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจำแนกความชุกตามกลุ่มอายุ ได้แก่ช่วงอายุ

60-69 ปี พบร้อยละ 3.3 ช่วงอายุ 70-79 ปีพบร้อยละ 3.9 อายุ 80 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 5.0 (ธรมินทร์ กองสุข และคณะ, 2551) จะเห็นว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น (Goud & Nikhade, 2015) และพบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 72.3 (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552) สถิติผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2559 มีจำนวน 1,103 ราย 1,113 ราย 1,114 ราย และ 1,296 ราย ตามลำดับ (ฝ่ายเวชระเบียน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2559) จะเห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้ามาใช้บริการมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับการรักษาของแผนกผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาต้านเศร้ากลุ่มเดียวกัน พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมาด้วยอาการนอนไม่หลับ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ รับประทานอาหารได้น้อย ไม่สุขสบายทางร่างกาย น้อยใจบุตรหลานหรือคู่ชีวิต แยกตัว ไม่ทำอะไร เบื่อหน่าย เป็นต้น จากการศึกษาของอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) อธิบายลักษณะของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอกว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง มีการอาศัยแบบต่างคนต่างอยู่ สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ มีภาระหน้าที่ต่างๆ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลใส่ใจซึ่งกันและกัน ไม่มีสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนบ้าน แม้แต่บุคคลภายในครอบครัว ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่ไม่อยากพบปะพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร มีอาการไม่สุขสบายทางร่างกาย ส่งผลให้การทำงานที่ต่างๆ ลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต้องมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งในการต่อสู้กับการเจ็บป่วยของตนเองที่เผชิญอยู่ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้อาการซึมเศร้ารุนแรงเพิ่มขึ้น และลดอัตราการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว และสังคมได้อย่างปกติสุข

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง อาการและอาการแสดงที่มีความแปรปรวนด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรม โดยมีอาการซึมเศร้า หดหู่ ลักษณะของความคิดที่บิดเบือน มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง โลกและอนาคต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ซึ่งเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Beck, 1967) และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้จิตใจหดหู่ รู้สึกมีเดม อ่อนเพลีย สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า อาจมีความคิดอยากตายและทำร้ายตนเองได้ในที่สุด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่ามี 3 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ด้านชีวภาพ เช่น กรรมพันธุ์ สารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุล เป็นต้น ด้านจิตวิทยา เช่น ความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความคิดบิดเบือน เป็นต้น ด้านจิตสังคม เช่น ภาวะเศรษเศรฐาจากการสูญเสีย การขาด

แรงสนับสนุน เป็นต้น ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ได้แก่ การเจ็บป่วยร้ายแรง ความยากลำบากในชีวิต ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องด้วยผู้สูงอายุต้องประสบกับการสูญเสียทางสังคม ร่วมกับการเจ็บป่วยทางร่างกาย ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการสร้างสัมพันธภาพใหม่ๆ กับผู้อื่น (อรสา ไยยง และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2554) และปัจจัยปกป้อง ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ สิ่งสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา ในสังคมไทยผู้สูงอายุที่ไม่มีทรัพย์สินหรืออสังหาริมทรัพย์เป็นของตนเอง ขาดบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ครอบครัวข้าง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน (สุวรรณ อรุณพงศ์ ไพศาล และสรยุทธ วาสิณานนท์, 2558) มีการศึกษาพบว่า การมีอายุที่สูงขึ้นนั้น มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจที่ลดลงและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Mehta et al., 2008) กล่าวได้ว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น คือ การมีความเข้มแข็งทางใจในระดับต่ำ ส่งผลให้มีความคิดทางลบตลอดเวลา ความสามารถในการรู้คิดและการควบคุมตนเองต่อการดำรงชีวิตลดลง ไม่สามารถปรับตัวต่อการเผชิญกับปัญหาได้ (Heisel, 2006; อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งมีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ ส่งผลให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้เมื่อมีความเครียด ร่วมกับขาดแหล่งสนับสนุนทางครอบครัว ขาดแหล่งพึ่งพิง ไม่มีการพูดระบายความรู้สึก ก่อให้เกิดความเครียดและความกดดัน ไม่มีจุดหมายในชีวิต เมื่อปล่อยไว้เป็นเวลานานจะขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว เก็บตัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองในแง่ลบ ไร้ค่า ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (มุจรินทร์ พุทธเมตตา, 2557) มีการศึกษาพบว่าความเข้มแข็งทางใจ สถานะทางเศรษฐกิจ การมีกิจกรรมทางสังคม และความเชื่อทางศาสนาเป็นปัจจัยป้องกันไม่ให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นได้ (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุไทย มีองค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจ ได้แก่ สิ่งที่ฉันเป็น (I AM) ประกอบด้วย ด้านความเชื่อมั่นในการดำรงชีวิต กล่าวคือ การเป็นบุคคลที่มีสุขภาพดีแม้มีการเสื่อมถอยทางร่างกาย การมีจิตใจที่สงบแม้อยู่ภายใต้สถานการณ์ที่ตึงเครียด และมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ทางลบ การเข้าใจชีวิต การมีอารมณ์ขัน การคิดบวก มีความมุ่งมั่นที่จะผ่านเหตุการณ์ร้ายในชีวิตได้ การได้ช่วยเหลือผู้อื่น การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การมีความพึงพอใจในชีวิต สิ่งที่ฉันมี (I HAVE) ประกอบด้วย ด้านสิ่งสนับสนุนทางสังคม และด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ กล่าวคือ การมีบุคคลที่ไว้วางใจได้ มีแหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุน มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การมีโอกาสได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา

และสิ่งที่ฉันสามารถ (I CAN) ประกอบด้วย ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และด้านความสามารถในการลดความเครียดและการจัดการกับปัญหา กล่าวคือ สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อผู้อื่น แก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ การมีแบบอย่าง การทำใจยอมรับความจริง เผชิญปัญหาตามความเชื่อ เช่น การไปวัด ปฏิบัติธรรม ฟังธรรมะก่อนนอนทำให้จิตใจสงบและนอนหลับได้ดีขึ้น (Maneerat, Isaramalai, & Boonyasopun, 2011) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งทางใจจะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ยากลำบากในชีวิตได้ (Shen & Zeng, 2011)

ความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุจะช่วยให้มีความสามารถในการอดทนหรือทนต่อแรงกดดัน มีความรู้สึกว่าจัดการชีวิตได้ มีทักษะในการแก้ไข้ปัญหา และเมื่อแก้ไข้สถานการณ์ปัญหาได้แล้วจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ดีกับตนเอง จนกลายเป็นความภาคภูมิใจและเป็นต้นทุนในการดำเนินชีวิตที่เข้มแข็งและมีกำลังใจในการต่อสู้เอาชนะอุปสรรคที่เข้ามาในชีวิตได้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ความเข้มแข็งทางใจสามารถสร้างได้โดยการฝึกสติ การให้ความหมายในสิ่งที่รับรู้ใหม่ และการพัฒนาตนเอง (Hoare, 2015) โดยเฉพาะการฝึกสติทำให้เกิดความตั้งมั่นอยู่กับปัจจุบัน มีผลช่วยลดภาวะซึมเศร้า (Geiger et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ใช้การทำสมาธิ การฝึกสติ การปล่อยวางกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงพอใจ ใช้ธรรมะเป็นที่พึ่ง เพื่อพร้อมที่จะเผชิญปัญหาต่อไป โดยต้องเริ่มที่การดูแลตนเองเป็นสำคัญ คือ การตระหนักในการดูแลตนเอง คิดในแง่ดี ปรับความคิดและพฤติกรรม หากิจกรรมทำเพื่อให้ลืมความเศร้า (พลสิน เถลิณวัฒน์, 2552)

สติ (Mindfulness) หมายถึง การระลึกได้ การตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน ยอมรับความจริง เข้าใจถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา จัดการกับปัญหาด้วยความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการทำสมาธิเป็นพื้นฐานสำคัญของการฝึกสติ สติทำหน้าที่เป็นตัวควบคุมการทำหน้าที่ทั้งปกป้องและยับยั้งตนเอง หากบุคคลขาดสติ จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Segal, William, & Teasdale., 2002) สติเป็นการตื่นตัวต่อหน้าที่ อยู่ในสภาวะที่พร้อมรับรู้สิ่งต่างๆที่มาเกี่ยวข้องได้อยู่เสมอ และควบคุมการรับรู้ความนึกคิดพฤติกรรมให้อยู่ในแนวที่ต้องการโดยไม่ปล่อยให้เลื้อยลอย ไม่ปล่อยให้ความนึกคิดฟุ้งซ่าน (พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต), 2546) สติที่ระลึกรู้อาการที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ ผลที่ได้คือมีปัญหาเห็นความจริงของสิ่งทั้งหลายว่าไม่เที่ยงเกิดขึ้นแล้วจะเสื่อมสลายไป ทำให้ผู้ฝึกสามารถปล่อยวางความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับจิตใจได้ (พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2551)

การฝึกสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นการฝึกให้เห็นความจริงของความคิดและอารมณ์ทั้งด้านดีและไม่ดีเปลี่ยนแปลงตามเหตุปัจจัย การฝึกสติจึงเป็นจุดเริ่มต้นของการปล่อยวาง ไม่ตัดสินใจว่าถูกหรือผิด ยอมรับปัญหาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเป็นจริง (Segal et al., 2002)

การฝึกสติบนพื้นฐานการปรับความคิด ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปรับอารมณ์ รู้สึกผ่อนคลาย (Smith, 2004; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2557) ลดการแปลความหมายที่ผิด แยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบ (Kitsumban, Thapinta, Sirindharo, & Anders, 2009) ซึ่งได้จากการปฏิบัติอย่างรู้สติ และการยอมรับโดยไม่ตัดสิน (Splevins, Smith, & Simpson, 2009) การฝึกทักษะการอยู่กับปัจจุบัน ช่วยพัฒนาการควบคุมอารมณ์ เรียนรู้ที่จะยอมรับกับสิ่งที่ไม่อาจเปลี่ยนแปลง (Hoare, 2015) ส่งเสริมประสบการณ์อารมณ์ทางบวก ให้มีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น (Keye & Pidgeon, 2013) กิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุควรมุ่งเน้นที่ทำให้เกิดความเข้มแข็งทางใจโดยเฉพาะการฝึกสติทำให้เกิดความตั้งมั่นอยู่กับปัจจุบัน มีผลช่วยลดภาวะซึมเศร้า (Geiger et al., 2016) มีการศึกษาถึงรูปแบบการฝึกสติที่ช่วยสร้างความเข้มแข็งทางใจได้ คือ การเรียนรู้การทำงานของสภาวะจิต โดยการสังเกตรู้เท่าทันอารมณ์ด้วยการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายและรู้เท่าทันความคิดด้วยการอธิบายความคิดนั้น เป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้าใจอย่างถ่องแท้ หรือการหยั่งรู้ คือไม่เพียงตระหนักรู้ และการอธิบายประเภทของความคิดได้ ซึ่งต้องใช้พลังในการควบคุมจิตใจ ซึ่งจะไปลดทอนรูปแบบนิสัยตามความเคยชิน โดยมีการสะท้อนกลับให้รู้ทันความคิดและอารมณ์นั้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ปรับตัวในทางบวกตามมาเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบากต่างๆ (Kurilova, 2013) และการไม่ได้ตอบ ไม่ยึดติด จะช่วยลดปฏิภริยาโต้ตอบกลับอย่างทันทีทันใด ดึงตนเองออกจากความทุกข์ยากที่ประสบอยู่ ทำให้ฟื้นกลับสู่สภาวะปกติได้โดยเร็ว (Nila, Holt, Ditzen, & Aguilar-Raab, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษารูปแบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำโดยกระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจ พบว่าการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ช่วยให้เกิดความรู้สึกดีต่อตนเอง มีความเชื่อมั่นในการจัดการกับอารมณ์ สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ปรับกระบวนการคิดสร้างความสุขให้กับตนเอง และมีทักษะการเผชิญปัญหา สามารถปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์ (พัชรี คำตา อัมพวรรณ ธากาศ และชนากานต์ แสงสิงห์ชัย, 2550) และการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ พบว่าการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ช่วยให้สามารถจัดการกับความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ (พัชรราวไล ควรเนตร, 2557) พบว่าส่วนใหญ่การสร้างความเข้มแข็งทางใจนั้น ถูกนำมาใช้กับวัยเด็ก จนถึงวัยผู้ใหญ่ทั้งในกลุ่มที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิต และกลุ่มที่ป่วยทางจิตเวช และเริ่มมีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจในวัยผู้สูงอายุมากขึ้น แต่ยังไม่พบว่ามีกรนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจมาใช้กับวัย

สูงอายุ เนื่องด้วยวัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ค้นหาความหมายของตนเองและจิตวิญญาณ ถึงแม้ว่ามีสุขภาพร่างกายและการรู้คิดที่เสื่อมถอย แต่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการฟื้นฟูด้านอารมณ์ได้ดีกว่าวัยอื่น การฝึกสติจึงเป็นประสบการณ์กับการอยู่กับปัจจุบันที่เป็นวิถีตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ (Geiger et al., 2016) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความเข้มแข็งทางใจและการฝึกสติมาประยุกต์ใช้ตามบริบทผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายจิตใจจิตสังคมและจิตวิญญาณรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้ามลดลง มีการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย

ภาวะซึมเศร้ามถือเป็นการคุกคามต่อสุขภาพ ความเป็นอยู่และความสามารถของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามอย่างมาก จากการศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุของ Cohen & Krajevski (2014) พบว่าการมีความเข้มแข็งทางใจที่ต่ำ ต่อการเผชิญความเครียดต่างๆ ในชีวิต รวมถึงการเจ็บป่วย ความยากลำบาก ส่งผลให้แยกตัวออกจากสังคม อยู่อย่างโดดเดี่ยว และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด และยังกล่าวอีกว่าความเข้มแข็งทางใจมีหลายมิติรวมถึงด้านชีวภาพ จิตวิทยา สังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างซับซ้อนเพื่อมุ่งเน้นในเกิดผลลัพธ์ทางบวก และสามารถปกป้องภาวะซึมเศร้าไม่ให้รุนแรงขึ้นได้ (Smith, 2009)

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) ที่กล่าวว่าบุคคลจะสามารถใช้ศักยภาพในการฟื้นตัวให้ผ่านพ้นความทุกข์ยากที่ต้องเผชิญได้ด้วยดีภายใต้ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ฉันเป็น (I AM) ฉันมี (I HAVE) และฉันสามารถ (I CAN) โดยการศึกษาของ Maneerat et al. (2011) ได้อธิบายการนำแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) มาปรับใช้ให้

เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ องค์ประกอบของฉันเป็น (I AM) ได้แก่ ด้านความเชื่อมั่นในการดำรงชีวิต องค์ประกอบของฉันเป็น (I HAVE) ได้แก่ ด้านสิ่งสนับสนุนทางสังคม และด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และองค์ประกอบของฉันสามารถ (I CAN) ได้แก่ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และด้านความสามารถลดความเครียดและการจัดการกับปัญหา ซึ่งความเข้มแข็งทางใจเป็นการนำเอาประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการเผชิญกับความทุกข์ยากอย่างเข้าใจปราศจากอคติไม่ยึดติด จำเป็นต้องอาศัยการสังเกตอย่างมีสติรู้ทันอารมณ์ และการอธิบายอย่างมีสติรู้ทันความคิดให้อยู่กับปัจจุบัน (Kurilova, 2013) การไม่ได้ตอบ ไม่ยึดติดกับความคิด อารมณ์ทางลบ จะช่วยลดปฏิกิริยาโต้ตอบกลับอย่างทันทีทันใด ดึงตนเองออกจากความทุกข์ยากที่ประสบ ฟันกลับสู่สภาวะปกติได้โดยเร็ว (Nila, Holt, Ditzen, & Aguilar-Raab, 2016) จากการศึกษาของ Tomac (2011) สนับสนุนว่าการฝึกสติเป็นเครื่องมือที่จำเป็นของบุคคลในการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งทั้งความเข้มแข็งทางใจ ที่เป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น (Fiske, Wetherell, & Gats., 2009) และการมีสติอยู่กับปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (Splevins, Smith, & Simpson, 2009) จึงได้นำแนวคิดการฝึกสติตามแนวคิดของ Segal et al. (2002) มาเป็นกระบวนการในการดำเนินกิจกรรมโดยมีแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Groberg (1995) เป็นเนื้อหาของกิจกรรม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดสภาวะจิตของการปล่อยวางจากอารมณ์และความคิดทางลบ มีความพร้อมในการเรียนรู้การสร้างความเข้มแข็งทางใจให้มีศักยภาพในการเผชิญกับความทุกข์ยากในชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์ ลดภาวะซึมเศร้า สามารถฟันกลับมาดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว สังคมได้อย่างปกติสุข

จากการศึกษาของ Geiger et al. (2016) เสนอแนะว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการฝึกสติได้ดีกว่าวัยอื่น สามารถจัดกิจกรรมที่มีการฝึกสติเป็นพื้นฐานให้สั้นขึ้นและเร็วขึ้นได้ มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประวัติเป็นภาวะซึมเศร้า และมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง อายุ 18-72 ปี โดยศึกษาเปรียบเทียบการให้โปรแกรมการฝึกสติ การฝึกอารมณ์ทางบวก และกลุ่มควบคุม โดยแต่ละกลุ่มได้รับการฝึกสติ ฝึกอารมณ์ทางบวกต่อเนื่องทุกวัน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่าภาวะซึมเศร้าของทั้ง 3 กลุ่ม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mongrain, Komeylian, & Barnhart, 2015) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้เนื้อหากิจกรรมมีความครอบคลุมและสอดคล้องกับความเข้มแข็งทางใจในบริบทของผู้สูงอายุไทย ทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย 6 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ เน้นให้สมาชิกฝึกต่อเนื่องที่บ้าน มอบหมายการบ้านและทบทวนการบ้านก่อนดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สติให้รู้จักความเข้มแข็งทางใจ ให้ความรู้ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งทางใจ และสติ การกำหนดอยู่กับลมหายใจ ให้ความรู้ความรู้สึกผ่อนคลาย สงบในใจต่อด้วยการฝึกสติ ในอิริยาบถยืนเดินและกิน รับรู้ในกิจกรรมที่ทำ รับรู้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 การเจริญสติเป็นการปลูกเขย่าธาตุที่มีความสะอาด สว่าง สงบในตัวทุกคนให้มีกำลังเพิ่มขึ้นจนเป็นอิสระจากการผูกมัดหรือถูกบังคับด้วยกิเลสให้ปรากฏตัวและทำหน้าที่ของตน (พระสุวรณ สุวณโณ, 2554) การฝึกสติในผู้ป่วยซึมเศร้าเป็นการฝึกให้เห็นความจริงของความคิดและอารมณ์ทั้งด้านดีและไม่ดี เปลี่ยนแปลงตามเหตุปัจจัย ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการปล่อยวาง ยอมรับปัญหาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเป็นจริง ลดความครุ่นคิดเป็นเหตุให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Segal et al., 2002) จากการฝึกสติจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่กระทำได้ด้วยตนเอง (Lindberg, 2005) และการฝึกสติที่ขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ทำในปัจจุบัน ลดความคิดหมกมุ่น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Splevins Smith, & Simpson, 2009) การสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุควรทำให้เกิดการมองโลกในแง่ดี (Cohen & Krajewski, 2014) การคิดบวก ส่งเสริมความรู้สึกมั่นคงในชีวิต (I AM) มีความสัมพันธ์กับการมีอายุที่ยืนยาว ภาวะซึมเศร้าลดลง (Jeste et al., 2013)

มอบหมายการบ้าน ให้ฝึกสมาธิและสติในชีวิตประจำวัน โดยฝึกสมาธิวันละ 2 ครั้งๆ ละ 15 นาที เข้าและก่อนนอน ร่วมกับการฝึกสติในกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน

กิจกรรมที่ 2 สติสร้างความผูกพัน ทบทวนการบ้าน ให้นึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธ์ภาพในอดีต (Doing mode) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่รุนแรง โดยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกายในแต่ละส่วนของร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า (Body scan) (Being mode) ให้รับรู้ได้ถึงความไม่เที่ยงของความรู้สึก ทักษะการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกายจะทำให้สมาชิกปล่อยวางอารมณ์ทางลบที่นำมาซึ่งปัญหาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น การเผชิญอารมณ์ทางลบอย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Klainin-Yobas, Cho, & Creedy, 2012) จากนั้นให้ความรู้การสื่อสารด้วยภาษาฉัน เพื่อปรับให้มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งเสริมความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (I CAN) ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่จะเพิ่มความเข้มแข็งทางใจได้ (Heather, Besangie, & Toni, 2008)

มอบหมายการบ้าน การฝึกจิตด้วยสติรู้สึกตัวทั่วร่างกาย วันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 30 นาที ร่วมกับการมีสติในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 3 สติคิดบวก มั่นใจในการดำรงชีวิต ทบทวนการบ้าน สำรวจความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง (Doing mode) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการจัดการความคิดทางลบด้วยการติด

ป้ายความคิด (Being mode) เป็นการมีสติสังเกตความคิดที่เกิดขึ้นแล้วใส่คำที่อธิบายความคิดนั้น เช่น ฟุ้งซ่าน (แล้วนะ) อายาก (แล้วนะ) เป็นต้น แล้วกลับมามีสติอยู่กับลมหายใจต่อ จะทำให้เห็นการเกิดดับของความคิด จิตก็จะปล่อยวางไม่กลายเป็นอารมณ์ที่รุนแรงต่อไป ซึ่งพฤติกรรมของคนเกิดจากจิตที่คิดปรุงแต่งเรื่องราวต่างๆ และแสดงออกมาในรูปของความคิดซึ่งเป็นเหตุให้เกิดทุกข์ (พระสุวรรณ สุวณฺโณ, 2554) การจะเอาชนะความทุกข์ได้ต้องมีสติเข้าไปรู้เท่าทันความคิด ไม่ตัดสินไม่คิดตาม ช่วยลดความคิดที่หมกมุ่น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Davis & Hayes, 2011) เมื่อปล่อยวางจากความคิดทางลบได้ เพิ่มความมั่นใจในการดำรงชีวิต (I AM) ด้วยการคิดบวกแบบสร้างสรรค์และการคิดแบบใจเขาใจเรา การเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม และการให้ความหมายจากสิ่งที่รับรู้ใหม่จะช่วยให้เกิดความรู้สึกมั่นใจว่าสามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิตได้เกิดความพึงพอใจเข้าใจชีวิต (Lindberg, 2005; Hoare, 2015) การเพิ่มความมั่นใจในการเผชิญปัญหา ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (Santos et al., 2013)

มอบหมายการบ้าน การฝึกจิตด้วยสติรู้สึกตัวทั่วร่างกาย และสติจัดการความคิดทางลบ วันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 30 นาที ร่วมกับการมีสติในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 4 สติพาพบคนไว้วางใจ ทบทวนการบ้าน ให้สำรวจแหล่งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ (Doing mode) ใช้สติปล่อยวางความรู้สึกและความคิดอัตโนมัติทางลบ (Being mode) ด้วยสภาวะจิตที่เป็นกลางให้นึกถึงบุคคลที่ไว้วางใจ คอยรับฟังปัญหาให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆด้วยความเต็มใจ รวมถึงสถานที่ที่ให้ความรู้สึกสบายใจ แหล่งให้ความช่วยเหลือในยามที่ต้องการ (I HAVE) โดยระบุชื่อบุคคล สถานที่ให้ชัดเจนมากขึ้น การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาทางบวก รู้สึกว่าจัดการได้ และมีผลต่อภาวะซึมเศร้าที่ลดลง (Southwick & Charney, 2012)

มอบหมายการบ้าน การฝึกจิตด้วยสติรู้สึกตัวทั่วร่างกายและสติจัดการความคิดทางลบวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 30 นาที ร่วมกับการมีสติในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 5 สติมีความมั่นคงทางจิตใจ ทบทวนการบ้าน สำรวจความคิดเห็นต่อสุขภาพร่างกายของตน สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาที่ผ่านมา (Doing mode) ใช้สติปล่อยวางความรู้สึกและความคิดอัตโนมัติทางลบ (Being mode) นำเข้าสู่การแผ่เมตตาให้ตนเองและผู้อื่นเป็นการขอบคุณร่างกายตนเอง ยอมให้ตนเองได้ดูแลลอบประโลมจิตใจตนเอง รวมถึงการขอพรให้สิ่งดีๆเกิดขึ้น สามารถเผชิญกับความท้าทายในชีวิตและเผื่อแผ่ถึงบุคคลอื่น (Kurilova, 2013) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีค่า รักตนเองและผู้อื่นมากขึ้น การมองโลกในแง่ดี

รวมถึงการพึงพอใจในชีวิต มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ (I HAVE) ช่วยให้อลดภาวะซึมเศร้าได้ (Santos et al., 2013)

มอบหมายการบ้าน การฝึกจิตด้วยสติรู้สึกตัวทั่วร่างกายและสติจัดการความคิดทางลบ วันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 30 นาทีต่อด้วยการแผ่เมตตา ร่วมกับการมีสติในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 6 สติคลายเครียด ทบทวนการบ้าน ให้ทบทวนเหตุการณ์หรือสิ่งทำให้เกิดความเครียดและการจัดการกับความเครียดนั้น (Doing mode) ใช้สติปล่อยวางความรู้สึกและความคิดอัตโนมัติทางลบ (Being mode) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการจัดการกับความเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (I CAN) เมื่อมีความเครียดหรือความกดดันทางจิตใจต่างๆ มักร่วมกับมีอาการดึงเครียดของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการเมื่อยล้า ไม่สุขสบายกาย ยิ่งทำให้เกิดความทุกข์มากขึ้น จึงต้องเรียนรู้การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2553) การออกกำลังกายความสามารถในการผ่อนคลาย คุณภาพการนอนหลับ เป็นสิ่งสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีที่นำมาซึ่งการลดลงของภาวะซึมเศร้า (Southwick & Charney, 2012; Santos et al., 2013)

สุดท้ายให้สมาชิกทบทวนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาทั้งหมด มอบของที่ระลึกการเตือนให้มีสติในชีวิตประจำวัน

สมมติฐานงานวิจัย

1.ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวิจัย

2.ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ ICD-10 (F32-F33) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุที่มีความแปรปรวนด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยมีอาการซึมเศร้า หดหู่ มีลักษณะของการคิดที่บิดเบือน มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง โลกและอนาคต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ซึ่งเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ถ้ามีอาการมากจะมีความคิดอยากตาย และพยายามฆ่าตัวตายได้ ประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depressive Inventory : BDI) ของ Beck (1967) ปรับปรุงโดยวัชรีย์ แสงสาย (2556)

โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลจัดกระทำให้แก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยมีเนื้อหากิจกรรมตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) ซึ่งมีการนำมาพัฒนาใช้กับผู้สูงอายุไทยโดย Maneerat et al. (2011) และใช้กระบวนการฝึกสติตามแนวคิดของ Segal et al. (2002) โดยใช้รูปแบบกิจกรรมการฝึกสติของยงยุทธ์ วงศ์ภิรมย์ ศานต์ (2559) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ได้แก่

สติพาให้รู้จักความเข้มแข็งทางใจ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ของภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งทางใจ และสติ ร่วมกับปฏิบัติการฝึกสติ ในอิริยาบถยืน เดินและกิน มีสติในกิจกรรมที่ทำ เพื่อเป็นพื้นฐานในการฝึกกิจกรรมครั้งต่อไป และให้ตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วยของตนส่งเสริมให้มีแนวทางในการปฏิบัติตนให้มีความเข้มแข็งทางใจดำเนินชีวิตอย่างมีสติเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและมอบหมายการบ้าน

สติสร้างความผูกพัน หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย การทบทวนการบ้าน ให้นึกถึงปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดกับบุคคลใกล้ชิดที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่รุนแรงโดยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body scan) เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าจะเผชิญกับอารมณ์ทางลบได้ อยู่กับมันได้ด้วยจิตใจที่สงบ ควบคุมอารมณ์และมีพฤติกรรมตอบโต้ที่เหมาะสม ให้ความรู้รับสารสื่อสารอย่างมีสติด้วยภาษาฉัน เพื่อให้มีสัมพันธภาพต่อผู้อื่นดีขึ้น เกิดความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและมอบหมายการบ้าน

สติติดบวก มั่นใจในการดำรงชีวิต หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การทบทวนการบ้าน สสำรวจความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง ให้ความรู้และฝึก

ปฏิบัติการจัดการกับความเครียดอัตโนมัติทางลบด้วยการตีความความคิด ให้ความรู้การเผชิญปัญหาด้วยการคิดบวกแบบสร้างสรรค์และการคิดแบบใจเขาใจเรา เพื่อส่งเสริมการคิดบวก ให้เกิดความรู้สึกมั่นใจว่าตนสามารถจัดการกับปัญหาที่อาจเข้ามาในชีวิตได้ การดึงตนเองออกจากความคิดที่เป็นทุกข์จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและมอบหมายการบ้าน

สติพาพบคนไว้วางใจ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วยประกอบด้วยการทบทวนการบ้าน ให้นำถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือที่ผ่านมา จากนั้นใช้สติปล่อยวางความรู้สึกและความคิดอัตโนมัติทางลบให้ค้นหาบุคคลที่สามารถให้ความไว้วางใจได้ รับฟังปัญหา ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งจะเป็นแหล่งที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนได้ในยามที่ต้องการ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ลดลงและมอบหมายการบ้าน

สติมีความมั่นคงทางจิตใจ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วยประกอบด้วยการทบทวนการบ้าน ให้สำรวจความคิดเห็นต่อสุขภาพร่างกายของตน สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและการมีโอกาสที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่ผ่านมา ใช้สติปล่อยวางความรู้สึกและความคิดอัตโนมัติทางลบ นำเข้าสู่การแผ่เมตตาให้ตนเองและผู้อื่น เพื่อให้เกิดความรู้สึกดีต่อตนเอง มองชีวิตนี้ยังมีคุณค่ามีความหวัง มีที่พึ่งทางจิตใจ ส่งเสริมให้ได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนามีจิตใจที่ให้อภัยทั้งตนเองและผู้อื่นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และมอบหมายการบ้าน

สติคลายเครียด หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วยประกอบด้วยการทบทวนวิธีการจัดการความเครียดในอดีต ใช้สติปล่อยวางความรู้สึกและความคิดอัตโนมัติทางลบ ให้ความรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียด และฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อให้มีแนวทางการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการมีสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง สุดท้ายให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาทั้งหมด มอบของที่ระลึกการเตือนให้มีสติในชีวิตประจำวัน

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ ICD-10 ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การรับประทานยาต่อเนื่อง การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การออกกำลังกายและการมาพบแพทย์ตามนัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

- 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 1.2 ลักษณะและอาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 1.3 การวินิจฉัยโรคของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 1.4 สาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 1.5 การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 1.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

- 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.4 อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ

- 3.1 ความหมายและแนวคิดของความเข้มแข็งทางใจ
- 3.2 แนวคิดความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุ
- 3.3 ปัจจัยที่ผลต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุ
- 3.4 แนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจ
- 3.5 การประเมินความเข้มแข็งทางใจ

4. ความรู้เกี่ยวกับสติ

- 4.1 ความหมายของสติ
- 4.2 แนวคิดสติบำบัด
- 4.3 แบบวัดระดับการมีสติ

5. โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สมภพ เรืองตระกูล (2549) ให้ความหมายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่ามีอาการที่แตกต่างกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า กล่าวคือจะมีอาการไม่สบายทางกายมากกว่า ขณะที่ความผิดปกติทางอารมณ์ไม่เด่นชัด และจะมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย จึงทำให้เข้าใจว่าโรคซึมเศร้าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุ และไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) ให้ความหมายว่า เป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้าของผู้สูงอายุ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้หมดหวังมองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิดไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง จะมีอาการอยู่นานไม่มีทีท่าว่าจะดีขึ้น จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความคิด จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างชัดเจน

พูนสิน เถลิวัฒน์ (2552) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้อย่างเด่นชัด โดยมีอาการนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือมีอาการทางกายและจิตใจ ร่วมกับอาการสำคัญอื่น ๆ เช่น นอนไม่หลับ ความอยากอาหารเพิ่มหรือลด ไม่สุขสบายทางกาย มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ไม่มีสมาธิ การเคลื่อนไหวช้าหรือกระสับกระส่าย มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า เหน่า ท้อแท้ สิ้นหวัง เฉยชากับสิ่งแวดล้อม เป็นต้น และถ้าอาการรุนแรงมากอาจอยากทำร้ายตนเอง

สรุป โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า มองโลกในแง่ร้าย โดยแสดงออกอาการทางกายเด่นชัดกว่า ได้แก่ มีอาการไม่สุขสบายทางกายอย่างมาก เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากผิดปกติ ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ถ้ามีอาการมากจะมีความคิดอยากตาย และพยายามฆ่าตัวตายได้

1.2 ลักษณะและอาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักไม่เล่าว่ามีอาการซึมเศร้า แต่มีอาการทางกายหลายอย่างทำให้คิดว่าเป็นโรคทางกายหรือคิดว่าเป็นผลจากโรคทางกายที่เป็นหรือจากยาที่ได้รับ บางครั้งก็อธิบายสาเหตุของอาการทางกายได้ไม่ชัด ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีอาการไม่ค่อยรุนแรง แต่ผู้ป่วยจะมีอาการนานกว่าปกติ และไม่ค่อยมีวันที่อาการดี หรือมีน้อย อาการมีความรุนแรงกว่าปกติ คนรอบข้างสังเกตได้ว่าไม่ใช่ลักษณะปกติของผู้ป่วย ซึ่งอาการนำที่พามาพบแพทย์อาจไม่ใช่อารมณ์ซึมเศร้า มักมาด้วยปัญหาการ

นอนหลับ ความอยากอาหารลดลง เพื่อย สมาธิความจำแย่ (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนนานนท์, 2558) โดยพบลักษณะทางคลินิก ดังนี้ คิดว่าตนเองเจ็บป่วย (Hydrochondriasis) อารมณ์เศร้า หงุดหงิด กระวนกระวายใจ มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดและท้องผูก นอนไม่หลับ มักเป็นแบบตื่นตอนดึก หรือตื่นเช้ากว่าปกติ สมรรถภาพในการทำงานลดลง ร่วมกับอาการอ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย ความคิดเชิงซ้ำ ไม่มีสมาธิ ลังเล ไม่มีความมั่นใจ อาการคล้ายสมองเสื่อม มีความรู้สึกไร้ค่า ถูกทอดทิ้ง ท้อแท้ สิ้นหวัง มีความรู้สึกผิด ลงโทษตัวเอง พบในรายที่เป็นมากอาจมีอาการเบื่อชีวิต คิดอยากตาย ผู้สูงอายุที่เป็นมากจนกลายเป็นโรคจิต จะมีอาการหลงผิดว่าตนเองเจ็บป่วยทางกายและอาการหลงผิดชนิดอื่น ๆ (อรพรรณ ลือบุรุษชัย, 2556)

สรุปได้ว่า อาการของโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ด้านร่างกาย ได้แก่ นอนหลับยาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ด้านอารมณ์ ได้แก่ วิตกกังวล อยากร้องไห้ ไร้ค่าหมดหวัง บางรายฉุนเฉียว หงุดหงิด ด้านความคิด มีกระบวนการคิดทางลบ การรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ด้านแรงจูงใจ มีลักษณะแบบถดถอย แยกตัว ซึม เฉยเมย หมกมุ่นเรื่องของตนเอง

1.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องมีอาการซึมเศร้า อาจมีอาการขาดความสนใจและแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ เป็นหลัก อย่างไรก็ตามอาการในการวินิจฉัยโรคซึมเศร่ายังคงใช้ตามเกณฑ์มาตรฐานของผู้ใหญ่ทั่วไปปัจจุบันมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรค 2 ระบบ ได้แก่ ระบบการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (Manual of Diagnostic and Statistic Mental Disorder, 4th edition : DSM-IV-TR) และระบบการวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease : ICD 10) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555)

1. Manual of Diagnostic and Statistic Mental Disorder, 4th edition : DSM IV-TR

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันประกอบด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้

A อาการที่จะกล่าวต่อไปนี้ 5 ใน 9 ข้อหรือมากกว่า อาการทั้งหมดที่เกิดขึ้นต้องเป็นระยะเวลาเดียวกันนานติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วย ต้องมีอย่างน้อยที่สุด 1 ข้อที่เป็นอาการอารมณ์เศร้า (depressed mood) หรือขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมหรือกิจกรรมที่เคยชอบปฏิบัติ (loss of interest) หรือไม่ยินดี ไม่ร่าเริงสนุกสนานใด ๆ

(loss of pleasure) แต่ทั้งนี้ต้องไม่นับรวมกับอาการที่เกิดจากโรคทางกายและอาการหลงผิดที่ไม่สอดคล้องกับสภาพของอารมณ์หรือประสาทหลอนที่ไม่เข้ากับสภาพอารมณ์

อาการต่าง ๆ ที่จะนับรวมกันเพื่อเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยมีดังต่อไปนี้

1. มีอาการซึมเศร้าแทบทั้งวันทั้งที่ตนเองรู้สึกและบุคคลอื่นสังเกตเห็น
2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมปกติที่เคยทำทั้งหมด หรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมากแทบทั้งวัน เกือบทุกวันทั้งที่ตนเองรู้สึกและบุคคลอื่นสังเกตเห็น
3. น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น โดยไม่ได้เป็นจากความตั้งใจควบคุมอาหารหรือเพิ่มน้ำหนักขึ้น (เปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้นทุกวัน

4. นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติเกือบทุกวัน
5. Psychomotor agitation หรือ Retardation แทบทุกวัน
6. อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงเกือบทุกวัน
7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดมากเกินไปจนเกือบทุกวัน
8. สมาธิอ่านลดลง หรือความสามารถในการคิดหรือตัดสินใจลดลงเกือบทุกวัน
9. คิดถึงเรื่องการตายซ้ำๆ คิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนกระทำการ
- B. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานหรือเสียหายหน้าที่การงาน ชีวิตในสังคม
- C. อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากการใช้สารเสพติดและเงื่อนไขของยารักษาโรคอื่น
- D. อาการต่าง ๆ มิได้เกิดจากฤทธิ์โดยตรงทางสรีรวิทยาของสารหรือโรคทางกาย
- E. อาการต่าง ๆ มิได้เกิดจากความเศร้าโศกอันเนื่องมาจากการตายของบุคคลที่รัก

2. เกณฑ์การจำแนกโรคซึมเศร้าขององค์การอนามัยโลก ใช้การจำแนกความผิดปกติทาง

พฤติกรรมและทางจิต ครั้งที่ 10 (International Classification of Disease: ICD 10)

การวินิจฉัย Depressive episode ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้คือ

ผู้ป่วยมีอาการอารมณ์เศร้าสูญเสียความสนใจและสูญเสียความรู้สึกเพลิดเพลินสนุกสนาน ผู้ป่วยรู้สึกว้าพละกำลังลดลงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้ามากขึ้นการทำกิจกรรมต่างๆลดลง แม้ทำงานเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกเหนื่อยง่ายและเหนื่อยมาก

- ก. อาการอื่นๆ ที่เป็นร่วมในขณะอารมณ์เศร้าได้แก่
 - a) สมาธิและความใส่ใจลดลง
 - b) ความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเองลดลง
 - c) มีความคิดว่าตนเองผิดและไม่มีค่าอาการนี้เกิดขึ้นได้แม้อารมณ์เศร้าไม่รุนแรง
 - d) รู้สึกเหงาและมองอนาคตในแง่ร้าย

e) มีความคิดหรือมีการกระทำที่เป็นการทำร้ายตนเองหรือเป็นการฆ่าตัวตาย

f) มีการนอนที่ผิดปกติ

g) มีอาการไม่เจริญอาหาร

ระยะเวลาที่เศร้าจนสามารถวินิจฉัยเป็น Depressive episode นั้นผู้ป่วยจะต้องเศร้านานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์แต่ระยะเวลาอาจน้อยกว่านี้ก็ได้ถ้าเป็นอารมณ์เศร้าที่รุนแรงและเป็นเร็ว

1.4 สาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุแบ่งได้ 3 ด้าน ดังนี้

1.4.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) แบ่งออกเป็น

1) ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory) สมองทำงานจากกระบวนการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาทในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่ามีกระบวนการดูดกลับสารสื่อประสาทเกิดขึ้นมากผิดปกติ ทำให้สารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ได้แก่ Norepinephrine Dopamine และ Serotonin โดยเฉพาะ Serotonin ที่อยู่ในช่องว่างระหว่างการเชื่อมต่อมีปริมาณลดลง ส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Rao, 2006 อ้างในสายฝน เอกวารงกูร, 2554) ยังมีสารสื่อประสาทกลุ่ม Catecholamine ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากพันธุกรรมหรืออาจจะเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายมีการกระจายไปที่อื่น หรือเกิดการดูดซึมกลับหรือถูกเผาผลาญไปก่อน (Hagerty, 1995)

2) ทฤษฎียีน หรือพันธุกรรม (Genetic Theory) กล่าวถึง การเกิดโรคซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะความบกพร่องทางพันธุกรรม ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง ถ้าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันคนใดคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้า โอกาสที่แฝดอีกคนจะเกิดโรคนี้อาจสูงถึง ร้อยละ 70-80 ถ้าเป็นฝาแฝดจากไข่คนละใบ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าจะพบประมาณร้อยละ 14 การที่ฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมียีนที่คล้ายกันจึงพบอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นและจากการรายงานของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน พบว่าโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะพบในผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย หรือพี่น้อง บิดามารดา เดียวกัน มากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 1 เท่าครึ่ง ถึง 3 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

1.4.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological factors) แบ่งได้เป็น

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) อธิบายว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก เนื่องจากความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (narcissistic personality) เมื่อบุคคลประสบกับการสูญเสียทั้งสูญเสียจริงหรือที่ผู้ป่วยคิดไปเอง มีผลทำให้ตัวตน (ego) ลดลง ซึ่งตัวตนเป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่ง

ประกอบด้วย การรับรู้ ความจำ การตัดสินใจ ความมีเหตุผล การแก้ปัญหา และการตัดสินใจในการกระทำซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการเหมาะสม เมื่อตัวตนลดต่ำลงหรือถูกทำลายจึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเองออกจากความรู้สึกซึมเศร้าเกิดการยับยั้งไม่ให้มีการต่อสู้เพื่อปกป้องตนเอง ไม่สามารถคิดจัดการกับการเปลี่ยนแปลงมีความคิดในทางลบต่อตนเอง

2) ทฤษฎีความสิ้นหวัง หรือการยอมจำนนจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness Theory) ของ Seligman (อ้างใน Wilson, Spence, and Kavanang, 1989) อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆไม่ได้ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดการปล่อยสถานการณ์แบบเลยตามเลย ไม่ยอมแก้ไขประกอบกับขาดแรงเสริม

3) ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (Reduced Positive Reinforcement Theory) ของ Lewinsohn (อ้างใน Wilson, Spence, and Kavanang, 1989) ซึ่งเชื่อว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองสูงขึ้นคิดมุ่งเน้นต่อตนเองมากกว่าคนอื่นเพิ่มความคิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเองและคาดหวังอนาคตในทางลบนำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ ความบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิดและสัมพันธภาพกับผู้อื่น

4) ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) ของ Beck (1967) โดยมีความเชื่อว่าอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ในการทำงานของกระบวนการทางปัญญา เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไปจะมีการรับรู้และแปลความให้บุคคลแสดงอารมณ์และพฤติกรรมต่อสิ่งเร้านั้นและมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางปัญญาด้วยในขณะเดียวกัน

1.4.3 ปัจจัยด้านสังคม (Social factors) แบ่งได้

1) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และสิ่งรบกวนในแต่ละวัน (Stressful life events and hassles) จากการศึกษาถึงเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิตปัญหาด้านสังคมและปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Murphy et al., 1982)

2) การสูญเสีย (Bereavement) เป็นความรู้สึกเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังที่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือสิ่งที่รัก พบอาการในช่วง 2 เดือนแรก (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2558)

3) ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Socio - economic disadvantage) ทำให้ขาดแคลนสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต เนื่องจากรายได้ไม่แน่นอนไม่พอใช้จ่าย อนามัยสิ่งแวดล้อม สุขภาพไม่ดีเจ็บป่วยบ่อย จนหนทางรู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ธรรณิษฐ์ กองสุข, 2558)

4) ขาดการสนับสนุนทางสังคม (Impaired social support) ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวอ้างว้าง มีเพื่อนน้อยรวมทั้งครอบครัวมีปัญหาภายในมักจะมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายมากกว่าคนปกติ (บุญยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

สรุปได้ว่าปัจจัยของการเกิดโรคซึมเศร้า แบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านชีววิทยา ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท พันธุกรรม ด้านจิตวิทยา ได้แก่ความผิดปกติของความคิดและบุคลิกภาพการเรียนรู้ ด้านสังคม ได้แก่ปัญหาทางการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ไม่ดีภายในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งสิ้น

1.5 การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การดูดซึม การเปลี่ยนแปลงของตับและไต การมีมวลกล้ามเนื้อลดลง ทำให้การกระจายมากขึ้น การให้ยาในผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องพิจารณาผลข้างเคียง และปฏิกิริยาของยา (สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และกอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, 2558)

1.5.1 การรักษาด้วยไม่ใช้ยา ยังมีความจำเป็นใช้ได้อย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การรักษาแบบจิตบำบัด ซึ่งมีทั้งจิตบำบัดแบบรายบุคคล (Individual Psychotherapy) เช่น จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) จิตบำบัดแบบการบำบัดทางความคิด (Cognitive behavior therapy) และจิตบำบัดแบบกลุ่ม (Group psychotherapy) นอกจากนี้ยังมีการรักษาที่ไม่ใช้ยาที่ทำได้ง่าย ๆ เช่น การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมที่ส่งเสริมอารมณ์ กิจกรรมที่เพลิดเพลิน

1.5.2 การรักษาโดยใช้ยา การให้ยาต้องคำนึงถึงผลของการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมในร่างกายผู้สูงอายุ และต้องระวังการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน โดยเลี่ยงยาที่ไม่จำเป็น และระวังปัญหาด้านปฏิกิริยาระหว่างยา ดังนี้

- 1) ก่อนการให้ยาทุกครั้ง ต้องทบทวนยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งยาที่แพทย์สั่งรวมถึงยาที่ผู้ป่วยซื้อใช้เอง (over-the-counter medication) หรือยาสมุนไพร
- 2) เริ่มให้ยาขนาดต่ำแล้วค่อย ๆ เพิ่มระดับยา (start-low-go-slow) โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคทางกายหลายโรค ตรวจสอบผลข้างเคียงและให้ความรู้ด้านผลข้างเคียงแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเสมอ
- 3) ประเมินซ้ำหลังให้การรักษาอย่างสม่ำเสมอ โดยประเมินในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ประสิทธิภาพ การตอบสนองของยา และปรับยาจนหาย (remission) ผลข้างเคียงและปฏิกิริยาระหว่างยา และระยะของการรักษา

1.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

จุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่สำคัญมี 3 ประการ (American Psychological Association, 2000) ดังนี้

ประการแรก ให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักไม่สนใจดูแลตนเองทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่ายเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา

และความทุกข์การป้องกันการฆ่าตัวตายโดยสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวังและให้ความเอาใจใส่มากขึ้นดังนี้

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบสบายมีบรรยากาศแจ่มใส
2. มีความเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และแสดงความยินดีในการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับความสะดวก สบายในการดำเนินชีวิตประจำวัน
3. ให้การดูแลใกล้ชิด อยู่เป็นเพื่อน จัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยที่สุด ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าย่อมต้องการเพื่อน ต้องการคนที่เข้าใจ ช่วยปลอบโยน ให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกอบอุ่นที่มีคนห่วงใย
4. ขจัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมดหรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่างๆหรือทางเข้าออกสู่ระเบียงภายนอก ที่ลื่นตา ควรหมั่นตรวจสอบไม่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเก้บยาไว้ ต้องรับประทานยาต่อหน้า เพื่อป้องกันการเก็บสะสมยา และป้องกันความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย
5. ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น การเคร่งครัดเรื่องการได้รับยาตรงตามเวลา ตรงขนาด และติดตามอาการข้างเคียงของยา หรือต้องผูกยึดเมื่อมีความจำเป็น และต้องดูแลความสุขสบายป้องกันการบาดเจ็บจากการผูกยึด
6. พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้น ทบทวนประเด็นปัญหาให้กระจ่าง เพื่อป้องกันการเข้าใจผิด ลดความรู้สึกผิดหรือตำหนิตนเองของผู้สูงอายุ
7. ควรทำสัญญากับผู้ป่วยสูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหาและหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ

ประการที่สอง ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็วควรปฏิบัติ ดังนี้

1. ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุโดย
 - 1.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้ และมีผู้ที่ห่วงใยในผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ เจตคติของคนในสังคมที่ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองของผู้สูงอายุลดลง ดังนั้น พยาบาลจึงควรเป็นคนช่างสังเกต ควรให้การยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าของผู้สูงอายุ
 - 1.2 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความรู้สึกนึกคิดว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว ความรู้สึกผิด การตำหนิตนเอง หรือความสูญเสียต่าง ๆ จะช่วยคลายความอึดอัดกระวนกระวายช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง
 - 1.3 รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยสูงอายุด้วยความสงบ ไม่คัดค้าน เพราะผู้ป่วยสูงอายุจะไวต่อการถูกปฏิเสธ หรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น จึงควรรับ

ฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุพูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.4 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องพึ่งผู้อื่นโดยไม่จำเป็น

1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมให้ผู้ป่วยสูงอายุ ได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆที่ดีแก่ชีวิต และมีกิจกรรมที่ทำให้พึงพอใจ

2. ให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนภาวะซึมเศร้าของตนเอง

2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนสถานการณ์และวิเคราะห์ความสูญเสียหรือปัญหาที่เกิดขึ้นมานั้นว่าเหมาะสมเพียงใด รู้สึกเศร้าเกินไปหรือไม่

2.2 ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้สิ่งดีๆในชีวิตโดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตด้านที่ดีที่พึงพอใจเป็นการมองด้านบวก

2.3 ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความกระจ่างในประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริงเพื่อลดความรู้สึกผิดไม่พอใจต่างๆให้น้อยลงและให้มองอีกด้านที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

2.4 ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุในการเผชิญปัญหาและแก้ไขสถานการณ์โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านอุปสรรคต่างๆมากมายเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตหลากหลายซึ่งจะช่วยคลี่คลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปด้วยดี

3. ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

3.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุและจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกายเพื่อช่วยให้อาการต่างๆดีขึ้น

3.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุอาการและการลดภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

3.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุนำความรู้และวิธีคิดที่ว่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

3.4 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ส่วนรวม

3.5 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุการปรับตัวที่เหมาะสมและวิธีลดความเครียดเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า

3.6 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยา ด้านเสริมและจำเป็นต้องรับประทานยาต่อไป พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงจากยา

ประการที่สาม ผู้ป่วยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตจากลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักไม่สนใจตนเองละเลยการทำกิจวัตรประจำวันดังนั้นพยาบาลควรสังเกตและให้ความเอาใจใส่ด้วยโดย

1. ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับอาหารและน้ำเพียงพอตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ บันทึกปริมาณอาหารและน้ำที่ได้รับ รวมถึงการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ

2. ชั่งน้ำหนักตัวเพื่อสังเกตการบวมและติดตามภาวะโภชนาการ

3. จัดให้มีกิจกรรมต่างๆรวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีความอยากอาหารและนอนหลับได้ดีขึ้น

4. ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงามจะทำให้จิตใจสดชื่น

5. บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆให้น้อยลงทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความไม่สุขสบายทั้งจากภาวะซึมเศร้าและจากความเจ็บป่วยเรื้อรังรวมทั้งผลข้างเคียงจากรักษาโรค

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัยเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ที่ถูกต้องเช่นแสงสว่างเพียงพอแว่นตาที่มองเห็นได้ชัดเจนและเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดีต้นไม้และสัตว์เลี้ยงเพื่อให้เพลิดเพลินเกิดความรู้สึกรักและผูกพันเป็นต้น

สรุปได้ว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อจิตใจผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุดคือความรู้สึกมีคุณค่าของตนลดน้อยลงทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องพยายามปรับตัวทางบวกคือการสร้างความเข้มแข็งทางใจให้อยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้สามารถควบคุมสภาพปัญหาหรือภาวะซึมเศร้าได้คงการมีสุขภาพที่ดี

2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2556) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้รู้สึกมีดมน เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความहाญกล้า ไม่สนใจทำกิจกรรมต่าง ๆ ในที่สุดอาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่อีกต่อไป และทำร้ายตนเอง

Beck (1967) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นความแปรปรวนด้านความคิด อารมณ์แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลมาจากการประมวลเรื่องราวที่ผ่านมาผ่านกระบวนการคิด จนเกิดการคิดอัตโนมัติทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลกและอนาคต เกิดอาการและอาการ

แสดง ได้แก่ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า จิตใจหม่นหมอง หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจกิจกรรม นอนไม่หลับ มีความคิดอยากตาย

Blazer & Hybels (2005) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า สภาวะทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ โดยมีลักษณะอาการแสดงไม่ชัดเจนเมื่อเทียบกับวัยอื่น กล่าวคือ มีการแสดงออกอาการทางกายมากกว่า ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยตามตัว นอนไม่หลับ อาการทางอารมณ์ ได้แก่ หงุดหงิดง่าย หรือหดหู่ เปื่อหน่ายต่อกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำประจำ การแสดงออกทางความคิด ได้แก่ คิดช้าลง คิดวนไปมา หมกมุ่น ขาดสมาธิ มีความคิดทางลบ มองโลกในแง่ร้าย การจำกัดความคิดอยู่กับความสิ้นหวังที่ได้รับจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง นำไปสู่ความคิดเกี่ยวกับการตายและมีความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย

สรุป เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งจากการสูญเสียบทบาทหน้าที่ บุคคลอันเป็นที่รัก ล้วนส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เลือกใช้แนวคิดของ Beck (1967) ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นผลมาจากการประมวลเรื่องราวที่ผ่านมาผ่านกระบวนการคิด จนเกิดการคิดอัตโนมัติทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลกและอนาคต หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัว ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี ตรงกันข้ามหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัว ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ก็จะทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ตามมา คือ ภาวะซึมเศร้าได้

2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

1. ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา (Biological theories of depression)

1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (Biological theory) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองโดยมีสาร Acetylcholine Serotonin Dopamine Norepinephrine ลดลง ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทส่วนกลางทำให้สารสื่อประสาทโดยเฉพาะ Catecholamine ลดลงซึ่งมีบทบาทต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Varcariolis, 2002)

1.2 ทฤษฎีทางพันธุกรรม (Genetic theory) คือการถ่ายทอดลักษณะความบกพร่องทางพันธุกรรมจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง จากข้อมูลทางวิชาการพบว่า ญาติในลำดับที่หนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสป่วยด้วยโรคนี้สูงกว่าคนทั่วไป 1.5-3 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

1.3 ประสาทต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) ฮอร์โมนมีบทบาทต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยจากการศึกษาด้วยวิธี DST (Dexamethasone Suppression Test) พบว่า ระดับ Glucocorticoids ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น (Akiskal, 2000)

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theories of depression)

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคับข้องใจที่ ego ไม่สามารถทำให้เกิดความสมดุลของ superego ที่เป็นคุณธรรม ทำให้เกิดความรู้สึกผิด เกลียดตัวเองแล้วเปลี่ยนเป็นความโกรธ ไม่พอใจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด วัยสูงอายุเป็นระยะที่ย้อนนึกถึงอดีต หากนึกถึงอดีตที่รู้สึกทุกข์ ผิดหวัง ผู้สูงอายุก็จะทนอยู่กับความรู้สึกขมขื่น ผิดหวังซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ความรู้สึกไร้ประโยชน์ (learned helplessness theory) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้หลาย ๆ ครั้งว่าดิ้นรนไปก็ไม่มีประโยชน์ จากที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญหรือติดอยู่กับความคิดในเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่ว่าจะแก้ไขอย่างไรก็ไม่เป็นผล จะพัฒนาให้เกิดความรู้สึกไร้ประโยชน์ ไม่มีพลังในตนเอง ซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Varcarolis, 2002)

2.3 ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (Reduced positive reinforcement) ผลของการลดเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทำให้บุคคลลดการตระหนักรู้ในตนเอง เพิ่มการจับผิดตนเองมากขึ้น ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะคาดหวังอนาคตในทางลบ เต็มไปด้วยอุปสรรคที่จะผ่านพ้นไปได้ ทำให้มีชีวิตอย่างไม่มีความสุข ท้อแท้หมดหวัง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและเหตุการณ์ในชีวิต (Life events and stress theory) เหตุการณ์สะเทือนใจต่าง ๆ ทำให้เกิดความเครียดผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ครอง มีอาการซึมเศร้ารุนแรงสูงสุดใน 2-3 เดือนแรกของการสูญเสีย (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2549)

2.5 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) Beck (1967) กล่าวถึงสาเหตุภาวะซึมเศร้ามี 2 ประการ คือ การประสบกับภาวะวิกฤติในชีวิต และการมีความคิดอัตโนมัติทางลบ จากที่ผู้สูงอายุต้องประสบกับสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย ทำงานไม่ได้รายได้ลดลง สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ขาดที่พึ่งพิงถือเป็นภาวะวิกฤติที่ผู้สูงอายุต้องประสบ มีแนวโน้มในการมองสิ่งต่าง ๆ ในทางลบ รู้สึกไร้คุณค่า ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

จากทฤษฎีปัญญานิยม Beck, 1967 ได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้ามีองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่

1. ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive triad) เป็นความคิดที่บุคคลพิจารณาตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขาในทางที่บิดเบือน คือ การมองตนเองในทางลบ แปรปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในเชิงความสูญเสีย ชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค เป็นโลกแห่งการถูกลงโทษ และการมองอนาคตในทางลบ ความยากลำบากในปัจจุบันจะดำเนินไปไม่มีทางสิ้นสุด ทำให้ท้อแท้สูญเสียความหวังในอนาคต ส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. โครงสร้างทางความคิด (Schema) แบ่งออกเป็น การแปรความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายเหตุการณ์ต่าง ๆ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดบิดเบือนไป

ในทางลบและมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตน (Idiosyncratic) หรือเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด

3. ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive errors) แบ่งออกเป็นลักษณะ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ การเลือกสนใจประสบการณ์ในทางลบเฉพาะด้านใดด้านเดียว การคิดและการแปรความหมายเกินกว่าความเป็นจริง

องค์ประกอบทั้ง 3 ประการมีความเชื่อมโยงกันจากประสบการณ์ในช่วงต้น ภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้นความคิดอัตโนมัติทางลบก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้นเป็นวงจรร้อย่างนี้เรื่อยไป (Beck, Rush, Shaw, & Emery., 1979)

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

1. ปัจจัยเสี่ยง แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา (Biological risk) ได้แก่

1.1.1 พันธุกรรม (Hereditary) พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า การศึกษาผู้สูงอายุในสแกนดิเนเวีย สนับสนุนว่าพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุฝาแฝดในสวีเดนพบระดับซึมเศร้าร้อยละ 16 นอกจากนี้ยังพบว่าการมีโรคทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าด้วย (Blazer and Hybels, 2005)

1.1.2 เพศ (Gender) เพศหญิงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามามากกว่าเพศชายถึงร้อยละ 2-3 โดยพบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.6 เพศชาย ร้อยละ 7.6 (Buschmannet, 1995)

1.1.3 ความผิดปกติของระบบประสาท (Reactivity of serotonergic neurotransmission) ได้แก่ ในวัยสูงอายุ จะมีการลดการจับกันของสาร Serotonin กับตัวรับ ทำให้มีสาร Serotonin ลดลง จะทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย (บุญยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

1.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา (Psychological risk)

1.2.1 ความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ (Personality disorder) บุคลิกภาพของแต่ละคนจะสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลนั้นมีลักษณะนิสัย การตัดสินใจ อารมณ์และความพอใจเป็นอย่างไรในช่วงชีวิตที่ผ่านมา มีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ เช่น ย้ำคิดย้ำทำ บุคลิกผิดปกติชนิดฟุ้งฟิง อ่อนไหว เป็นต้น มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงถึง 4 เท่า (Ormel, Oldehinkel, & Brilman, 2001)

1.2.2 ความผิดปกติด้านความคิด (Cognitive distortions) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปจากความจริง มีการตอบสนองต่อเหตุการณ์เกินกว่าความเป็น

จริง หรือมีการตีความที่ผิดไปจากความเป็นจริงมากกว่าปกติ ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Blazer & Hybels, 2005)

1.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม (Social risk)

1.3.1 ภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสีย (Bereavement) รวมถึงการพลัดพรากโดยเฉพาะกับบุคคลอันที่รักสิ่งของต่าง ๆ อาชีพการงาน ในช่วง 2 เดือนแรกของการสูญเสีย อาการที่พบ เช่น รู้สึกไม่สบายตัว หายใจไม่อิ่ม ไม่มีแรง ไม่อยากอาหาร คิดถึงบุคคลที่เสียชีวิตเป็นอย่างมาก บางครั้งคิดอยากตายตาม (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2558) หากนานเกิน 2 เดือน จะให้การวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.3.2 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Socio-economic disadvantage) การขาดแคลนสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต เนื่องจากรายได้ที่ไม่แน่นอน ความยากจน อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี การเจ็บป่วยบ่อย เกิดความรู้สึกไม่มีทางช่วยเหลือตนเองได้ (ธรรณิษฐ์ กองสุข, 2558)

1.3.3 การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (Impaired social support) ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวหรือมีปัญหาครอบครัว มีแนวโน้มภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ (บุญยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

2. ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful life events) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นสภาวะที่บุคคลการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระตุ้น จากการศึกษาถึงเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต เช่น การสูญเสีย การเจ็บป่วยร้ายแรง ความยากลำบาก การมีปัญหาสัมพันธภาพกับครอบครัว เป็นต้น มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554)

3. ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ช่วยสนับสนุนให้มีศักยภาพในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

3.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นองค์ประกอบของความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ บทบาททางสังคม และเหตุการณ์ที่เข้ามาในชีวิตประจำวัน หากผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงได้ (Blazer & Hybels, 2005)

3.2 ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเข้มแข็งทางใจในระดับสูง จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงได้ (Smith, 2009) จากการศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุของ Cohen & Krajewski (2014) พบว่าการมีความเข้มแข็งทางใจที่ต่ำ ต่อการเผชิญความเครียดต่างๆ ในชีวิต รวมถึงการเจ็บป่วย ความยากลำบาก ส่งผลให้แยกตัวออกจากสังคม อยู่อย่างโดดเดี่ยว และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

3.3 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการช่วยเหลือจากครอบครัว สังคม ช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากความเครียด หากมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าดูแลเอาใจใส่ตนเอง ทำให้ภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงขึ้นได้ (พูนสิน เฉลิมวัฒน์, 2552)

3.4 ความสามารถในการทำหน้าที่ (Function ability) เป็นความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตประจำวัน อยู่ได้ด้วยตนเอง ซึ่งพบว่าการสูญเสียการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Mehta et al., 2008)

3.5 ความเชื่อทางศาสนา (Religious belief) เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุใช้ยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความเชื่อและปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จากการศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในยุโรป พบว่าการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาเมื่อมีการเผชิญปัญหา ช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง (Blazer, 2003)

สรุป ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม 2) ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ได้แก่ การสูญเสีย ปัญหาทางเศรษฐกิจ และ 3) ปัจจัยปกป้อง ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่และความเชื่อทางศาสนา

2.4 อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ นอนได้น้อยลง หลับยาก ตื่นบ่อย ใช้เวลาอยู่บนเตียงมากแต่นอนหลับไม่ค่อยอึดมี ความอยากลดลง ได้แก่ ไม่ค่อยอยากทำอะไร ทำกิจกรรมน้อยลง ไม่ค่อยอยากอาหาร การรับรส และรับกลิ่นเปลี่ยนไป เรียวแรงลดลงหรือเพี้ยน มักมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ หรือระบบหัวใจ หรือได้รับยาบางอย่าง ก็จะมีอาการมากขึ้น สมาธิความจำแย่ง บางรายอาจคิดว่าอาการหลงลืมของตนซึ่งมีตามวัยนั้นเป็นมากกว่าปกติ อาการอาจถูกกระตุ้นจากการเสียมของประสาทสัมผัสต่าง ๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน จากยาที่มี central anticholinergic effects เป็นต้น (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2558)

Beck (1967) ได้แบ่งอาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าตามความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าวออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ความแปรปรวนด้านความคิด มีการประเมินค่าตนเองต่ำมองโลกแง่ร้ายตำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตัวเองบิดเบือน

2. ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นสำคัญร้องไห้บ่อยความสนใจผู้อื่นลดลง

3. ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคม อยากรตาย

4. ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอน แปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อย

สรุป อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จะมีอาการทางร่างกายที่ผิดปกติมากกว่าอาการทางอารมณ์ อาการภาวะซึมเศร้าแสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจและด้านร่างกายและพฤติกรรม หากปล่อยไว้จนมีอาการซึมเศร้ารุนแรงจะส่งผลต่อการรู้คิดที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมได้ และยิ่งเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุได้

2.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.5.1 Beck Depression Inventory (BDI) สร้างโดย Beck (1967) และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แบบประเมินนี้ถูกออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยและประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ได้มาจากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในระหว่างทำจิตวิเคราะห์บำบัด เน้นการประเมินด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ใช้ได้กับบุคคลอายุ 13-80 ปี มีคำถามจำนวน 21 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-63 คะแนน แบ่งผลของคะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) แบบประเมินนี้ถูกนำมาใช้ในงานวิจัยมา 25 ปี เบคและคณะ พบว่าแบบประเมินนี้กับผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76-0.95 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73-0.90 เป็นแบบประเมินที่ใช้งานง่ายและใช้ซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูง สม่่าเสมอ ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือกลุ่มคนทั่วไป

2.5.2 Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นในปี 1965 โดย ซุง แบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า รวมถึงอาการเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมาประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและอาการทางกายที่เกี่ยวข้อง และครอบคลุมอาการที่กำหนดไว้ใน DSM-IV แต่ไม่ครอบคลุมอาการทางร่างกายได้อย่างชัดเจน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 นิยมใช้ในการประเมินความรุนแรงอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

2.5.3 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างโดย Radloff (1977) โดยมีแบบประเมินของซุง และแบบประเมินของเบคเป็นต้นแบบ ใช้ประเมินความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน ประกอบด้วยข้อ

คำถาม 20 ข้อ แบ่งระดับคะแนนเป็น 0 -3 คะแนน รวมทั้งหมด 60 คะแนน ระดับคะแนน 16 คะแนนขึ้นไปถือว่า มีภาวะซึมเศร้า ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.85 – 0.90 ใช้เวลาประเมิน 5-10 นาที มีข้อดีคือ ใช้เวลาในการประเมินน้อย และใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ข้อด้อย คือ ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวัดของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ในเรื่องอารมณ์เบื่อหน่าย ความคิดอยากตาย ความรู้สึกผิดและอาการทางกาย

2.5.4 Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง แบบวัดมีข้อคำถาม 30 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-30 คะแนน การแปลผลได้กำหนดค่าคะแนนระหว่าง 0-12 คะแนน เป็นค่าปกติ คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน มีความเศร้าเล็กน้อย ค่าคะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน มีความเศร้าปานกลาง และค่าคะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน มีความเศร้ารุนแรง เครื่องมือนี้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศ พบว่า มีค่าคงที่ภายใน KR20 = 0.93 มีข้อจำกัดคือ เป็นแบบประเมินความเศร้าของผู้สูงอายุทั่วไป จึงไม่มีความเฉพาะกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck (1967) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐาน ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก มีความครอบคลุมภาวะซึมเศร้า ที่ตรงกับแนวคิดภาวะซึมเศร้าของงานวิจัยนี้ และได้มีการนำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในประเทศไทย จากงานวิจัยเรื่องผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของวัชรีย์ แสงสาย (2556)

3. แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ

ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นแนวคิดที่ศึกษาถึงลักษณะของบุคคลที่ส่งเสริมให้เกิดการฟื้นตัวและปรับตัวทางด้านบวก เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ซึ่งปัจจุบันแนวคิดความเข้มแข็งทางใจได้รับความสนใจจากนักวิชาการหลากหลายสาขา รวมทั้งสาขาการพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้บุคคลได้ตระหนักถึงความสามารถศักยภาพที่มีอยู่ในตัว เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้

วิวัฒนาการของแนวคิดความเข้มแข็งทางใจ

แนวคิดความเข้มแข็งทางใจไม่ได้มีรากฐานจากทฤษฎีใด แต่มีรากฐานมาจากปรากฏการณ์ที่แสดงถึงลักษณะของผู้รอดชีวิต หรือผู้ที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ต่อไป ซึ่งมีจุดเริ่มต้นและวิวัฒนาการดังนี้

Werner & Smith (1977) นำเสนอผลการศึกษาของกลุ่มเด็กที่อาศัยในชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยง เช่น ความยากจน ความไม่มั่นคงในชีวิต และการมีบิดามารดาที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นระยะเวลายาวถึง 30 ปี พบว่า เด็กจำนวน 72 คนจากจำนวน 200 คน มีการจัดการและปรับตัวที่ดีแม้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง Werner and Smith จึงเชื่อว่าเด็กกลุ่มนี้มี

ลักษณะของการเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจที่สนับสนุนให้เด็กสามารถเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้ โดยพบว่า เพศหญิง ความแข็งแรง ความรับผิดชอบต่อสังคม การปรับตัว ความอดทน การสื่อสารที่ดี ความเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง และการได้รับการดูแลที่ดีจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก เช่น ครอบครัวและสังคม เป็นต้น ซึ่งคุณสมบัติเหล่านี้จะช่วยให้เด็กประสบผลสำเร็จในการเผชิญกับความเครียด หรือสถานการณ์ยากลำบากในชีวิตได้ (Werner, 1993)

Rutter (1985) นักจิตวิทยาชาวอังกฤษ ได้ศึกษาการดำรงชีวิตของกลุ่มเยาวชนที่อาศัยในเขตลอนดอนและเขตชนบท พบว่า หนึ่งในสี่ของเด็กกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจ ที่ทำให้สามารถก้าวผ่านสถานการณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้ ซึ่งคุณลักษณะที่ค้นพบ คือ การเป็นผู้ที่มีอารมณ์ดี เพศหญิง มีบรรยากาศในโรงเรียนที่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง และการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง และพบว่า แนวคิดความเข้มแข็งทางใจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) หมายถึง คุณลักษณะ ตัวแปร หรือสิ่งที่เป็นอันตรายเมื่อปรากฏขึ้น จะทำให้บุคคลเกิดความอ่อนแอ หรือความผิดปกติ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสิ่งที่อยู่รอบตัว

2. ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับตัวให้ดีขึ้นหลังจากมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายหรือเป็นปัจจัยเสี่ยง ซึ่งปัจจัยปกป้องมีอยู่ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน ปัจจัยปกป้องสามารถเป็นตัวแปรที่ทำนายและการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจได้

Garnezy (1991) ได้นำเสนอผลการศึกษาเกี่ยวกับความผิดปกติของเด็กที่บิดามารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยศึกษาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1971- 1982 พบว่า มีเด็กจำนวนมากที่ไม่เกิดความผิดปกติและสามารถเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ซึ่งเด็กเหล่านี้มีคุณลักษณะของบุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจ คือ การมีความหวังและความคาดหวัง มีมุมมองชีวิตด้านบวก เชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง ควบคุมตนเองได้ดี มีทักษะที่ดีในการแก้ปัญหา มีทักษะในการคิดวิเคราะห์และมีอารมณ์ขัน

หลังจากนั้น Wagnild and Young (1993) ได้ศึกษาแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนามาจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ ในปี ค.ศ. 1987 โดยศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการปรับตัวที่ประสบความสำเร็จของผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 24 คน ที่ต้องเผชิญสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต พบว่า ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ คือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง

ต่อมา Grotberg (1995) ได้นำข้อมูลจากการศึกษาคุณลักษณะของบุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจ หรือปัจจัยความปกป้องที่มีความหลากหลายในระยะแรก มาจัดเป็นกลุ่มคุณลักษณะ

ของความเข้มแข็งทางใจ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ฉันเป็น (I AM) หมายถึง การเป็นบุคคลที่มีความเข้มแข็งภายใน (Inner strengths) ซึ่งช่วยสนับสนุนให้จัดการกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิตได้ 2) ฉันมี (I HAVE) หมายถึง การมีแหล่งสนับสนุนภายนอก (External support) เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ และ 3) ฉันสามารถ (I CAN) หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการมีทักษะในการแก้ไขปัญหา (Interpersonal and problem solving skill)

ซึ่งแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1999) ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้มากที่สุดในกลุ่มเด็กและเยาวชน เพื่อให้เด็กและเยาวชนสามารถที่จะเผชิญ และปรับตัวต่อสถานการณ์ยากลำบาก ความเครียด หรือภาวะวิกฤต (Adversity) ที่เข้ามาคุกคามชีวิตได้โดยไม่เกิดผลกระทบต่อชีวิต

3.1 ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ (Resilience)

คำภาษาอังกฤษที่ใช้คือ Resilience มาจากคำในภาษาลาตินว่า resilire หมายถึง กระโดดกลับ (to leap back) การกระเต็งกลับ/กลับสู่สภาพปกติหรือความสามารถในการฟื้นตัวอย่างรวดเร็วจากสภาวะยากลำบาก ในระยะแรกของการศึกษาความเข้มแข็งทางใจในประเทศไทย นั้น ยังไม่มีการบัญญัติคำศัพท์ที่ใช้แทนคำว่า Resilience ที่ชัดเจน จึงมีการใช้คำที่หลากหลาย เช่น ความเข้มแข็งทางใจ พลังสุขภาพจิต ความยืดหยุ่นตัวทางอารมณ์ ความสามารถในการยืดหยุ่น และความยืดหยุ่น เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีนักวิชาการให้ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ ดังนี้

Grotberg (1995) กล่าวว่า Resilience หมายถึง ความสามารถศักยภาพที่เป็นสากลของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่ใช้ในการป้องกัน ลดความรุนแรงและผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ที่ยากลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (American psychological Association, 2014) กล่าวว่า Resilience เป็นความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์คุกคาม การบาดเจ็บทางจิตใจ หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่างๆ ในชีวิต สามารถฟื้นตัวกลับมาจากสถานการณ์ที่ยากลำบากเหล่านั้นได้

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา (2549) กล่าวถึง Resilience ใช้ชื่อ “พลังสุขภาพจิต หรือภูมิคุ้มกันทางใจ” หมายถึง สิ่งที่ทำให้บุคคลสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้มีการฟื้นฟูอารมณ์และจิตใจได้อย่างรวดเร็วกลับมาดำเนินชีวิตได้ปกติอีกครั้งพลิกวิกฤตเป็นโอกาส และมีจิตใจแข็งแกร่งกว่าเดิม

ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล (2550) กล่าวถึง Resilience โดยใช้คำว่า “ความเข้มแข็งทางใจ” เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับปัญหาและวิกฤตในชีวิตให้สามารถฟื้นตัว

กลับมาสู่สภาพปกติในเวลาอันรวดเร็วอีกทั้งเกิดการเรียนรู้และสามารถเผชิญหน้ากับปัญหาในวิกฤตนั้นๆได้

กรมสุขภาพจิต (2552) กล่าวถึง Resilience ใช้ชื่อ “พลังสุขภาพจิต” เป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่สภาวะปกติ หลังจากเจอสถานการณ์วิกฤตหรือเหตุการณ์ที่ลำบากในชีวิต อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2552) กล่าวถึง Resilience ใช้ชื่อ “ความแข็งแกร่งในชีวิต” หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสถานการณ์อันเลวร้ายในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดพร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัว และนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้น จากผลกระทบที่ได้รับนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีเติบโตและเข้าใจชีวิตมากขึ้น

สรุปความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการฟื้นตัวกลับมาสู่สภาวะปกติเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ยากลำบากในชีวิต รวมถึงการเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนามาจากทั้งความเข้มแข็งภายในและภายนอก ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและความสำเร็จในการจัดการนี้ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการเรียนรู้ มีพฤติกรรมทางบวก มีความเข้าใจชีวิตมากขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมั่นคง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้คำ Resilience ว่า ความเข้มแข็งทางใจ เนื่องจากผู้สูงอายุควรมีความเข้มแข็งที่จะต้องยืนหยัดต่อสู้กับโรคที่เป็นอย่างเข้มแข็งและแข็งแกร่งเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่ออย่างมีความสุข

3.2 แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ

3.2.1. ตามแนวคิดของ Grotberg (1995) ที่ศึกษาในวัยเด็ก วัยรุ่น และมีการนำมาใช้ในวัยผู้ใหญ่อย่างแพร่หลาย พบว่ามี 3 องค์ประกอบหลักที่แต่ละบุคคลจะดึงมาใช้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์เลวร้าย เพื่อจัดการกับปัญหา และเกิดการเรียนรู้จากกระบวนการที่ตนเองผ่านพ้นสถานการณ์นั้น ได้แก่

สิ่งที่ฉันเป็น (I AM) เป็นสิ่งที่มีอยู่ภายในตัวของบุคคล มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเป็นที่รัก มีคุณค่าภาคภูมิใจในตนเอง มีความเป็นอิสระ รับผิดชอบต่อตนเอง และให้ความรักแก่ผู้อื่นได้

สิ่งที่ฉันมี (I HAVE) เป็นสิ่งที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล แหล่งสนับสนุนที่ให้ความช่วยเหลือ การได้รับความรัก ความจริงใจที่ไว้วางใจได้ รวมถึงการได้รับบริการทางสังคม

สิ่งที่ฉันสามารถ (I CAN) เป็นความสามารถในการรักษาสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น การจัดการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ สามารถเผชิญปัญหาและปฏิบัติตามความเชื่อ

3.2.2. โครงสร้างของแนวความคิดความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุไทย ศึกษาโดย Maneerat et al. (2011) ซึ่งใช้แนวคิดของ Grotberg (1995, 2003) มาเป็นพื้นฐานของงานวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ศึกษากับผู้สูงอายุไทยซึ่งมีประสบการณ์กับความทุกข์ยากในชีวิต จำนวน 14 คน จาก 4 จังหวัด ใน 4 ภาคของประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดราชบุรี และจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีประสบการณ์ดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 เหตุการณ์ด้วยกัน ได้แก่ มีโรคประจำตัวร้ายแรง สูญเสียจากสิ่งที่รักหลาย ๆ สิ่ง ไม่มีที่พักพิง เลี้ยงดูเด็กที่ป่วยทางจิตเพียงลำพัง ความเป็นอยู่ยากลำบาก ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความชัดเจนของโครงสร้างที่เกี่ยวกับแนวความคิดความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญให้กับบุคคลากรสุขภาพ มีความเข้าใจมากขึ้นในการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจในบริบทผู้สูงอายุไทย สามารถนำไปสู่การพัฒนาการสร้างโปรแกรมที่จะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้สูงอายุไทยได้ ซึ่ง Maneerat et al. (2011) ได้ศึกษาพัฒนาและทดสอบคุณภาพแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทยจากกรอบแนวคิดดังกล่าว แบ่งออกเป็น 5 ด้านได้อธิบายองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจในบริบทของผู้สูงอายุไทย มีดังนี้

สิ่งที่ฉันเป็น (I AM) เป็นความเข้มแข็งที่มาจากภายในตัวบุคคล ได้แก่ การเป็นบุคคลที่มีสุขภาพดีแม้มีการเสื่อมถอยทางร่างกาย การมีจิตใจที่สงบแม้อยู่ภายใต้สถานการณ์ที่ตึงเครียด ความเชื่อมั่นในตนเองที่จะอยู่กับสถานการณ์ยากลำบากได้และมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ทางลบ การเข้าใจชีวิต การมีอารมณ์ขัน การคิดบวก มีความมุ่งมั่นที่จะผ่านเหตุการณ์ร้ายในชีวิตได้ การได้ช่วยเหลือผู้อื่น การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี พึงพอใจในชีวิต ซึ่ง Maneerat et al. (2011) จัดองค์ประกอบนี้ แบ่งเป็น ด้านความเชื่อมั่นในการดำรงชีวิต

สิ่งที่ฉันมี (I HAVE) กล่าวถึงแหล่งสนับสนุนจากภายนอกที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งทางใจให้กับบุคคล ได้แก่ การมีบุคคลที่ไว้วางใจ มีความสัมพันธ์ที่ดี ที่เชื่อใจได้ มีแหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุน มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การมีโอกาสได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ซึ่ง Maneerat et al. (2011) จัดองค์ประกอบนี้ แบ่งเป็นด้านสิ่งสนับสนุนทางสังคม และด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ

สิ่งที่ฉันสามารถ (I CAN) เป็นทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลและสังคม ได้แก่ ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น การแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ การมีแบบอย่าง ทำใจยอมรับความจริง การเผชิญปัญหาตามความเชื่อ เช่น การไปวัด ปฏิบัติธรรม ฟังธรรมะก่อนนอน เป็นต้น ซึ่ง Maneerat et al. (2011) จัดองค์ประกอบนี้ แบ่งเป็นด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และและความสามารถในการลดความเครียดและการจัดการกับปัญหา

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล (Positive interpersonal relationships) ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นที่คุ้นเคย ซึ่งถือว่าเป็นเครือข่ายทางสังคม (Social network) มีผลต่อการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เสมือนมีกันชนช่วยรองรับหรือปรับสมดุล เพื่อป้องกันผลกระทบจากความเครียด หรือซึมเศร้า นอกจากนี้ยังช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับผลกระทบจากการสูญเสีย คงไว้ในความรู้สึกมีส่วนร่วม มีความเข้มแข็ง (Strengthen) รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) จากการศึกษาพบว่า การมีสัมพันธภาพทางสังคมที่ดี เป็นปัจจัยสำคัญที่จะเพิ่มความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ (Heather, Besangie, and Toni, 2008) และ พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมเป็นแรงกระตุ้นทำให้บุคคลเชื่อว่าตนมีคุณค่า มีความมั่นคงทางอารมณ์และมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลทำให้มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจในระดับสูง (Hardy, Concato, & Gill, 2004)

2. ปัจจัยด้านความเข้มแข็งภายในบุคคล (Strong internal resource) ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) คือ การเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะกระทำให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่ามีความสามารถ ก็จะพยายามแสดงความสามารถนั้นออกมาอย่างเต็มที่ มีความอดทน ไม่ท้อถอยจนกว่าจะประสบความสำเร็จ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีแหล่งสนับสนุนที่ทำให้มีการพัฒนาขึ้นมาได้จาก 1) จากประสบการณ์โดยตรงของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นด้วยตนเอง 2) จากการได้รับแรงสนับสนุนด้วยคำพูดให้กำลังใจจากบุคคลที่เคารพนับถือ 3) จากการเห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น และ 4) จากการตอบรับที่ดีของสภาพร่างกาย ความรู้สึกและอารมณ์ทางบวก (Resnick, 2011)

2.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) คือ การประเมินความมีคุณค่าในตนเอง บุคคลที่รู้สึกมีคุณค่า ยอมรับและชอบตนเอง มีแนวโน้มจะเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจ การรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งสำคัญมากในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งจะสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง และมองเห็นคุณค่าของตนเองในสิ่งที่ยังคงสามารถปฏิบัติได้ (Lindberg, 2005)

2.3 ความสามารถในการตัดสินใจการแก้ไขปัญหา (Determination and problem solving) ความสามารถในการตัดสินใจของบุคคลจะนำมาซึ่งความมั่นใจในการจัดการ และสามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ทั้งจากภายในและภายนอกมาช่วยในการจัดการกับสถานการณ์ความ

ยากลำบากที่เข้ามาในชีวิต ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จโดยมุ่งผลลัพธ์ไปด้านบวกมากกว่าด้านลบ การมั่นใจในการเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิต ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต (Hoare, 2015)

3 ปัจจัยด้านการมองโลกในแง่ดี (Optimism) และการมีมุมมองในชีวิตทางด้านบวก (Positivism) อารมณ์ทางบวกและการมีอารมณ์ขันเป็นวิธีในการช่วยขจัดผลกระทบจากอารมณ์ทางลบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen & Krajewski (2014) พบว่า การสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุ ควรทำให้เกิดการมองโลกในแง่ดี

4. ปัจจัยทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) ประกอบด้วยการมีปรัชญาและความเชื่อทางศาสนาที่บุคคลยึดถือปฏิบัติ เพื่อเป็นเป้าหมายและทิศทางในการดำเนินชีวิต สุขภาวะทางจิตวิญญาณจะทำให้บุคคลมีพลังงานในตนเอง มีกำลังใจ มีความหวัง จากการศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในยุโรป พบว่าการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาเมื่อมีการเผชิญปัญหา ช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง (Blazer, 2003)

3.4 แนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจ

จากการศึกษาของ Grotberg (1999) ได้พัฒนาแนวทางการสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งความเข้มแข็งทางใจสามารถเสริมสร้างได้ทุกวัยตามระยะพัฒนาการของแต่ละวัย (พัชรินทร์ นินทจันทร์ ทศนา ทวีคุณ และโสภณ แสงอ่อน, 2558) มีแนวทางการสร้างความเข้มแข็งทางใจ 5 ด้านดังนี้

I AM : Autonomy การพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง และการพึ่งพาตัวเอง ซึ่งนำไปสู่ความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตัวเอง ให้ความช่วยเหลือโดย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเรียนรู้จากความผิดพลาด หรือความล้มเหลวนั้น สามารถเป็นแหล่งให้เกิดความรู้ใหม่ แลกเปลี่ยนเรื่องราวของผู้ที่มีชื่อเสียงซึ่งเคยประสบกับความล้มเหลวมาก่อนที่จะประสบความสำเร็จ และความผิดพลาดที่เกิดขึ้นไม่เป็นเรื่องน่าอาย ให้อยอมรับว่ามันเป็นความเสี่ยงและความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurilova (2013) กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นการนำเอาประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการเผชิญกับความทุกข์ยากอย่างเข้าใจ

I AM : Identity การระบุตัวตน มีคำถามเกิดขึ้น เช่น ฉันเป็นใคร จากที่ฉันไปไหนต่อ ฉันทำอะไรที่สำเร็จบ้าง เปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกันเป็นอย่างไร การตอบคำถามเหล่านี้เป็นการแสดงถึงทักษะการเฝ้าดูพฤติกรรมของตนเอง เปรียบเทียบกับการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น การใช้ความคิดจินตนาการทำความฝันให้เป็นจริง หากไม่สามารถทำสิ่งเหล่านี้ได้ จะทำให้เกิดความสับสนรู้สึกว่ามีใครเข้าใจตน นำไปสู่ความรู้สึกที่ไม่มั่นคง แนวทางการช่วยเหลือได้แก่ ช่วยหาวิธีในการปรึกษากับครอบครัวในสิ่งที่บุคคลต้องการ ช่วยพัฒนาทักษะทางสังคมและการแก้ไขปัญหา เรียนรู้วิธีการฟัง วิธีการแสดงออกเมื่อมีอารมณ์โกรธ และเรียนรู้จักการเห็นอกเห็นใจ ผูก

การวางแผนหากต้องเผชิญกับความยากลำบาก การมั่นใจในการเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิต ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต นำไปสู่ความรู้สึกที่มั่นคง (Hoare, 2015)

I HAVE : Trust การพัฒนาความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจได้ เป็นการสร้างทักษะที่สามารถค้นหาบุคคลที่ตนไว้วางใจโดยการมองไปรอบๆ คิดถึงใครบางคนที่คุณรู้จักคนที่มีความไว้วางใจในตัวคุณ โดยใช้คำถามเหล่านี้ถามตัวเอง เช่น มีคนที่ให้ความเคารพในตัวฉันที่ไม่หัวเราะเยาะหรือเอาเรื่องของฉันไปบอกคนอื่น มีคนที่คอยรับฟังฉันอย่างเต็มใจ เข้าใจตามมุมมองของฉัน มีคนที่คอยให้ความช่วยเหลือซึ่งบุคคลที่ไม่ไว้วางใจตนเอง ครอบครัวหรือทุกสิ่งในโลก บุคคลนั้นจะกลายเป็นคนที่อ่อนแอ คิดว่าไม่มีใครรักและให้ความช่วยเหลือตน มองคนอื่นเป็นศัตรู จึงพยายามที่จะควบคุมคนอื่นเพื่อที่บุคคลเหล่านั้นจะไม่เป็นอันตรายต่อตน การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม อยู่ในชุมชนที่ปลอดภัย มั่นคงมีความสัมพันธ์กับการมีความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง (Wells, 2012)

I CAN : Initiative การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และความสามารถในการแก้ไขปัญหา เมื่อบุคคลถูกปฏิเสธจากการขอความช่วยเหลือหลายครั้ง จะรู้สึกว่าการร้องขอของตนไม่มีความหมาย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าตนไม่มีความต้องการใดๆ และไม่มี ความพยายามที่จะริเริ่มทำอะไรใดๆ แนวทางการช่วยเหลือ คือ ให้หาบุคคลที่กำลังต้องการความช่วยเหลือ และช่วยกันคิดแก้ไขปัญหา โดย ระบุปัญหาและอธิบายเป็นคำพูด ซึ่งบางครั้งเราไม่รู้ว่าเป็นปัญหาอะไร แต่เราสามารถเริ่มต้นด้วยการเล่าอธิบายความคิดและซักถามความคิดเห็นจากกลุ่มประชุมหาแนวทางการแก้ไขปัญหา อาจเป็นสิ่งที่ริเริ่มใหม่ นำไปปฏิบัติแล้วมาปรึกษาหารือกันปรับเปลี่ยนได้ตามความจำเป็น และนำไปใช้ในอนาคตได้ทำกิจกรรมที่ตนชื่นชอบ เช่น งานศิลปะ เล่นดนตรี กีฬา ถ้าหากรู้สึกกลัวว่าจะล้มเหลว หากิจกรรมที่ทำให้รู้สึกว่าไม่ถูกคุกคามและหากิจกรรมที่สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นได้ การเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิตได้นั้น จะทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต (Lindberg, 2005)

I CAN : Industry ความสามารถในด้านความพยายามเรียนรู้ทักษะทางสังคม หากขาดทักษะนี้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกต่ำต้อย เศร้าโศก และแยกตัวจากกลุ่ม แนวทางช่วยเหลือ ให้คำช่วยทำงานบางอย่างให้สำเร็จ ทำให้เกิดความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย และภูมิใจเมื่องานสำเร็จ พัฒนาทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น โดยให้มองหาบุคคลที่จะสามารถทำงานด้วยได้อย่างสบายใจ ฝึกเผชิญหากมีความขัดแย้งและทำงานเป็นกลุ่มได้ พัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นการมีคำพูดที่แสดงความรู้สึก สอดคล้องกับการศึกษาของ Heather, Besangie, & Toni (2008) พบว่า การมีสัมพันธภาพทางสังคมที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุ หากไม่มีคำพูดเหล่านี้ไว้ เมื่อมีอารมณ์ใดๆเกิดขึ้นจะเกิดความสับสนในความรู้สึกของตนเอง ดังนั้นจึงต้องฝึกสร้างคำศัพท์ที่แสดงทั้งความคิดและความรู้สึกของตนเอง เพื่อใช้ในการสื่อสารกับผู้อื่นฝึกปฏิบัติการอยู่อย่างมั่นใจ สามารถกล่าวได้อย่างมั่นใจในสิ่งที่ตนเชื่อ จดจำไว้ว่าคุณเป็นบุคคลที่มีคุณค่า

มีชีวิตอยู่เพื่อผู้อื่นเรียนรู้ในการฟัง เนื่องจากมีสิ่งรบกวนที่มารบกวนมากมาย ซึ่งเป็นการยากสำหรับการรับฟังผู้อื่น จึงต้องเอาชนะความคิดและความรู้สึกของตนที่ไม่สามารถรอคอยแสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งการมีสติจะช่วยยับยั้งการโต้ตอบกลับตามความเคยชิน ให้ควบคุมอารมณ์และไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา

3.5 การประเมินความเข้มแข็งทางใจ

3.5.1 Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ของ Connor & Davidson (2013) เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อคำถาม มาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ (0-4) ค่าคะแนนที่สูงแสดงว่า มีความเข้มแข็งทางใจสูง เครื่องมือได้รับการทดสอบทั้งความตรง ความเที่ยงและโครงสร้าง มีคุณสมบัติของเครื่องมือที่เหมาะสม สามารถแยกกลุ่มที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงและต่ำออกจากกันได้ โดยถูกออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช กลุ่มตัวอย่างทางคลินิกและการวัดการตอบสนองต่อการรักษาทางเภสัชวิทยา ในกลุ่มประชากรทางคลินิก และยังสามารถสะท้อนให้เห็นถึงหลายแง่มุมของความเข้มแข็งทางใจที่มีผลต่อความอดทนของเชิงลบได้รับการยอมรับในเชิงบวกของการเปลี่ยนแปลง โดยเครื่องมือนี้ได้นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ถึงวัยสูงอายุ เครื่องมือมีค่า Cronbach's alpha coefficient .89 และค่าความเที่ยง .87

3.5.2 Resilience Scale (RS) ของ Wagnild & Young (1993) เป็นแบบประเมินพลังสุขภาพจิตมีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อคำถาม มีค่า Cronbach's alpha coefficient .91 และค่าความเที่ยง .67-.84 เป็นแบบประเมินค่า 7 ระดับ (1-7) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถส่วนบุคคล (Personal Competence) 2) การยอมรับชีวิตและยอมรับตนเอง (Acceptance of Self and Life) เป็นการวัดโครงสร้างของความเข้มแข็งทางใจ เครื่องมือมีความตรงและความเที่ยงภายในที่เหมาะสมโดยถูกออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 53-95 ปี มีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย และเป็นการประเมินคุณลักษณะเท่านั้นไม่ครอบคลุมความเข้มแข็งทางใจ

3.5.3 Brief-Resilience Coping Scale (BRCS) ประกอบด้วย 4 ข้อ เป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) มีเป้าหมายเพื่อวัดแนวโน้มความเข้มแข็งทางใจในระดับสูง เนื่องจากเครื่องมือมีจำนวนข้อน้อย ผู้ที่พัฒนาเครื่องมือให้ข้อเสนอแนะว่าการทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือมีความจำเป็น และเครื่องมือนี้อาจมีประโยชน์สำหรับการค้นหาบุคคลที่ต้องการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจ เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในการเผชิญวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การศึกษาระยะยาว แต่ยังไม่มีความชัดเจนเชิงประจักษ์ว่าเครื่องมือนี้ได้ถูกนำไปใช้

3.5.4 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient) พัฒนาโดย กรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2553) ใช้ประเมินความสามารถของวัยผู้ใหญ่ อายุ 25-60 ปี

มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ ความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ และการจัดการปัญหา โดยสอบถามถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา มี 2 ฉบับ คือ ฉบับ 50 ข้อและฉบับ 20 ข้อ มีทั้งของความทางบวกและข้อความทางลบ คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบประเมินค่า ตั้งแต่ 1-4 โดยที่ 1 หมายถึง ไม่จริง และ 4 หมายถึง จริงมาก สำหรับข้อความทางลบให้กลับคะแนน โดยแบบประเมินนี้นำไปทดสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) ได้ค่ามากกว่า .80

3.5.5 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory) พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ (2558) จากแนวคิดของกรอทเบอร์ก (Groberg, 1995; 1998) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก มี 28 ข้อ มีค่าตั้งแต่ 28-140 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง ซึ่งจากการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น นักศึกษามหาวิทยาลัย และประชาชนในชุมชนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .86 - .91 และจากการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างขององค์ประกอบความแข็งแกร่งในชีวิตพบว่า มีความตรงเชิงโครงสร้างโดยวัดได้จาก 3 ตัวชี้วัด คือ I AM (สิ่งที่ฉันเป็น) I HAVE (สิ่งที่ฉันมี) I CAN (สิ่งที่ฉันสามารถ)

3.5.6 Thai Elderly Resilience scale (TER scale) เป็นแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทยพัฒนาโดย Maneerat et al. (2011) ใช้กรอบแนวคิดของ Groberg (1995, 2003) เป็นพื้นฐานในการออกแบบการศึกษาเชิงคุณภาพประกอบด้วย 24 ข้อแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการลดความเครียดและการจัดการกับปัญหาที่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ($r=.91, p<.01, n=30$) มีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูงเช่นกันนำไปใช้ประเมินความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความทุกข์ยากในชีวิตของผู้สูงอายุไทยได้

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทยของ Maneerat et al. (2011) เนื่องจากใช้กรอบแนวคิดของ Groberg (1995) เป็นพื้นฐานในการออกแบบเครื่องมือและมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

4. ความรู้เกี่ยวกับสติ

4.1 ความหมายของสติ (Mindfulness)

ป.อ.ปยุตโต (2546) ให้ความหมายของสติว่า ความระลึกได้ ความระมัดระวังตื่นตัวต่อหน้าที่ พร้อมอยู่เสมอในการคอยรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง และตระหนักว่าควรปฏิบัติต่อสิ่งนั้นอย่างไร สติเป็นตัวควบคุมตรวจตรากระแสการรับรู้ ความนึกคิดและพฤติกรรมทุกอย่างให้อยู่ในแนวทางที่ต้องการ ลักษณะการทำงานของสติ คือ การไม่ปล่อยใจให้เลื่อนลอย ไม่ปล่อยอารมณ์ให้

ผ่านเรื่อยไป หรือไม่ปล่อยให้คิดฟุ้งซ่านไปในอารมณ์ต่าง ๆ แต่คอยเฝ้าระวัง เหมือนจับตาอารมณ์ เมื่อต้องการกำหนดอารมณ์ใดแล้วก็เข้าไปจับดูไม่ยอมให้คลาดหาย หรือ ระลึกไว้เสมอ

Jon Karbat-Zinn (1990) ให้ความหมายของสติว่า เป็นการเพ่งจุดสนใจไปที่ใดที่หนึ่งอย่างมีเป้าหมายอยู่ที่ปัจจุบันโดยไม่มีการตัดสิน เป็นวิธีการมองอย่างลึกเข้าไปในความเป็นตัวตน และเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ สติเป็นตัวพาให้เกิดความเข้าใจและเยียวยา เพิ่มพลังอิสระในระบบการคิด เรียนรู้ที่จะฟังร่างกายของตัวเองเป็นสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต

Segal, Williams, & Teasdale (2002) ให้ความหมาย สติ คือ ความระลึกได้ ช่วยให้เห็นที่จริงกับปัจจุบัน ยอมรับความจริงเข้าถึงปัญญา สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา สามารถจัดการกับปัญหาด้วยความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการทำสมาธิเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญของการฝึกสติ และการทำหน้าที่ของสติเป็นตัวควบคุม การปฏิบัติหน้าที่และเป็นตัวปกป้องยับยั้งตนเอง

สรุป สติ หมายถึง การตื่นรู้ตัวต่อหน้าที่ที่เป็นปัจจุบัน ตระหนักรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 และควบคุมกระแสการรับรู้ ความนึกคิดและการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

4.2 แนวคิดสติบำบัด

วิวัฒนาการของแนวคิดการบำบัดวิธีนี้เริ่มต้นจาก Jon Karbat-Zinn (1990) ได้บูรณาการวิธีการฝึกสติชื่อว่า โปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction Program : MBSR) โดยมีเป้าหมายหลักคือ การเพิ่มประสบการณ์ของความตระหนักรู้ในปัจจุบัน เน้นการฝึกสติ ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ลดสภาวะกดดันและความเจ็บปวด ลดความทุกข์ทรมาน ลดอาการทางร่างกาย เพิ่มการตอบสนองต่อภูมิคุ้มกันโรคไขข้อ เพิ่มการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนหน้าพัฒนาศักยภาพในการควบคุมความโกรธการควบคุมตนเองทักษะทางสังคม เพิ่มความรู้สึกการมีค่าในตนเอง เพิ่มจำนวนเม็ดเลือดขาว

จากนั้น Segal et al. (2002) ได้บูรณาการ MBSR เข้ากับการบำบัดบนพื้นฐานปัญญา (Cognitive Based Therapeutic Strategies) มาเป็นรูปแบบการบำบัดแนวใหม่ที่ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและความวิตกกังวล เรียกรูปแบบนี้ว่า การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT)

หลักการของ MBCT คือ การให้สมาชิกเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง การเพิ่มพลังอำนาจ และการให้ความรู้ เทคนิคของ Cognitive Therapy ที่ถูกนำมาใช้ได้แก่ การสนทนากับตัวเอง (Self-Dialogue) การจินตนาภาพ (Imagery) การทำบทบาทสมมติ (Role-Playing) การคิดกรอบใหม่ (Reframing) และการปรับแบบแผนความคิดใหม่ (Restructuring thought Patterns) ในการฝึกสติจะเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ ฝึกสมาธิขั้นพื้นฐานทั้งในขณะที่ร่างกายเคลื่อนไหว และไม่

เคลื่อนไหว สมาชิกจะถูกกระตุ้นให้รู้จักใคร่ครวญ ไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ การสะท้อนความรู้สึกตนเอง

Segal et al. (2002) ได้อธิบายแนวคิดรูปแบบการทำงานของจิตของบุคคลเมื่อประสบกับสถานการณ์ใดๆ ว่ามี 2 รูปแบบคือ Doing Mode และ Being Mode

1. Doing Mode เป็นรูปแบบการตอบสนองโดยอัตโนมัติ ทั่วไปบุคคลจะพยายามลดช่องว่างหรือความไม่สอดคล้องกัน ระหว่างสถานการณ์จริงหรือสิ่งที่เกิดขึ้นจริง กับการรับรู้สถานการณ์ตามที่บุคคลคิดว่าควรจะเป็น น่าจะเป็น อยากให้เป็น ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีตและความคาดหวังในอนาคต กระบวนการนี้มักเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ ไม่มีการตระหนักรู้ ไม่มีแผนการเมื่อประสบกับสถานการณ์ใด เคยรับรู้อย่างไรก็มีแนวโน้มที่จะรับรู้เช่นนั้น (อย่างอัตโนมัติ หรือ เคยชิน) ที่นำไปสู่ความรู้สึกไม่พอใจคับข้องใจ เป็นต้น

2. Being Mode เป็นการยอมรับสถานการณ์อย่างที่เป็น โดยไม่มีความกดดันที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ ในขณะที่Doing Mode นั้น จิตของบุคคลจะย้อนกลับไปในอดีตหรือล่องลอยไปในอนาคต แต่Being Mode นั้นจิตจะไม่ล่องลอยไปไหน จะไม่พยายามทำอะไรทั้งนั้น นอกจากอยู่กับที่ในปัจจุบัน เปิดรับสิ่งต่างๆที่เกิด

สรุปได้ว่า Being Mode คือ การทำด้วยสติ ส่วน Doing Mode คือ ปฏิบัติการตอบสนองตามความเคยชินที่เป็นนิสัย เชื่อมโยงกับการเกิดความคิดในเชิงลบ ก่อให้เกิดปัญหาทางจิตตามมาได้ ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องกรอบแนวคิดของทฤษฎีทางปัญญาของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลซึ่งมีความเข้าใจเกี่ยวกับ Mental Modes ในฐานะของโครงสร้างทางจิต (structures of the Mind) ไว้ว่า Mental Modes เหล่านี้ จะถูกสะท้อนออกมาในลักษณะ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคล และอาจอยู่อย่างต่อเนื่องถาวรของความรู้สึกเจ็บปวดทุกข์ทรมาน จนกลายเป็นความเจ็บป่วยทางกายและทางจิตต่อมาได้

การฝึกสติจะเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ฝึกสมาธิขั้นพื้นฐานทั้งในขณะที่ร่างกายเคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหว สมาชิกจะถูกกระตุ้นให้รู้จักการใคร่ครวญไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบการสะท้อนความรู้สึกตนเองการบูรณาการการเรียนรู้จักความคิดของตนเองกับการเรียนรู้จากการฝึกสติในผู้ป่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ 3 ประการ (Klainin-Yobas et al., 2012) ดังนี้

1) การสังเกตได้ทันถึงความคิดและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ตระหนักรู้อย่างไม่หลีกเลี่ยง ทำให้ความกลัวจากสิ่งเร้าหมดไป บุคคลจะเผชิญกับความคิดและอารมณ์ทางลบได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและสนับสนุนให้มีการเผชิญต่อปัญหาได้หลายรูปแบบ

2) การตระหนักรู้ ด้วยการอธิบายความคิดที่เกิดขึ้น ไม่มีการตัดสิน ไม่คิดตาม มีสติรู้ตัวกับกิจกรรมที่ทำ ช่วยควบคุมเรื่องของการครุ่นคิด ลดปฏิบัติการตอบสนองในทางลบได้

3) ผู้ป่วยจะสามารถดึงความคิดตนเองออกจากรูปแบบความคิดที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติตามความเคยชินได้ ทำให้มีการปรับตัวในทางบวกมากขึ้น

สำหรับประเทศไทย นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ (2559) ได้พัฒนาหลักสูตรสติบำบัด (Mindfulness-Based Therapy and Counselling : MBTC) เรียกสั้น ๆ ว่า สติบำบัด โดยผสมผสานแนวคิดจากหลักสูตรของ Jon Kabat-Zinn (1999) และการพัฒนาความสุขในองค์กร ในปี พ.ศ. 2556 เพื่อบำบัดแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งมีการนำมาใช้บำบัดกับผู้ป่วยดังกล่าวอย่างแพร่หลาย

กระบวนการหลักและสาระสำคัญของโปรแกรมสติบำบัด ดังนี้

ครั้งที่ 1 จัดการกับความวุ่นใจด้วยการฝึกสมาธิ นำสิ่งที่ติงามภายในจิตใจที่มีอยู่ แล้ว แต่อาจถูกบางสิ่งบางอย่างปิดบังอยู่ ได้แสดงออกมา เพื่อให้ตระหนักถึงคุณค่าในตนเองและความสัมพันธ์กับสภาวะจิตอารมณ์และความเครียดรวมทั้งผลต่อร่างกายและจิตใจ

ครั้งที่ 2 ดำเนินชีวิตด้วยความสงบ มีสติ ด้วยการฝึกสติในชีวิตประจำวัน เช่น การกิน การเดิน การยืน ตามสภาวะภายในและภายนอก ให้มีสติอยู่กับปัจจุบันในทุกขณะ ลดความคิดที่หมกมุ่น ช่วยให้เกิดกิจกรรมที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

ครั้งที่ 3 รู้จักปล่อยวางอารมณ์ มีสติรู้และปล่อยวางความรู้สึกทางลบ การฝึกดูความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body scan) ซึ่งช่วยให้รู้เท่าทันความรู้สึก อารมณ์ที่เกิดขึ้น ฝึกให้มีความอดทนสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกที่เกิดขึ้น สามารถปล่อยวาง และก้าวผ่านความรู้สึกทางลบไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ครั้งที่ 4 รู้ทันความคิดและปล่อยวาง มีสติรู้ความคิด ด้วยการติดป้ายความคิด ช่วยแยกแยะความคิดทางลบออกจากความจริง ค้นหาความคิดทางลบ มีสติรู้ทัน และดึงความคิดกลับมาอยู่กับปัจจุบัน ทบทวนกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และเรียนรู้ที่จะปล่อยวาง

ครั้งที่ 5 ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ การใคร่ครวญสัมพันธภาพอย่างมีสติ ใช้การมีสติรู้เท่าทันอารมณ์ ความคิดทางลบและปล่อยวาง จะช่วยให้เข้าใจสัมพันธภาพตามความเป็นจริงในทางบวกยิ่งขึ้น

ครั้งที่ 6 ปรับการสื่อสารใหม่ การสื่อสารอย่างมีสติทั้งคำพูดและภาษาท่าทางช่วยให้จัดการชีวิตได้ดีขึ้น

ครั้งที่ 7 เมตตาและให้อภัย ช่วยให้รู้สึกมั่นคงยอมรับประสบการณ์ที่เจ็บปวดได้ การให้อภัยและเมตตาผู้อื่นช่วยลดความขุ่นเคืองใจและทำให้จิตใจเปิดกว้าง มีเมตตา รักตนเองและผู้อื่นมากขึ้น

ครั้งที่ 8 ชีวิตต้องเดินหน้า การรู้ทันความเครียดและอาการของความเครียดที่จะกลับมา การพัฒนาสติจะช่วยรักษาสมดุลของชีวิต ช่วยป้องกันความเครียดและเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการทำงานของจิตตามแนวคิดของ Segal et al. (2002) โดยให้เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์เดิมถึงอารมณ์ พฤติกรรมที่เคยตอบโต้ต่อสถานการณ์ในอดีต (Doing mode) แล้วฝึกสติให้รู้ทันอารมณ์และความคิดที่เป็นปัจจุบัน (Being mode) เป็นการดึงตนเองออกจากการตอบสนองตามความเคยชินเดิม ๆ เมื่อปล่อยวางจากอารมณ์และความคิดทางลบ ให้มีสภาวะจิตที่เป็นกลาง เพื่อพร้อมรับการเรียนรู้กับสิ่งใหม่ ๆ โดยปราศจากอคติ มาเป็นกระบวนการในการดำเนินกิจกรรม ทั้งนี้ได้นำวิธีการฝึกสติโดยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อให้รู้เท่าทันอารมณ์ และการติดป้ายความคิดเพื่อให้รู้เท่าทันความคิดอัตโนมัติทางลบของ ینگุทธ์ วงศ์ภิรมย์ศานต์ (2559) ซึ่งเป็นรูปแบบการฝึกสติที่ทำให้มีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม

4.3 แบบวัดระดับการมีสติ

4.3.1 Mindfulness Attention Awareness Scale หรือ MAAS สร้างโดย Brown & Ryan (2003) แปลเป็นภาษาไทยโดย รัสตาพร สันติวงษ์ (2550) เพื่อวัดระดับการตระหนักรู้ของบุคคลและความใส่ใจตั้งใจ ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินตนเองมีข้อความ 15 ข้อเป็นแบบประเมินค่า Likert scale 6 ระดับค่าคะแนนสูงหมายความว่ามีความมีสติมาก ประเมินความถี่ของประสบการณ์การมีสติแต่ละวันที่บุคคลทำ มีค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) ที่ 0.82

4.3.2 Five Facet Mindfulness Questionnaire หรือ FFMQ สร้างโดย Baer et al. (2006) ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินด้วยตนเองครอบคลุม 5 มิติได้แก่ การสังเกต การอธิบาย การปฏิบัติโดยรู้ตัว การไม่ตัดสินความคิด อารมณ์และความรู้สึก และการไม่ตอบโต้ต่อความคิด เป็นแบบประเมินค่า Likert scale 5 ระดับของแต่ละมิติ ค่าคะแนนสูงหมายความว่ามีความมีสติมากมีค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) ของแต่ละมิติ ดังนี้ การสังเกต = 0.83 การอธิบาย = 0.91 การปฏิบัติโดยรู้ตัว = 0.87 การไม่ตัดสินความคิดอารมณ์และความรู้สึก = 0.87 และการไม่ตอบโต้ต่อความคิด = 0.75

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกประสบการณ์การฝึกสติ จากโปรแกรมสติบำบัดของ ینگุทธ์ วงศ์ภิรมย์ศานต์ (2559) มาประเมินหลังปฏิบัติทุกครั้ง ทั้งในวันที่มาทำกิจกรรมและเมื่อนำไปฝึกปฏิบัติต่อเป็นการบ้าน นอกจากนี้มีการทบทวนการบ้านก่อนดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป ซึ่งสามารถประเมินความก้าวหน้าของการฝึกสติได้

5. โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) ที่นำมาจาก Maneerat et al. (2011) เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยเน้นการฝึกสติตามแนวคิดของ Segal et al. (2002) ให้เข้าใจการทำงานของจิต มีสติรู้เท่าทันอารมณ์และความคิดทางลบ มีสภาวะจิตที่เป็นกลาง ปราศจากอคติซึ่งจะช่วยให้มีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมจึงพัฒนาแต่ละกิจกรรมให้สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ

แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ Grotberg (1995) โดย Maneerat et al. (2011) ที่นำมาศึกษาในบริบทผู้สูงอายุไทย	แนวคิดสติบำบัด (Segal et al., 2002)	ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิด
<p>ความมั่นใจในการดำรงชีวิต (I AM) มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต รู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง สามารถอดทนต่อความยากลำบากได้ มีสิ่งที่ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ</p>	<p>ฝึกสมาธิ และฝึกสติในชีวิตประจำวัน</p>	<p>กิจกรรมที่1 สติพาให้รู้จักความเข้มแข็งทางใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งทางใจ และสติ เรียนรู้จักความเข้มแข็งทางใจจากภาพ ค้นหาความเข้มแข็งทางใจของตนเอง สิ่งทีภาคภูมิใจ ปฏิบัติการฝึกสมาธิ ให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายสงบในใจต่อการฝึกสติ ในอิริยาบถยืน เดิน และกิน เตรียมสภาวะจิตให้อยู่กับปัจจุบัน (Being mode) เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมครั้งต่อไป</p>

<p>แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ Grotberg (1995) โดย Maneerat et al. (2011) ที่นำมาศึกษาในบริบทผู้สูงอายุไทย</p>	<p>แนวคิดสติบำบัด (Segal et al., 2002)</p>	<p>ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิด</p>
<p>ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (I CAN) เป็นความสามารถในการมีกิจกรรมกับผู้อื่น ชอบพูดคุย ให้ความช่วยเหลือ แก่ผู้อื่น รวมถึงการเป็นคนมีอารมณ์ขัน แม้ในยามทุกข์ มีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ มีความภาคภูมิใจในตนเอง</p>	<p>-Doing mode เรียนรู้การตอบสนองตามความเคยชิน -Being mode ฝึกสติสังเกตความรู้สึกของร่างกาย (Body scan)</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 สติสร้างความผูกพัน -ให้สมาชิกทบทวนปัญหาสัมพันธ์ภาพในอดีต -ฝึกมีสติสังเกตความรู้สึกของร่างกาย ให้มีการเผชิญกับอารมณ์ทางลบที่เหมาะสม มีความอดทน มุ่งมั่นที่จะผ่านความรู้สึกที่รุนแรงไปได้ และปรับการสื่อสารอย่างมีสติด้วยภาษาฉันแบ่งกลุ่มให้สมาชิกทำงานร่วมกัน และมีการแสดงบทบาทสมมติ ช่วยให้มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อผู้อื่น ลดผลกระทบจากการใช้อารมณ์ในการสื่อสาร สามารถอยู่ร่วมกับได้อย่างมีความสุขมากขึ้น</p>
<p>ความมั่นใจในการดำรงชีวิต (I AM) มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต รู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง สามารถอดทนต่อความยากลำบากได้ มีสิ่งที่ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ</p>	<p>-Doing mode เรียนรู้การตอบสนองตามความเคยชิน -Being mode ฝึกสติรู้ทันความคิดด้วยการตีบ้าย</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 สติคิดบวก มั่นใจในการดำรงชีวิต -ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเองในอดีตที่เกิดขึ้นเองโดยไม่รู้ตัว และยังคงหมกมุ่นยึดติดกับความคิดลบนั้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า -ฝึกมีสติรู้ทันความคิด จะช่วยแยกแยะความคิดทางลบออกจากความจริง ลดการครุ่นคิดที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เรียนรู้การเผชิญปัญหา</p>

<p>แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ Grotberg (1995) โดย Maneerat et al. (2011) ที่นำมาศึกษาในบริบทผู้สูงอายุไทย</p>	<p>แนวคิดสติบำบัด (Segal et al., 2002)</p>	<p>ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิด</p>
	<p>ความคิด (Labelling)</p>	<p>ด้วยการคิดบวกอย่างสร้างสรรค์ ให้ความหมายใหม่ในสิ่งที่เคยรับรู้ และการคิดแบบใจเขาใจเรา เป็นการกระตุ้นการคิดบวก เข้าใจชีวิตมากขึ้น ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการดำรงชีวิต</p>
<p>ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม (I HAVE) รับรู้ว่ามิบุคคลที่ไว้วางใจ พุดคุยปรับทุกข์ได้ หรือ บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของต่างๆ ได้</p>	<p>-Doing mode เรียนรู้การตอบสนองตามความเคยชิน -Being mode ฝึกสติสังเกต ความรู้สึกทั่วร่างกายและสติรู้ทันความคิด</p>	<p>กิจกรรมที่ 4 สติพาพบคนไว้วางใจ -ทบทวนแหล่งให้ความช่วยเหลือทั่ว ๆ ไป -ฝึกสติปล่อยวางอารมณ์และความคิด ลดความคิดที่อคติต่อผู้อื่น ช่วยให้คิดถึง คำนึงเห็นความสำคัญของผู้อื่นมากขึ้น ค้นหาบุคคลที่ไว้วางใจได้ และแหล่งให้ความช่วยเหลือที่ระบุได้อย่างชัดเจน</p>
<p>ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ (I HAVE) การมีที่พึ่งทางใจ มีกลุ่มเพื่อนคอยเป็นกำลังใจช่วยเหลือ รวมถึงการมีโอกาสได้ปฏิบัติกิจกรรมตามศาสนา ขอพรให้สิ่ง</p>	<p>-Doing mode เรียนรู้การตอบสนองตามความเคยชิน -Being mode ฝึกสติสังเกต ความรู้สึกทั่วร่างกายและสติ</p>	<p>กิจกรรมที่ 5 สติพบความมั่นคงทางจิตใจ -สำรวจความคิดเห็นต่อสุขภาพของตน การได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาในอดีต -ฝึกสติปล่อยวางอารมณ์และความคิด นำเข้าสู่กิจกรรมแผ่เมตตา ให้อภัยต่อตนเองและผู้อื่น เป็นโอกาสที่ให้สมาชิกได้ขอบคุณตนเอง มีจิตใจที่ให้อภัยผู้อื่น นอกจากนั้นยังเป็นกิจกรรมที่</p>

<p>แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ Grotberg (1995) โดย Maneerat et al. (2011) ที่นำมาศึกษาในบริบทผู้สูงอายุไทย</p>	<p>แนวคิดสติบำบัด (Segal et al., 2002)</p>	<p>ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิด</p>
<p>ดี ๆ เกิดขึ้นกับตน</p>	<p>รู้ทันความคิด</p>	<p>ส่งเสริมให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ได้ขอพรให้สิ่งดี ๆ เกิดขึ้นกับตน</p>
<p>ด้านความสามารถในการลดความเครียดและการจัดการกับปัญหา (I CAN) เป็นความสามารถในการควบคุมอารมณ์ในสถานการณ์คับขันหาวิธีผ่อนคลายความเครียดให้ตนเองได้ รวมถึงการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตมาใช้แก้ไขปัญหามาปัจจุบัน</p>	<p>-Doing mode เรียนรู้การตอบสนองตามความเคยชิน -Being mode ฝึกสติสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกายและสติรู้ทันความคิด</p>	<p>กิจกรรมที่ 6 สติคลายเครียด -ทบทวนการจัดการความเครียดในอดีต -ใช้สติปล่อยวางอารมณ์และความคิด ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ยับยั้งการตอบโต้ตามความเคยชิน มีความไวต่อความรู้สึกถึงเครียดของกล้ามเนื้อ เรียนรู้จักความเครียดให้มากขึ้น และให้ความรู้การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม ฝึกการคลายเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างถูกวิธี ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง</p>

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พัชรี คำตา อัมพวรรณ ธากาศ และ ชนากานต์ แสงสิงห์ชัย (2550) ศึกษารูปแบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ โดยกระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 8 คน พบว่า การสร้างความรู้สึที่ดีต่อตนเอง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ สามารถจัดการกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิต มีทักษะการจัดการกับอารมณ์ สร้างความสุขให้กับตนเอง มีทักษะการสื่อสาร สายสัมพันธ์เกื้อหนุน มีจุดมุ่งหมายในชีวิต เห็นคุณค่าในตนเองส่งผลไม่ให้เกิดซ้ำ

พลภัทร์ โล่เสถียร (2553) ศึกษาการบำบัดโรคซึมเศร้าเรื้อรังด้วยการเจริญสติ รายงานกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ผลการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยรายแรกที่เจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้ามานาน 5 ปี มีคะแนน MADRS ที่ลดลงในระยะเวลา 3 เดือนและ 3 ปี สามารถที่จะหยุดยาด้านเศร้าได้ และไม่มีอาการกำเริบซ้ำหลังจากหยุดยาประมาณ 3 ปี ส่วนกรณีผู้ป่วยรายที่ 2 เจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าเรื้อรังมานาน 20 ปี หลังจากเข้ารับการฝึกสติประมาณ 3 เดือน พบว่าคะแนน MADRS ลดลง และมีการติดตามการรักษาไม่นาน 8 เดือน สามารถลดขนาดยาด้านเศร้าและหยุดยาได้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พรเพ็ญ อารีกิจ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 165 คน พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการรู้จัก แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ และความสิ้นหวัง ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

มูจรินทร์ พุทธเมตตา (2557) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง จำนวน 176 คน พบว่า ความสามารถในการรู้จัก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่และความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า

พัชรราวไล คอรเนตร (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในวัยผู้ใหญ่ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

Kitsumban, Thapinta, Sirindharo, & Anders. (2009) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติและการรู้คิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยเพศหญิง เป็นการวิจัยเชิงทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 54 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 27คน ดำเนินการทดลอง 11 sessions 7 สัปดาห์ และติดตามผลอีก 3 เดือน พบว่าผู้สูงอายุหญิงมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลง

Bohy (2010) ศึกษาผลของโปรแกรมการเพิ่มสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสโดยใช้สติ เป็นพื้นฐานในคู่สามีภรรยาจำนวน 10 คู่ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมคู่สามีภรรยามีการพัฒนา

สัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ยอมรับเข้าใจกัน เห็นอกเห็นใจ เปิดใจรับการเปลี่ยนแปลง มีปฏิริยาต่อต้านกันน้อยลง มีทักษะจัดการกับความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด เห็นแก่ตัวน้อยลง ซึ่งคู่สามีภรรยา มองว่า การซื่อสัตย์และการเข้ากันได้เป็นความท้าทายและเป็นความแข็งแกร่ง การศึกษานี้เป็นการพัฒนาเพื่อให้เห็นความสอดคล้องระหว่างสติและความเข้มแข็งทางใจ

Tomac (2011) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลของสติต่อความเข้มแข็งทางใจในบริบทของการควบคุมอารมณ์ รูปแบบบุคลิกภาพและการมีคุณค่าในตนเองในนักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 114 คน พบว่า ทั้งการควบคุมอารมณ์ การมีคุณค่าในตนเองและการมีสติ มีความสัมพันธ์ระดับสูง และสามารถร่วมทำนายต่อความเข้มแข็งทางใจได้ ส่วนรูปแบบบุคลิกภาพสามารถร่วมทำนายได้ในระดับต่ำ และสนับสนุนว่าสติเป็นเครื่องมือที่จำเป็นของบุคคลในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

Chavers (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจิตวิญญาณ ศาสนา สติ และ 5 ลักษณะของบุคลิกภาพหลักกับความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ จำนวน 208 คน พบว่า สติมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับศาสนาและสามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจได้ บุคลิกภาพแบบเปิดเผย บุคลิกภาพแบบประนีประนอมและบุคลิกภาพแบบซื่อตรงมีความสัมพันธ์ระดับกลางกับศาสนาและสามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจได้ระดับน้อย

Seok et al. (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ความเข้มแข็งทางใจ อาการซึมเศร้า และความเครียดในช่วงต้นของชีวิต ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 26 คน การศึกษาพบว่าความเครียดในช่วงต้นชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ส่วนความเข้มแข็งทางใจช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นควบคุมตนเองได้ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น ซึ่งสามารถใช้โปรแกรมความเข้มแข็งทางใจมาจัดกระทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Kulirova (2013) ศึกษาความเข้มแข็งทางใจที่มีความสัมพันธ์กับสติ ความเมตตา และรูปแบบความสัมพันธ์จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 114 คน พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อสติและความเมตตา การมีสติจะนำไปสู่การมีความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น สามารถปรับใช้เมื่อเผชิญกับความเครียดได้

Nila, Holtn, Ditzen, & Aguilar-Raab. (2016) ศึกษาผลของการบำบัดด้วยสติต่อความเครียด ความอดทนในความทุกข์ยากและความเข้มแข็งทางใจวัยผู้ใหญ่กลุ่มตัวอย่าง 49 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 29 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยสติ มีระดับความอดทนต่อความทุกข์ยากและความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น สามารถลดความเปราะบางที่จะนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตและความเครียดลดลงได้ จากการที่ไม่ยึดติดและไม่ได้ตอบกลับเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น ขณะที่การยอมรับและการไม่ตัดสิน ทำให้มีความอดทนต่อความทุกข์ยากมากขึ้น ดังนั้นการลดปฏิริยาโต้ตอบกลับและการแยกแยะตัวเองออกจากประสบการณ์ทางลบได้ มีผลให้การฟื้นกลับมาสู่ภาวะปกติได้เร็วยิ่งขึ้น

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งใจ ซึ่งมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งทางใจพบว่า การมีสติมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความเข้มแข็งทางใจและสามารถร่วมทำนายความเข้มแข็งทางใจได้ การมีสตินำไปสู่การมีความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดด้วยสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลง จากการให้โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และมีการนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจมาใช้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำสามารถสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง มีทักษะการจัดการด้านอารมณ์และจัดการกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิตได้ มีจุดมุ่งหมายในชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้การฝึกสติมาร่วมในการสร้างโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ(Grotberg, 1995)ที่เน้นการฝึกสติ (Segal et al., 2002) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สติพาให้รู้จักความเข้มแข็งทางใจ สร้างสัมพันธภาพ และ ทำความรู้จักกับภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งทางใจ สติ และ ปฏิบัติการฝึกสติ ค้นหาความเข้มแข็งทางใจของตนเอง

กิจกรรมที่ 2 สติสร้างความผูกพัน ทบทวนปัญหาสัมพันธภาพในอดีต ใช้สติสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกายแล้วปล่อยวาง ปรับการสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพด้วยภาษาฉัน

กิจกรรมที่ 3 สติคิดบวก มั่นใจในการดำรงชีวิต สสำรวจความคิดทางลบของตน ใช้สติปล่อยวางความคิดทางลบ เรียนรู้การคิดบวกแบบสร้างสรรค์และแบบใจเขาใจเรา

กิจกรรมที่ 4 สติพาพบคนไว้วางใจ สสำรวจแหล่งให้ความช่วยเหลือ ใช้สติรับรู้ระบุแหล่งสนับสนุนให้ชัดเจน

กิจกรรมที่ 5 สติพบความมั่นคงทางจิตใจ สสำรวจความคิดเห็นต่อสุขภาพ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในอดีต ใช้สติร่วมกับการแผ่เมตตาให้ตนเองและผู้อื่น

กิจกรรมที่ 6 สติคลายเครียด ทบทวนการจัดการความเครียดในอดีต ใช้สติเรียนรู้การผ่อนคลายความเครียด

ภาวะซึมเศร้า

(Beck, 1967)

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (Quasi-Experimental Research) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

O ₁	x	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ

O₂ หมายถึง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ

X หมายถึง โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ

O₃ หมายถึง ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ ICD-10 (F32-F33) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย (Including Criteria) มีดังนี้

1. เพศชาย และเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป (มีคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป)
3. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม
4. สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Excluding criteria) มีดังนี้

1. มีอาการทางจิตที่รุนแรงหรือมีโรคแทรกซ้อนทางกาย
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการทฤษฎีขีดจำกัดเข้าสู่ศูนย์กลาง (Central Limit Theorem) เป็นทฤษฎีความน่าจะเป็นของการแจกแจงแบบปกติ ของค่าเฉลี่ยตัวแปรที่มีจำนวนมากซึ่งนำมาหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างซ้ำ ๆ กันเพื่อให้ได้ค่าเฉลี่ยที่ดีที่สุดที่สุ่มนั้นพบว่า ยังมีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการประมาณค่าสถิติที่แน่นอน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับงานวิจัย ควรมีจำนวนตัวอย่าง อย่างน้อยเท่ากับ 30 ขึ้นไป ที่ค่าเฉลี่ยจะมีการแจกแจงแบบปกติ (Rice, 2006) ซึ่งสามารถอ้างอิงถึงจำนวนประชากรได้ และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก ร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานฝ่ายเวชระเบียนของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อขอแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มาจากตามนัดและไม่ตรงนัด ในแต่ละวันที่ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูล นำแฟ้มมาศึกษาข้อมูลและเข้าพบผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. เมื่อประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นให้ข้อมูลชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัย โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายการเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมงานวิจัย จากนั้นให้ consent ซึ่งยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งมีสมาชิกยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 34 คน เนื่องจากสมาชิกอีก 6 คน ไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทั้ง 6 กิจกรรม และมีปัญหาทางสุขภาพที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อทดลอง โดยการจับคู่ (Matched pair) อายุ (Goud & Nikhade, 2015) และคะแนนภาวะซึมเศร้า (อันชนก พรหมภักดี และพิเชษฐ อุดมรัตน์, 2551) เนื่องจากตัวแปรด้านอายุ และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แสดงดังตารางที่ 5 ภาคผนวก ค มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุอยู่ในช่วง 60-73 ปี ถือว่าเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-74 ปี) จากการเปรียบเทียบคุณลักษณะตามช่วงอายุโดยใช้ตามเกณฑ์ของสถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ของสหรัฐ (กรมอนามัย, 2560) และมีความสอดคล้องจากการศึกษาคุณลักษณะ ศรีเพ็งที่ศึกษาผลของจิตบำบัด ประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ (2554) มีช่วง

ห่างการจับคู่ของอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 0-4 ปี ดังนั้นการจับคู่ด้วยอายุของการวิจัยครั้งนี้มีช่วงห่างระหว่างอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 0-3 ปี จึงสามารถยอมรับได้

คะแนนภาวะซึมเศร้าของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับเดียวกัน โดยมีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง 4 คู่ ระดับภาวะซึมเศร้ามาก 9 คู่และระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง 4 คู่ และช่วงห่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ 0-3 คะแนน สามารถยอมรับได้เนื่องจากสอดคล้องกับงานวิจัยของปวีณา นพโสธร (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยมีช่วงห่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ 0-3 คะแนนและใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้

4. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 17 คนและกลุ่มควบคุม 17 คน โดยวิธีการจับสลาก เพื่อเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร หรือไม่เกิดความลำเอียงในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการทดลองตามโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยนำเสนอโครงร่างฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ต่อสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์และได้รับเห็นชอบและอนุมัติในการทำวิจัยเมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2560 ดังภาคผนวก ข ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้อ่านเอกสารเข้าร่วมวิจัย และได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยและระหว่างขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดข้อสงสัยในระหว่างการวิจัย สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง และเน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ ผลของการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีข้องเกี่ยวกับซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ตอบรับการวิจัย มีการลงลายมือไว้ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

คือ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Grotberg,1995) ที่เน้นการฝึกสติ (Segal et al., 2002) มีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

1. ศึกษาจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎี การสร้างความเข้มแข็งทางใจ รวมทั้งศึกษาในประเด็นที่ครอบคลุมการฝึกสติ

2. ผู้วิจัยเข้าร่วมการฝึกสติบำบัดตามโปรแกรม Mindfulness-Based Therapy and Counseling (MBTC) โดย นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ เป็นหลักสูตร 4 วันจัดขึ้นที่โรงแรมเดอะริช จ.นนทบุรี เมื่อ 1-4 เม.ย.2559 และฝึกปฏิบัติด้วยตัวเองต่อเนื่องอย่างเคร่งครัดเป็นเวลา 5

สัปดาห์ที่ได้รับประกาศนียบัตรเป็นผู้บำบัดเบื้องต้น และเข้าร่วมฝึกปฏิบัติธรรม ที่วัดมเหยงค์ จ.อยุธยา เป็นเวลา 5 วัน

3. สร้างโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ที่เน้นการฝึกสติตามแนวคิดของ Segal et al. (2002) มาจัดกระทำต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มทดลอง โดยทำกิจกรรม 6 ครั้ง ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ในรูปแบบของการสอน การให้คำปรึกษา การฝึกปฏิบัติ การแสดงบทบาทสมมติ การมอบหมายและทบทวนการบ้าน ทุกสัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที รวมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 สติพาให้รู้จักความเข้มแข็งทางใจ ให้ความรู้ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งทางใจ และสติ เรียนรู้จักความเข้มแข็งทางใจผ่านทางภาพ ปฏิบัติการฝึกสมาธิ และฝึกสติในชีวิตประจำวันได้แก่ สติในการกิน การนั่ง และการเดิน เป็นการเตรียมสภาวะจิตให้อยู่กับปัจจุบันส่งผลให้มีจิตใจที่สงบแม้อยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด พร้อมเปิดรับสิ่งที่จะเรียนรู้ใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ค้นหาความเข้มแข็งทางใจของตน สอดคล้องกับความเข้มแข็งทางใจมิติด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิต

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 สติสร้างความผูกพัน ทบทวนปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นในอดีต ใช้สติการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย เป็นการเผชิญต่ออารมณ์ ความรู้สึกทางลบอย่างมีประสิทธิภาพและมีความมุ่งมั่นที่จะผ่านความรู้สึกที่รุนแรงไปให้ได้ มองสิ่งต่างๆ ได้ละเอียดมากขึ้น มีการเผชิญอารมณ์ทางลบได้เหมาะสม เรียนรู้การสื่อสารอย่างมีสติด้วยภาษาฉัน ไม่ตอบโต้ด้วยอารมณ์ตามความเคยชิน แบ่งกลุ่มทำงานร่วมกัน และแสดงบทบาทสมมติ ช่วยให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่เกิดปัญหาสัมพันธภาพที่รุนแรง สอดคล้องกับความเข้มแข็งทางใจมิติด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

สัปดาห์ที่ 2

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 3 สติคิดบวก มั่นใจในการดำรงชีวิต สสำรวจความคิดทางลบของตนเองแล้วใช้สติรู้ทันและปล่อยวางความคิด ทำให้แยกแยะความคิดทางลบออกจากความจริง ลดการครุ่นคิดที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เรียนรู้วิธีการคิดบวกแบบสร้างสรรค์และเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมโดยวิธีแบบใจเขาใจเราอย่างมีสติ เพื่อให้มีการเผชิญกับปัญหาได้เหมาะสม สอดคล้องกับความเข้มแข็งทางใจมิติด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิต

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 4 สติพาพบคนไว้วางใจ เป็นการสำรวจแหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุน ใช้สติปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบ เมื่อมีสภาวะจิตที่เป็นกลาง ปราศจากอคติให้ค้นหาแหล่งสนับสนุนโดยระบุบุคคล สถานที่ให้ชัดเจน สอดคล้องกับความเข้มแข็งทางใจมิติด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม

สัปดาห์ที่ 3

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 5 สติพบความมั่นคงทางจิตใจ สำนวญความคิดเห็นต่อสุขภาพร่างกาย สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในอดีต ใช้สตินำเข้าสู่การแผ่เมตตาให้ตนเองและผู้อื่น ได้มีโอกาสการขอพรให้สิ่งดีๆเกิดขึ้นกับตน สอดคล้องกับความเข้มแข็งทางใจมิติด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 6 สติคลายเครียด ทบทวนวิธีการจัดการความเครียดในอดีต ใช้สติเรียนรู้วิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับความเข้มแข็งทางใจมิติด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหาและผ่อนคลายความเครียด

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติที่สร้างขึ้นปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่านโดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คนจาก 5 คนพิจารณาเนื้อหา ได้รับข้อชี้แนะให้ปรับปรุง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับ คือ แก่ชื่อของแต่ละกิจกรรม ปรับรูปแบบของกิจกรรมให้สอดคล้องกับมิติของความเข้มแข็งทางใจในแต่ละด้านให้ชัดเจน จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรมและความถูกต้องของภาษาก่อนนำไปใช้จริง ดังนี้

1. ชื่อกิจกรรมที่ 1 จากเดิม ความสุขทางใจ เป็นสติพาให้รู้จักความเข้มแข็งทางใจ ให้เลือกการใช้ยลล์ แทนถั่วต้มในการฝึกสติเกี่ยวกับการกิน เพิ่มเนื้อหาสาระของกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพ และอธิบายให้เห็นความเชื่อมโยงของความเข้มแข็งทางใจ ภาวะซึมเศร้าและสติให้มากขึ้นมากขึ้น ดังนี้

จากเดิม สมมติเป็นสภาวะที่จิตพักโดยรู้ตัวตลอดเวลา ความสงบของสมาธิจะพัฒนาให้มีสติดีขึ้น และสติที่ได้รับการฝึกฝนจะทำให้ทำงานใด ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถรับมือกับความเครียดหรือสิ่งเร้าที่เข้ามาในชีวิตได้ ทำให้เกิดความมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

เปลี่ยนเป็น ความเข้มแข็งทางใจ สามารถสร้างได้ด้วยการฝึกสติ เริ่มต้นจากการฝึกสมาธิซึ่งเป็นพื้นฐานของการฝึกสติ และสติที่ได้รับการฝึกฝน มีความรู้สึกตัวอยู่ทุกกิจกรรมที่ทำในปัจจุบัน จะทำให้ลดการครุ่นคิด หลุดพ้นจากความทุกข์ที่หมกมุ่นอยู่กับอดีตที่ผ่านมา และอนาคตที่ยังมาไม่ถึง มีความมั่นใจที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าได้

ใบงานที่ 1 จากเดิมให้สมาชิกอธิบายประสบการณ์การฝึกสติและประโยชน์ที่ได้รับ ให้ตัดออก และปรับเป็นการนำมาตั้งคำถามให้สมาชิกตอบแทนหลังจากฝึกปฏิบัติ เพราะมีแบบประเมินประสบการณ์การฝึกสติอยู่แล้ว

2. ชื่อกิจกรรมที่ 2 จากเดิม อารมณ์ดี ใจดี เป็นสติพาสร้างความผูกพัน ตัดในใบความรู้และใบงานเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีออก เปลี่ยนเป็นการฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

จากเดิม การมีสติรู้ทั่วร่างกาย ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่าตนสามารถจัดการกับอารมณ์ทางลบได้ มองเห็นข้อดีของตนเอง พัฒนาการมองโลกในแง่ดีโดยเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมที่สะสมมา

เปลี่ยนเป็น ปัญหาสัมพันธ์ภาพส่วนใหญ่เกิดจากการใช้อารมณ์ทางลบสื่อสารต่อกัน ดังนั้นเมื่อสามารถปล่อยวางอารมณ์ ความรู้สึกทางลบได้ มีสติรู้ในปัจจุบัน ใช้การสื่อสารอย่างมีสติ ส่งผลให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขมากขึ้น

เพิ่มเนื้อหาในใบงานให้สอดคล้องกับใบความรู้ โดยเพิ่มหัวข้อการทบทวนปัญหาสัมพันธ์ภาพในอดีต และการใช้ภาษาฉันตามสถานการณ์ที่สมาชิกร่วมกันคิดขึ้นมาจากประสบการณ์จริง

3. ชื่อกิจกรรมที่ 3 จากเดิม คิดดี มีสุข เป็นสติคิดบวก มั่นใจในการดำรงชีวิต ตัดในใบความรู้และใบงานเกี่ยวกับการค้นหาจุดแข็งของตนเองออก เปลี่ยนเป็นการเรียนรู้วิถีคิดบวก ดังนี้

จากเดิม การสังเกตรู้ทันความคิดอย่างมีสติและปล่อยวางได้ จะทำให้เห็นว่า ถ้าไม่ยึดติดกับความคิดก็จะเป็นทุกข์ การมองเห็นจุดแข็งของตนเอง และมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนจะสามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ได้ และทำให้เรามีความสุขกับการดำรงชีวิตได้

เปลี่ยนเป็น การสังเกตรู้ทันความคิดอย่างมีสติด้วยการติดป้ายความคิด ช่วยให้ระลึกว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้น แล้วไม่คิดตามนั้นคือ การปล่อยวางทางความคิดให้กลับมาอยู่กับปัจจุบัน การเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพอย่างมีสติได้แก่ การคิดอย่างสร้างสรรค์ และการคิดแบบใจเขาใจเรา ที่จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนจะสามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ได้

เพิ่มเนื้อหาในใบงานให้สอดคล้องกับใบความรู้ โดยเพิ่มการบอกประโยชน์ของผ้าขาวม้า และร่วมให้มากที่สุด และการแสดงออกที่สมาชิกชื่นชอบ/ไม่ชอบ

4. ชื่อกิจกรรมที่ 4 จากเดิม เพื่อนช่วยได้ เป็นสติพาพบคนไว้วางใจตัดในใบความรู้และใบกิจกรรมเกี่ยวกับกิจกรรมการฝึกทักษะการสื่อสารออก เปลี่ยนเป็นการค้นหาแหล่งสนับสนุนได้แก่

จากเดิม ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีปัญหาสัมพันธภาพกับคนในบ้าน มีการสื่อสารโดยใช้อารมณ์หรือโต้ตอบโดยอัตโนมัติ การสื่อสารอย่างมีสติ จะช่วยให้มีการแสดงออกทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทางอย่างเหมาะสม ช่วยแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างกันได้

เปลี่ยนเป็น บุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือ กำลังใจ ทำให้ผ่านวิกฤตการดำเนินชีวิตมาได้ ในบางครั้งที่เรามีความคิดทางลบเกิดขึ้น ทำให้มองไม่ออกว่ามีใครอยู่เคียงข้าง หากเรามีสติปล่อยวางกับอารมณ์และความคิดทางลบ ร่วมกับมีการคิดบวก การค้นหาบุคคลที่มีความไว้วางใจได้ จะช่วยให้สมาชิกทราบว่าตนไม่ได้อยู่เพียงคนเดียว รวมถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจพร้อมทั้งสามารถมองหาแหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ที่จะช่วยให้มีความสุขสบาย หรือบรรเทาความทุกข์จากทางร่างกายและจิตใจ และเพิ่มเบอร์โทรศัพท์ที่สำคัญในใบความรู้

5. ชื่อกิจกรรมที่ 5 จากเดิม อิมใจ เป็นสติมีความมั่นคงทางจิตใจ

6. ชื่อกิจกรรมที่ 6 จากเดิม ผ่อนคลายสบายชีวี เป็นสติคลายเครียด

ส่วนของใบประเมินประสิทธิผลการฝึกสติ ควรปรับให้มีขนาดตัวอักษรที่ใหญ่พอประมาณ ช่วยให้การอ่านได้ง่ายขึ้น

2. การตรวจสอบความเที่ยงของโปรแกรม (Reliability)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนภลัย ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน และไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมจนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น นำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง พบประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจโดยการยกตัวอย่างบุคคลที่คิดว่ามีความเข้มแข็งทางใจ พบว่าผู้ป่วยยังเข้าใจความหมายและคุณลักษณะของบุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจได้ไม่ครอบคลุม จึงเพิ่มสื่อความรู้ด้วยรูปภาพ เช่น ภาพดอกทานตะวันที่เติบโตบนดินที่แห้งแล้ง ภาพของสปริง ภาพก้อนหินที่เรียบทับซ้อนกันตั้งอยู่ท่ามกลางน้ำที่ไหลเชี่ยว เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจมากขึ้น

กิจกรรมที่ 6 พบว่าขณะฝึกการเกร็งกล้ามเนื้อในแต่ละส่วนนั้น ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตึงเครียดไปทั้งตัว เป็นเพราะว่า ผู้ป่วยไม่ได้เกร็งกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนตามที่ผู้วิจัยให้ปฏิบัติ จึงปรับให้ผู้ป่วยฝึกเกร็งกล้ามเนื้อจากออกแรงเบา ๆ แล้วค่อยเพิ่มความแรงของการเกร็งกล้ามเนื้อขึ้นเรื่อย ๆ

ร่วมกับการรู้สติดีตลอดเวลา ให้รับรู้ความรู้สึกแข็ง เกร็งของกล้ามเนื้อในแต่ละส่วนนั้น และให้รีบบอกอาการแก่ผู้วิจัยทราบ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1. แบบเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว นำมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้ไขเนื้อหาให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้ เพิ่มข้อมูลที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว

ส่วนที่ 2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1967) ปรับปรุงโดย วัชรวิ แสงสาย (2556) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้า และอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า เน้นการประเมินด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมใช้กับบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 13 - 80 ปี มีความสะดวกในการนำมาใช้และสามารถนำมาประเมินซ้ำได้ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อ เป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนนตามลำดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีคะแนนรวม เท่ากับ 0 - 63 คะแนน การแปลผลคะแนน โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

คะแนน 30-63 คะแนนขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (severe depression)

คะแนน 20-29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก (moderate-severe depression)

คะแนน 16-19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (mild-moderate depression)

คะแนน 10-15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (mild depression)

คะแนน 0 - 9 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ(normal)

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1967) ปรับปรุงโดย วัชรวิ แสงสาย (2556) ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ สุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน ให้มีความถูกต้อง ชัดเจนของภาษาและลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน, ไม่เห็นด้วย 1 คะแนนและให้ผู้ทรงคุณวุฒิลงคะแนนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ถือเป็นเกณฑ์ที่

ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

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

เนื่องจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้เป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐาน มีความครอบคลุมภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงนำค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาจากงานวิจัยเรื่องผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของวัชรีย์ แสงสาย (2556) มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .95

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1967) ปรับปรุงโดย วัชรีย์ แสงสาย (2556) หลังจากได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว นำไปทดลอง (Try out) กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนภากาศ จำนวน 30 คนที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับที่จะทำวิจัย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Cronbach'Alpha Coefficient = .90

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยนำ เครื่องมือแบบประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย โดย Maneerat et al. (2011) เป็นเครื่องมือกำกับการทดลองซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาและทดสอบคุณภาพแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย โดยมีแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) เป็นพื้นฐานในการศึกษา ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบ (I AM, I HAVE, & I CAN) โดยแบ่งเป็น 5 ด้านคือ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการลดความเครียดและการจัดการกับปัญหา นำมาสร้างแบบสอบถามและทดสอบกับผู้สูงอายุซึ่งผ่านการวิเคราะห์ให้มีความสอดคล้องกับผู้สูงอายุไทย พบว่า แบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อคะแนนสูง หมายถึง บุคคลนั้นมีพลังสุขภาพจิตสูงในการก้าวผ่านชีวิตที่มีความยากลำบาก ให้กลับมาสู่ภาวะปกติหรือสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ ซึ่งผลการทดสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูง ($r = .91$) และมีการทดสอบความเที่ยงแบบวัดซ้ำ ได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .91 โดยมีการให้คะแนนเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert's scale) มีระดับคะแนน 1 – 4 คะแนน เริ่มตั้งแต่ไม่เห็นด้วย จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด มีคะแนนรวม เท่ากับ 0 – 96 คะแนน โดยมีรายละเอียดดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านค่อนข้างมาก
 เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านค่อนข้างน้อย
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่เป็นจริง หรือไม่ตรงกับตัวท่านเลย

การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งค่าคะแนนพลังสุขภาพจิตเป็น 3 ระดับ โดยใช้การ
 คำนวณหาอันตรภาคชั้น ดังนี้

คะแนนสูงสุด- คะแนนต่ำสุด

จำนวนช่วง

เกณฑ์การแปลผลได้ความหมายค่าคะแนน คือ

73-96 คะแนน หมายถึง พลังสุขภาพจิตระดับสูง

49-72 คะแนน หมายถึง พลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง

24-48 คะแนน หมายถึง พลังสุขภาพจิตระดับต่ำ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการ
 ฝึกสติต้องมีระดับพลังสุขภาพจิตระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 73 คะแนนขึ้นไป) เนื่องจากผู้ที่มีพลัง
 สุขภาพจิตระดับปานกลางมีความเสี่ยงต่อเกิดการซึมเศร้าที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Min, Lee, &
 Chae, 2015)

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

แบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย ตามแนวคิดของ Grotberg
 (1995) พัฒนาโดย Maneerat et al. (2011) ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดย
 ผู้ทรงคุณวุฒิสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และ
 พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน ให้มีความถูกต้อง ชัดเจนของภาษาและลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา โดยให้
 คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด เป็น 4 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน
 และให้ผู้ทรงคุณวุฒิลงคะแนนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยค่าดัชนีความตรง
 เชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ถือเป็นเกณฑ์ที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและ
 สอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Hambleton et al.; 1975 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตนรากร,
 2544)

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

จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินพลังสุขภาพจิต เท่ากับ
 .96 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ก่อน

นำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นการแก้ไขชื่อแบบประเมินจากแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจเป็นแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย ตามชื่อที่ผู้พัฒนาเครื่องมือได้กำหนดไว้

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

แบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทยตามแนวคิดของ Grotberg (1995) พัฒนาโดย Maneerat et al. (2011) หลังจากได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว นำไปทดลอง (Try out) กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนภากาศ จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มที่จะทำการวิจัย แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Cronbach'Alpha Coefficient = .95

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องการสร้างความเข้มแข็งทางใจ และการฝึกสติ โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา หนังสือ เอกสาร งานวิจัย และการเข้ารับการอบรมเรื่องสติบำบัด การฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง ร่วมกับได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และพัฒนาทักษะการให้ความรู้ การสอน และทำความเข้าใจกับเครื่องมือที่สร้างขึ้น

2. สร้างโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของ Grotberg (1995) ที่เน้นการฝึกสติตามแนวคิดของ Segal et al. (2002)

3. เตรียมเครื่องมือ ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และทำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเครื่องมือกำกับการทดลองจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

4. ขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยที่เรียบร้อยแล้วยื่นต่อคณะกรรมการ และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ เมื่อ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

5. จัดเตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยขออนุญาตจากหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก ใช้สถานที่คลินิกผู้สูงอายุเป็นสถานที่ในการทดลอง

6. เตรียมผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยจำนวน 1 คน เป็นพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อย่างน้อย 5 ปี เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการเก็บข้อมูลและร่วมสังเกต จดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแต่ละกิจกรรมของโปรแกรม

7. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอน การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และสอบถามความสมัครใจโดยให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนด จำนวน 34 คน จากนั้นใช้วิธีการจับคู่ (Matched-pair) แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 17 คน และกลุ่มควบคุม 17 คน หลังจากนั้นนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรม โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 มีสมาชิก 8 คน และกลุ่มที่ 2 มีสมาชิก 9 คน เพื่อให้เหมาะสมกับการทำกิจกรรม ตามตารางการนัดหมาย ณ คลินิก ผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ดังนี้

ตารางที่ 2 การนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง	วันที่ทำกิจกรรม / เวลา
กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 1	
กลุ่มที่ 1	วันที่ 13 มีนาคม 2560 เวลา 9.00 – 10.30 น.
กลุ่มที่ 2	วันที่ 21 มีนาคม 2560 เวลา 9.00 – 10.30 น.
กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 1	
กลุ่มที่ 1	วันที่ 16 มีนาคม 2560 เวลา 9.00 – 10.30 น.
กลุ่มที่ 2	วันที่ 24 มีนาคม 2560 เวลา 9.00 – 10.30 น.
กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 2	
กลุ่มที่ 1	วันที่ 20 มีนาคม 2560 เวลา 9.00 – 10.30 น.
กลุ่มที่ 2	วันที่ 28 มีนาคม 2560 เวลา 9.00 – 10.30 น.
กิจกรรมที่ 4 สัปดาห์ที่ 2	
กลุ่มที่ 1	วันที่ 23 มีนาคม 2560 เวลา 9.00 – 10.15 น.
กลุ่มที่ 2	วันที่ 31 มีนาคม 2560 เวลา 9.00 – 10.15 น.
กิจกรรมที่ 5 สัปดาห์ที่ 3	
กลุ่มที่ 1	วันที่ 27 มีนาคม 2560 เวลา 9.00 – 10.15 น.
กลุ่มที่ 2	วันที่ 4 เมษายน 2560 เวลา 9.00 – 10.15 น.
กิจกรรมที่ 6 สัปดาห์ที่ 3	
กลุ่มที่ 1	วันที่ 30 มีนาคม 2560 เวลา 9.00 – 10.30 น.
กลุ่มที่ 2	วันที่ 7 เมษายน 2560 เวลา 9.00 – 10.30 น.

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ภายหลังจากการประเมินภาวะซึมเศร้าแล้ว ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ จนครบ 6 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์
2. สรุบบันทึกขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม มีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สติพาให้รู้จักความเข้มแข็งทางใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก และสมาชิกด้วยกันให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเอง มีความไว้วางใจ
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งทางใจ และการฝึกสติ

การดำเนินกิจกรรม

เริ่มกิจกรรมด้วยการสร้างสัมพันธภาพ และผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วยการให้ความรู้ของภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งทางใจ และสติ ร่วมกับปฏิบัติการฝึกสติ ในอิริยาบถยืน เดิน และก้ม มีสติในกิจกรรมที่ทำ เพื่อเป็นพื้นฐานในการฝึกกิจกรรมครั้งต่อไป และให้ตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วยของตน เชื่อมโยงให้เห็นความสำคัญของการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่พัฒนาได้ในทุกช่วงวัยและการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า และมอบหมายการบ้าน

การประเมินผล

จากการสังเกตและตอบคำถาม พบว่า สมาชิกสามารถให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ระบายความรู้สึกสิ่งที่ไม่สบายใจในกลุ่มได้ มีสัมพันธภาพกับเพื่อนสมาชิกด้วยกันได้ สามารถอธิบายความหมายของความเข้มแข็งทางใจตามภาพได้ถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

ภาพต้นไม้สูงใหญ่ที่โอนอ่อนไปตามแรงลม สมาชิกให้ความหมายว่า “การยืดหยุ่น ภู่ตามสถานการณ์ มีความเข้มแข็ง หนักแน่น สามารถยืนหยัดอยู่ได้”

ภาพของสปริง สมาชิกให้ความหมายว่า “สามารถฟื้นฟู ยืดหยุ่น เด้งกลับ มีขึ้นก็มีลงได้ ก็เปรียบกับชีวิตของคน มีขึ้นก็มีลง”

สมาชิกสามารถบอกบุคคลที่คิดว่ามีคุณลักษณะของความเข้มแข็งทางใจ ได้แก่ นายกรัฐมนตรี และ สมเด็จพระสังฆราช สมาชิกสามารถบอกคุณลักษณะความเข้มแข็งทางใจของตนเองได้ ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“ฉันป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ ผ่านการผ่าตัดมาหลายครั้ง ยังมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม ผ่าตัดมาแทบทั้งตัว แต่ก็ทำใจเข้มแข็ง ต่อสู้ต่อไป อยู่เพื่อคนที่ยังอยู่กับเรา”

กิจกรรมการฝึกสติ พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่สามารถบอกได้ว่าจากการฝึกสมาธิทำให้ รู้สึกสงบ ผ่อนคลาย เมื่อฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบัน รับรู้จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 สมาชิกมีการพิจารณา กับสิ่งที่จะทำละเอียดขึ้น ส่วนใหญ่สามารถฝึกสติได้บ้าง ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึงประโยชน์ของการฝึกสติ จำเป็นต้องอาศัยเวลา และให้กำลังใจในการฝึกอย่างต่อเนื่อง

สรุป สมาชิกเข้าใจว่าความเข้มแข็งทางใจล้วนมีอยู่ในตัวเราทุกคน และสามารถสร้าง ขึ้นมาได้ด้วยตัวเอง จากการฝึกสติซึ่งจะช่วยให้ควบคุมอารมณ์ มีความอดทน ใจเย็น ปล่อยวางจาก ความคิดที่ฟุ้งซ่านได้ แล้วภาวะซึมเศร้าจะลดลง

กิจกรรมที่ 2 สติสร้างความผูกพัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและมีการจัดการกับ อารมณ์ทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถสร้างสัมพันธภาพ มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและอยู่ ร่วมกับผู้อื่นได้

การดำเนินกิจกรรม

เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย ทบทวนการบ้าน นึกถึง ปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดกับบุคคลใกล้ชิดที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการ จัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่รุนแรงโดยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body scan) เพื่อให้เกิด ความรู้สึกว่าจะเผชิญกับอารมณ์ทางลบได้ อยู่กับมันได้ด้วยจิตใจที่สงบ ควบคุมอารมณ์และมี พฤติกรรมตอบโต้ที่เหมาะสม จากนั้นให้ความรู้ปรับการสื่อสารอย่างมีสติด้วยภาษาฉัน สมาชิกได้คิด สถานการณ์ปัญหาสัมพันธภาพและช่วยกันปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น มีการแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้มี ทักษะของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น และมอบหมาย การบ้าน

การประเมินผล

การให้สมาชิกทบทวนปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นในอดีต พบว่าเกิดจากการใช้ อารมณ์โกรธ โมโห มีพฤติกรรมตำหนิ บางท่านขว้างปาข้าวของที่หยิบได้ใกล้ ๆ ซึ่งเป็นการ โต้ตอบแบบทันที จากนั้นยังพฤติกรรมที่ตามมาคือ ไม่มองหน้า ไม่พูดคุย ไม่ขออยู่บ้านเดียวกันส่งผล ให้เกิดผลกระทบต่อสัมพันธภาพระยะยาว ส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับลูก หลานที่ใกล้ชิด

หลังจากให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการใช้สติการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย สมาชิก สามารถรับรู้ต่อความรู้สึกเจ็บปวดจากร่างกายขณะฝึก มีความอดทนที่จะผ่านความรู้สึกที่รุนแรงนั้นไป

ให้ได้ จากการให้ความรู้การสื่อสารอย่างมีสติด้วยภาษาฉัน สมาชิกได้ร่วมกันกำหนดตัวอย่าง สถานการณ์ปัญหาสัมพันธ์ภาพ ช่วยกันคิดหาคำพูดด้วยภาษาฉัน และออกมาแสดงบทบาทสมมติจาก สถานการณ์จำลอง สมาชิกมีการปรึกษาหารือกัน ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

สถานการณ์ คือ เรียกให้หลานมารับประทานอาหารพร้อมกัน ซึ่งหลานกำลังติดเล่น เกมส้อยู่

สมาชิกใช้วิธีการสื่อสารอย่างมีสติด้วยภาษาฉัน ดังนี้

“ยายรู้สึกเหงา ไม่อยากนั่งกินข้าวคนเดียว ถึงเวลากินข้าวแล้ว ยายกลัวว่าหนูจะเป็นโรคกระเพาะ พักเกมสไว้ก่อน แล้วมากินข้าวกันเถอะ ด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวลพร้อมกับเข้าไปสัมผัส หลานเบา ๆ”

เมื่อมีการทบทวนจากการนำไปใช้ ระดับการมีสติในชีวิตประจำวัน อยู่ในช่วง 3-5 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน สมาชิกสามารถบอกได้ว่า ตนนำคำพูดที่แสดงความรู้สึกห่วงใยไป ใช้กับลูก แทนการพูดตำหนิแรง ๆ อย่างที่เคยทำ สามารถรับรู้ความรู้สึกไม่พอใจได้ ก็ไม่แสดงออกมา ใช้การรับรู้ลมหายใจ จากการหายใจเข้าออกช้า ๆ แล้วรู้สึกได้ว่าอารมณ์สงบขึ้น

กิจกรรมที่ 3 สติคิดบวก มั่นใจในการดำรงชีวิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับความคิดทางลบ
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถสังเกตรู้ทันความคิดทางลบและมีการจัดการกับความคิดทางลบได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพด้วยการคิดบวก เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในการเผชิญปัญหาและการดำรงชีวิต

การดำเนินกิจกรรม

เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย ทบทวนการบ้าน สำนวจ ความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการจัดการกับความคิดอัตโนมัติทางลบ ด้วยการตัดป้ายความคิด จากนั้นให้ความรู้การเผชิญปัญหาด้วยการคิดบวกแบบสร้างสรรค์และการคิดแบบใจเขาใจเรา เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมั่นใจว่าตนสามารถจัดการกับปัญหาที่อาจเข้ามาในชีวิตได้ การดึงตนเองออกจากความคิดที่เป็นทุกข์จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง และมอบหมายการบ้าน

การประเมินผล

ความคิดทางลบของสมาชิกส่วนใหญ่ที่พบ ได้แก่ รู้สึกว่าตนแบกภาระไว้มากมายจนทนไม่ไหว ฉันไม่มีอะไรดีเลย ฉันอยากไปให้พ้นจากที่นี่ บางสิ่งบางอย่างไม่เปลี่ยนแปลงเสียที ฉันไม่ได้รับความเป็นธรรม ชีวิตฉันสับสนไปหมด ต้องมีอะไรสักอย่างผิดเกี่ยวกับตัวฉัน

จากการฝึกใช้สติ ตัดป่ายความคิด สมาชิกสามารถบอกได้ว่าขณะฝึกปฏิบัติ นั้น มีความคิดฟุ้งซ่าน เกิดความหิว คิดเป็นห่วงลูก คิดถึงสิ่งที่ยังไม่ได้ทำ เมื่อได้ยินเสียงผู้วิจัยกล่าวเตือนสติ ก็สามารถตัดป่ายความคิดตาม และดึงความคิดกลับมาอยู่ที่ลมหายใจได้ ซึ่งช่วยลดการหมกมุ่นครุ่นคิด กับสิ่งที่รบกวนจิตใจได้ กลับมาอยู่กับสิ่งที่ทำในปัจจุบัน

จากการให้ความรู้วิธีการคิดบวกแบบสร้างสรรค์โดยการให้บอกประโยชน์จาก ผ้าขาม้า และร่วมให้มากที่สุด สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น พร้อมแสดงประกอบสามารถบอก ประโยชน์ของทั้งสองสิ่งได้หลากหลาย และการให้ความรู้วิธีการคิดแบบใจเขาใจเรา สมาชิกบอกถึง การนำวิธีคิดบวกนี้ไปใช้ได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ต้องมีสติรู้ให้ทันความคิดของตัวเองก่อน พยายามเข้าใจว่าความคิดของแต่ละคนว่า ไม่เหมือนกัน เขาอาจไม่เป็นเหมือนกับสิ่งที่เราคิด เราสามารถนำส่วนความคิดที่ดีมาประยุกต์ใช้กับตัว เราเองได้”

“พยายามมองเรื่องนั้น ๆ ในหลาย ๆ แง่มุม อาจไม่เป็นอย่างที่เราคิดก็ได้ พยายาม เข้าใจเขาและปรับตัวเข้าหากัน พูดจาภาษาดอกไม้ต่อกัน”

เมื่อมีการทบทวนจากการนำไปใช้ คะแนนระดับการมีสติในชีวิตประจำวัน อยู่ในช่วง 6-9 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน สมาชิกบอกว่า เมื่ออยู่ที่บ้านขณะทำความสะอาดบ้านก็ จะมีความคิดหลาย ๆ อย่างเกิดขึ้น ก็จะนึกถึงสิ่งที่ได้เรียน ร่วมกับการฝึกสติอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ตน กลับมาอยู่กับงานที่ทำได้เร็วขึ้น โดยการสูดลมหายใจเข้าลึก ๆ เพื่อเรียกสติคืนมา ไม่คิดไปตาม ความคิดลบนั้น นอกจากนั้นนำการคิดแบบสร้างสรรค์ไปใช้โดยการพยายามมองสิ่งต่าง ๆ ในแง่มุมอื่น ๆ บ้าง ร่วมกับนำการคิดแบบใจเขาใจเรา โดยคิดว่าลูกโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว เขาก็มีความคิดเป็นของ ตนเอง ทำให้ตนกล้าที่จะพูดทักทายลูกก่อน มีความเข้าใจลูกมากขึ้น

กิจกรรมที่ 4 สติพาพบคนรู้ใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนที่อยู่ใกล้ ๆ ตัว
2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักมองเห็นความสำคัญของบุคคลในครอบครัว

การดำเนินกิจกรรม

เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย ทบทวนการบ้าน ให้นำถึง แหล่งให้ความช่วยเหลือที่ผ่านมา จากนั้นใช้สติปล่อยวางความรู้สึกและความคิดอัตโนมัติทางลบ ให้ ค้นหาบุคคลที่สามารถให้ความไว้วางใจได้ รับฟังปัญหา ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งจะเป็น แหล่งที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนได้ในยามที่ต้องการ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง และมอบหมาย การบ้าน

การประเมินผล

การให้สมาชิกสำรวจแหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุนตามการรับรู้ของตนเองก่อนการฝึกสติ พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่คิดว่าตนไม่มีใครให้ความช่วยเหลือ เพราะตนต้องช่วยเหลือพึ่งพาตนเองมาตลอด มีแต่เป็นผู้ให้ แต่ไม่เคยได้รับการดูแลที่ดีตอบแทน

หลังจากปฏิบัติการใช้สติปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบ มีสภาวะจิตที่ปราศจากอคติ สมาชิกสามารถระลึกถึงบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ทำให้สมาชิกรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองไม่ได้ขึ้นอยู่กับคำพิพากษา ยังมีคนที่เห็นห่วง ให้ความเอาใจใส่ดูแลตน ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ ลูก หลาน สมาชิกบอกว่าตนเห็นความสำคัญ ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“ฉันรู้สึกขอบคุณเพื่อนคนงานชาวพม่าที่อาศัยอยู่ข้างบ้าน ที่คอยเป็นห่วงเป็นใยฉันเสมอมา มักจะมาถามฉัน ยายกินอะไรหรือยัง ยายทำอะไร อยู่ดี ๆ ยังไม่นอนอีก ทำให้ฉันรู้สึกปลอดภัยเพราะต้องอาศัยอยู่คนเดียว”

“ถึงแม้ว่าอยู่คนเดียว แต่ลูกก็ซื้อโทรศัพท์ไว้ให้โทรหาเมื่อต้องการความช่วยเหลือต่าง ๆ”

เมื่อมีการทบทวนจากการนำไปใช้ ระดับการมีสติในชีวิตประจำวัน อยู่ในช่วง 6-9 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนนสมาชิกบอกว่า ได้โทรกลับไปหาลูก / ภรรยาบ่อยขึ้น จะกลับไปหาครอบครัวให้บ่อยขึ้น แต่ในใจก็ยังกลัวว่าจะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ถ้าลูกพูดจาไม่ดีใส่ตนก่อน ผู้วิจัยได้ทบทวนและเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการฝึกสติสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย และการตีแผ่ความคิดโดยการฝึกอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับสมาชิกในการเผชิญกับอารมณ์ ความคิดทางลบได้ และอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างเป็นสุข

กิจกรรมที่ 5 สติพบความมั่นคงทางจิตใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงคุณค่าของการมีชีวิตอยู่
2. เพื่อฝึกให้สมาชิกมีความมั่นคงทางจิตวิญญาณ มีความรักต่อตนเองและผู้อื่น

การดำเนินกิจกรรม

เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย ทบทวนการบ้าน ให้สำรวจความคิดเห็นต่อสุขภาพร่างกายของตน สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่ผ่านมา และการมีโอกาสดำเนินปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา จากนั้นฝึกสติปล่อยวางอารมณ์และความคิดอัตโนมัติทางลบ เปิดรับการนำเข้าสู่การแผ่เมตตาให้ตนเองและผู้อื่น เพื่อให้เกิดความรู้สึกดีต่อตนเอง มองชีวิตนี้ยังมีคุณค่า มีความหวัง มีที่พึ่งทางจิตใจ ส่งเสริมให้ได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา มีจิตใจที่ให้อภัยทั้งตนเองและผู้อื่นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และมอบหมายการบ้าน

การประเมินผล

สมาชิกส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายน้อย บางท่านไม่เคยสวดมนต์ก่อนนอน ไม่เคยทำบุญใส่บาตร

หลังจากปฏิบัติการใช้สติปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบ ตามด้วยการแผ่เมตตาให้ตนเองและผู้อื่น ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้สมาชิกโอบกอดตนเองด้วยความรัก ส่งความปรารถนาดีให้กับตนเองให้มาก สมาชิกบอกว่ารู้สึกรักตนเองมากขึ้น ขอบคุณร่างกายของตนเอง ได้นึกถึงคนที่เรารู้สึกไม่ชอบ เมื่อได้แผ่เมตตาให้ กลับรู้สึกสามารถให้อภัยกับเขาได้ง่ายขึ้น และมีความตั้งใจว่าจะนั่งสมาธิ สวดมนต์ แผ่เมตตาให้กับตัวเองและผู้อื่นทุกคืน เพื่อให้จิตใจสงบ และใส่บาตรตามโอกาส ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“ไม่เคยคิดว่าเราจะโอบกอดตัวเอง บอกรัก แล้วขอโทษกับร่างกายตัวเองมาก่อนเลย ทำแล้วรู้สึกดี รู้สึกรักร่างกายตัวเองมากขึ้น ต้องขอบคุณเขา ที่อยู่คู่กับเรามาตลอด”

“รู้สึกได้ว่ากับคนที่ตนเองรู้สึกไม่ดี เกลียด คนที่คิดว่าจะไม่สามารถมองหน้ากันได้ก็รู้สึกอยากให้อภัยเขา ยิ่งไงก็เป็นเพื่อนร่วมโลกกันได้”

เมื่อมีการทบทวนจากการนำไปใช้ ระดับการมีสติในชีวิตประจำวัน อยู่ในช่วง 8-9 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน สมาชิกได้นำการแผ่เมตตาให้ทั้งตนเองและผู้อื่น ภายหลังสวดมนต์ทุกคืน สมาชิกบอกว่ารู้สึกจิตใจสงบ นอนหลับสบายขึ้น สามารถยิ้ม ทักทายให้ผู้อื่นได้ง่ายกว่าเมื่อก่อน

กิจกรรมที่ 6 สติคลายเครียด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับความเครียดและวิธีผ่อนคลายความเครียด
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถจัดการผ่อนคลายความตึงเครียดได้อย่างเหมาะสม

การดำเนินกิจกรรม

เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย ทบทวนวิธีการจัดการความเครียดในอดีต ใช้สติปล่อยวางความรู้สึกและความคิดอัตโนมัติทางลบพร้อมรับการให้ความรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียด และฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้มีแนวทางการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการมีสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง สุดท้ายให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาทั้งหมด มอบของที่ระลึกการเตือนให้มีสติในชีวิตประจำวัน

การประเมินผล

สมาชิกส่วนใหญ่ใช้การหางานอดิเรกทำเพื่อไม่ให้ว่าง เช่น การเย็บกระเป๋าผ้า การอ่านหนังสือ การปลูกต้นไม้ ฟังเพลง ทำงานบ้าน เป็นต้น บางท่านใช้การอยู่นิ่ง ๆ ไม่ทำอะไร

หลังจากใช้สติปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบ และฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พบว่า สมาชิกสามารถใช้การผ่อนคลาย ลดการสะสมความตึงเครียดของกล้ามเนื้อที่ทำให้เกิดความปวด เมื่อยล้าไม่สบายทางกาย นอกจากนี้สมาชิกสามารถบอกวิธีการจัดการได้หลากหลายขึ้น เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ การอ่านหนังสือธรรม การจัดทำความสะอาดบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย การคิดบวก การออกกำลังกาย เกร็งยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ทำงานในสวน เล่นกับสุนัข ท่องเที่ยวกับคนที่รู้ใจ การไปตามห้างสรรพสินค้า เป็นต้น

สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความรู้ที่ได้รับ และความรู้สึกจากการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้ ว่า ได้รับประสบการณ์ที่ดี ทั้งจากการทำกิจกรรมร่วมกันในกลุ่ม และนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน ทำให้ระลึกอยู่เสมอว่าต้องมีสติรู้ตัวอยู่ตลอดเวลา ให้อารมณ์และความคิดของตนเอง ฝึกคิดบวกให้มาก ๆ ทำงานที่ถนัด หรือชอบทำ พยายามไม่อยู่คนเดียว เข้าหาสังคมให้มากขึ้น และต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

เมื่อครบทั้ง 6 กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยทำการกำกับกับการทดลองทันทีด้วยแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย ซึ่งพบว่ามีสมาชิกจำนวน 5 คนที่ได้ผลคะแนนความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยได้ซักถามในส่วนที่ไม่เข้าใจ จากนั้นทบทวน ให้ความรู้ในส่วนที่สมาชิกไม่เข้าใจและไม่ชัดเจน โดยช่วยกระตุ้นเตือนในสิ่งที่สมาชิกได้ตอบคำถามในกิจกรรมที่ผ่านมา กระตุ้นการใช้สติปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบ ร่วมกับการคิดบวก เมื่ออยู่ในสภาวะจิตที่ปราศจากอคติ สมาชิกมีความเข้าใจและสามารถมองสถานการณ์ในแงุ่มที่ เป็นบวกได้ จากนั้นให้ทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทยซ้ำ พบว่าสมาชิกทั้ง 5 คนมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับสูง

สัปดาห์ที่ 4 มอบของที่ระลึกเป็นสิ่งที่สมาชิกสวมใส่ไว้กับตัวได้ตลอดเวลา เพื่อเป็นการระลึกเตือนเมื่อมองเห็นหรือรู้สึกสัมผัสได้ว่าควรนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ทั้งหมดไปใช้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะช่วยส่งผลให้มีพฤติกรรมทางบวก และภาวะซึมเศร้าลดลงและแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมกล่าวขอบคุณ

กลุ่มควบคุม

1. ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre-test)
2. ให้ข้อมูลถึงการพยาบาลตามปกติที่ได้รับ ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การรับประทานยาต่อเนื่อง การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การออกกำลังกายและการมาพบแพทย์ตามนัดนั้น

ในสัปดาห์ที่ 4 มอบของที่ระลึกเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง และคู่มือโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ แจ้งให้กลุ่มควบคุมทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมกล่าวขอบคุณ

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 34 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 17 คน กลุ่มควบคุม 17 คน ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว โรคประจำตัว รายได้

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว โรคประจำตัว รายได้ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว โรคประจำตัว และรายได้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=17)		กลุ่มควบคุม (n=17)		Total (n=34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	5	29.4	5	29.4	10	29.4
หญิง	12	70.6	12	70.6	24	70.6
อายุ (ปี)						
≤ 65	11	32.3	11	32.3	22	64.7
66-70	5	14.7	5	14.7	10	29.4
71 ขึ้นไป	1	2.9	1	2.9	2	5.9
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	4	23.5	11	64.7	15	44.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	11.8	2	11.8	4	11.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	11.8	2	11.8	4	11.8
ปริญญาตรี	5	29.4	2	11.8	7	20.6
ไม่ได้เรียน	4	23.5	0	0	4	11.7
สถานภาพสมรส						
หม้าย	6	35.3	7	41.2	13	38.2
คู่	7	41.2	9	52.9	16	47.1
แยก/หย่าร้าง	4	23.5	1	5.9	5	14.7
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว						
รักใคร่กันดี	13	76.5	13	76.5	26	76.5
ห่างเหิน	3	17.6	3	17.6	6	17.6
ขัดแย้ง	1	5.9	1	5.9	2	5.9

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=17)		กลุ่มควบคุม (n=17)		Total (n=34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว						
ไม่มี	7	41.2	7	41.2	14	41.2
มี 1 โรค	7	41.2	6	35.3	13	38.2
มีมากกว่า 1 โรค	3	17.6	4	23.5	7	20.6
รายได้						
น้อยกว่า 5,000	6	35.3	10	58.8	16	47.1
5,001-10,000	6	35.3	3	17.6	9	26.5
10,001-15,000	1	5.9	3	17.6	4	11.7
มากกว่า 15,000	4	23.5	1	5.9	5	14.7
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	7	41.2	3	17.6	10	29.4
ไม่เพียงพอ	10	58.8	14	82.4	24	70.6

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าแยกเป็นรายคู่

คะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	ก่อน	หลัง	ผลต่าง
คู่ที่ 1	26	9	17	26	15	11
คู่ที่ 2	22	8	14	23	16	17
คู่ที่ 3	18	5	13	18	18	0
คู่ที่ 4	30	10	20	33	30	3
คู่ที่ 5	31	10	21	34	14	20
คู่ที่ 6	19	3	16	19	23	-4
คู่ที่ 7	19	6	13	19	16	3
คู่ที่ 8	23	11	12	22	15	7
คู่ที่ 9	27	5	22	24	20	4
คู่ที่ 10	24	6	18	24	11	13
คู่ที่ 11	25	9	16	28	28	0
คู่ที่ 12	24	6	18	22	16	6
คู่ที่ 13	19	6	13	18	12	6
คู่ที่ 14	32	11	21	32	27	5
คู่ที่ 15	32	9	23	30	21	9
คู่ที่ 16	28	7	21	25	22	3
คู่ที่ 17	20	7	13	20	9	11

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งที่ใจที่เน้นการฝึกสติ (Paired t - test)

ภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	24.6	4.6	16	20.0	.00
หลังทดลอง	7.5	2.3			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	24.5	5.4	16	4.5	.00
หลังทดลอง	18.4	6.0			

จากตารางที่ 5 แสดงสถิติคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม สามารถวิเคราะห์ได้ว่าค่า $t = 20.0$ และค่า $p\text{-value} = .00$ ซึ่งน้อยกว่า $.05$ แสดงว่า ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $.05$ โดยก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับรุนแรง หลังได้รับโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับปกติ ส่วนในกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ได้ว่าค่า $t = 4.5$ และค่า $p\text{-value} = .00$ ซึ่งน้อยกว่า $.05$ แสดงว่า ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $.05$ ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงเช่นกัน แต่ไม่มากเท่ากลุ่มทดลอง กล่าวคือ กลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร่าระดับปานกลางหลังได้รับโปรแกรม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะซีมเศร้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้ของผู้สูงอายุโรคซีมเศร้ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งที่ใจที่เน้นการฝึกสติ (Independent t-test)

ภาวะซีมเศร้	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	24.6	4.6	32	-.34	.94
กลุ่มควบคุม	24.5	5.4			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	7.5	2.3	20.5	6.9	.00
กลุ่มควบคุม	18.4	6.0			

จากตารางที่ 6 แสดงสถิติภาวะซีมเศร้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมวิเคราะห์ได้ค่า $t = -.34$ และ ค่า $p\text{-value} = .94$ แสดงว่า ภาวะซีมเศร้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 คือมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้ อยู่ในระดับรุนแรงทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนหลังได้รับโปรแกรมวิเคราะห์ได้ค่า $t = 6.9$ และ ค่า $p\text{-value} = .00$ แสดงว่า ภาวะซีมเศร้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 คือมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้กลุ่มทดลองอยู่ในระดับปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานงานวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวิจัย
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ ICD-10 (F32-F33) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย (Including Criteria) มีดังนี้

1. เพศชาย และเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป
3. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม
4. สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Excluding criteria) มีดังนี้

1. มีอาการทางจิต รุนแรงหรือมีโรคแทรกซ้อนทางกาย
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการทฤษฎีขีดจำกัดเข้าสู่ศูนย์กลาง (Central Limit Theorem) เป็นทฤษฎีความน่าจะเป็นของการแจกแจงแบบปกติ ของค่าเฉลี่ยตัวแปรที่มีจำนวนมากซึ่งนำมาหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างซ้ำ ๆ กันเพื่อให้ได้ค่าเฉลี่ยที่ดีที่สุดนั้นพบว่า ยังมีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการประมาณค่าสถิติที่แน่นอน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับงานวิจัย ควรมีจำนวนตัวอย่าง อย่างน้อยเท่ากับ 30 ขึ้นไป ที่ค่าเฉลี่ยจะมีการแจกแจงแบบปกติ (Rice, 2006) ซึ่งสามารถอ้างอิงถึงจำนวนประชากรได้ และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดกำหนดตัวอย่างเพิ่มอีก ร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน หลังจากให้ข้อมูลการเข้าร่วมวิจัย มีสมาชิกเข้าร่วมวิจัย จำนวน 34 คน เนื่องจากสมาชิกอีก 6 คน ไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบทั้ง 6 กิจกรรม และมีความจำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามที่ Maneerat et al. (2011) นำมาศึกษาในบริบทของผู้สูงอายุไทย แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเชื่อมั่นในการดำรงชีวิต ด้านสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และด้านความสามารถในการจัดการกับปัญหาและผ่อนคลายความเครียด ในรูปแบบของการให้ความรู้ กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น การฝึกปฏิบัติ การมอบหมายให้ปฏิบัติการฝึกสติที่บ้านทุกวัน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ๆ ละ 60 - 90 นาที รวม 3 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 สติพาให้รู้จักความเข้มแข็งทางใจ

ตามองค์ประกอบด้านความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิต (I AM) ใช้เวลา 90 นาที ผู้วิจัยดำเนินการแก่สมาชิกโดยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เรียนรู้จักความเข้มแข็งทางใจผ่านจากภาพประกอบการเรียน และสติ โดยให้สมาชิกบอกเล่าจากประสบการณ์ของตน และฝึกปฏิบัติการใช้สติขั้นพื้นฐาน เป็นการเตรียมสภาวะจิตให้อยู่กับปัจจุบันส่งผลให้มีจิตใจที่สงบแม้อยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด พร้อมเปิดรับสิ่งที่จะเรียนรู้ใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การฝึกสติขั้นสูงกว่า สามารถค้นหาความเข้มแข็งทางใจของตนได้

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 สติสร้างความผูกพัน

ตามองค์ประกอบด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (I CAN) ใช้เวลา 90 นาที เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยดำเนินการให้สมาชิกทบทวนปัญหาสัมพันธ์ภาพที่เกิดขึ้นในอดีต จากนั้นให้ความรู้

และฝึกปฏิบัติการใช้สติการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย เพื่อเป็นการเผชิญต่ออารมณ์ ความรู้สึกทางลบอย่างมีประสิทธิภาพและมีความมุ่งมั่น อดทนที่จะผ่านความรู้สึกที่รุนแรงไปให้ได้ จากนั้นให้ความรู้ การสื่อสารอย่างมีสติด้วยภาษาฉัน ให้สมาชิกได้ร่วมกันฝึกคิดคำพูด และแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์จำลองที่สมาชิกประสบกับปัญหาสัมพันธภาพนั้นอยู่ สามารถใช้สติควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกไม่ตอบโต้กลับด้วยอารมณ์ตามความเคยชิน ช่วยให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่เกิด ปัญหาสัมพันธภาพที่รุนแรง

สัปดาห์ที่ 2

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 3 สติคิดบวก มั่นใจในการดำรงชีวิต

ตามองค์ประกอบด้านความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิต (I AM) ใช้เวลา 90 นาที เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยดำเนินแก่สมาชิกโดยให้สำรวจความคิดทางลบของตนเอง จากนั้นให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการใช้สติรู้ทันและปล่อยวางความคิด ช่วยลดการครุ่นคิดที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า จากนั้นให้ความรู้วิธีการคิดบวกแบบสร้างสรรค์โดยการให้บอกประโยชน์จากผ้าขาวม้า และร่วมให้มากที่สุด เป็นการเปรียบเทียบกับกรณีมุมมองในแง่มุมมองต่าง ๆ ไม่ยึดติดกับความคิดจากสิ่งที่เห็นเพียงด้านเดียวและให้ความรู้วิธีการคิดแบบใจเขาใจเรา ฝึกการเข้าใจความคิด ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นอย่างมีสติ เพื่อให้สมาชิกมีพฤติกรรมแสดงออกต่อผู้อื่นอย่างเหมาะสม และมีความพึงพอใจ เชื่อมั่นในการดำรงชีวิตมากขึ้น

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 4 สติพาพบคนไว้วางใจ

ตามองค์ประกอบด้านสิ่งสนับสนุนทางสังคม (I HAVE) ใช้เวลา 75 นาที ผู้วิจัยให้สมาชิกสำรวจแหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุนตามการรับรู้ของตนเอง จากนั้นปฏิบัติการใช้สติปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบ เมื่อมีสภาวะจิตที่เป็นกลาง ปราศจากอคติใด ๆ จึงให้ค้นหาแหล่งสนับสนุนโดยระบุบุคคล สถานที่ให้ชัดเจน และให้ข้อมูลแหล่งบริการที่สำคัญ เพื่อให้สมาชิกได้รับรู้แหล่งให้ความช่วยเหลือ ซึ่งไม่เพียงแต่บอกสถานที่ได้ สมาชิกยังรับรู้ว่าคุณเองไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ยังมีคนที่เป็นห่วง ให้ความเอาใจใส่ดูแลตน

สัปดาห์ที่ 3

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 5 สติพบความมั่นคงทางจิตใจ

ตามองค์ประกอบด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ (I HAVE) ใช้เวลา 75 นาที ผู้วิจัยดำเนินการให้สมาชิกสำรวจความคิดเห็นต่อสุขภาพร่างกาย สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในอดีต จากนั้นปฏิบัติการใช้สติปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบ เมื่อมีสภาวะจิตที่เป็นกลาง ปราศจากอคติใด ๆ เกิดความสงบ ผู้วิจัยกล่าวนำเข้าสู่การแผ่เมตตาให้ตนเองและผู้อื่นโดยให้สมาชิก น้อมจิตไปตามการกล่าวนำ ได้มีโอกาสการขอพรให้สิ่งดี ๆ เกิดขึ้นกับตน เพื่อให้สมาชิกระลึกถึงการมี

สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีความรัก เมตตาต่อตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลต่อการใส่ใจดูแลสุขภาพทางกาย และทางจิตใจมากขึ้น

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 6 สติคลายเครียด

ตามองค์ประกอบด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหาและผ่อนคลายความเครียด (I CAN) ใช้เวลา 60 นาที ผู้วิจัยดำเนินการให้สมาชิกทบทวนวิธีการจัดการความเครียดในอดีต จากนั้นใช้สติปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบ ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด วิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกปฏิบัติ การมีสติรับรู้ความรู้สึกของร่างกายจะทำให้มีความไวต่อการรับรู้ความเครียดที่เกิดกับร่างกาย สมาชิกสามารถใช้การผ่อนคลายลดการสะสมความตึงเครียดของกล้ามเนื้อที่ทำให้เกิดความปวด เมื่อยล้าไม่สุขสบายทางกาย ยังส่งผลต่อจิตใจตามมา และสามารถทำได้ด้วยตนเอง มีการจัดการกับความเครียดได้เหมาะสมมากขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (1967) ปรับปรุงโดย วัชรวิทย์ แสงสาย (2556) ที่สามารถนำมาใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้ ถูกออกแบบมาเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า จึงใช้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .95 ตามงานวิจัยของวัชรวิทย์ แสงสาย (2556) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเช่นเดียวกัน

ผู้วิจัยนำตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลอง (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 30 คนที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับที่จะทำวิจัย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Cronbach' Alpha Coefficient = .90

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทยของ Maneerat et al. (2011)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้ค่าความตรงเท่ากับ .96

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลอง (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 30 คนที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับที่จะทำวิจัย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Cronbach' Alpha Coefficient = .95

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องการสร้างความเข้มแข็งทางใจ และการฝึกสติ โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา หนังสือ เอกสาร งานวิจัยอย่างละเอียด ร่วมกับได้รับคำแนะนำจาก

อาจารย์ที่ปรึกษา และเข้ารับการอบรมเรื่องสติบำบัด การฝึกปฏิบัติด้วยตนเองให้มีความชำนาญ พัฒนาทักษะการเป็นผู้นำกลุ่มและทำความเข้าใจกับเครื่องมือที่สร้างขึ้น เพื่อให้การดำเนินการทดลอง เป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนด และบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

2. ขออนุมัติจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำหนังสือพร้อมนำ โครงร่างฉบับสมบูรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัย

3. จัดเตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยขออนุญาตจากหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนก ผู้ป่วยนอก ใช้สถานที่คลินิกผู้สูงอายุเป็นสถานที่ในการทดลอง

4. เตรียมผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยจำนวน 1 คน เป็นพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อย่างน้อย 5 ปี เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการเก็บข้อมูล และร่วมสังเกต จดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม

5. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนด ให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ และนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรม

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติกับกลุ่มทดลอง เริ่มกิจกรรมครั้งที่ 1 ในวันที่ 13 มีนาคม 2560 จากนั้นดำเนินกิจกรรมจนครบ 6 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้งโดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม ณ คลินิกผู้สูงอายุ บริเวณตึกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ได้รับการพยาบาลตามปกติตลอดระยะเวลา 3 สัปดาห์ ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การรับประทานยาต่อเนื่อง การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การออกกำลังกายและการมาพบแพทย์ตามนัด

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทยทันทีหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 3 และทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 4 สำหรับกลุ่มควบคุมให้ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน จากนั้นกล่าวขอบคุณ และสิ้นสุดกระบวนการวิจัย นำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistic Package for the Social Science for Windows) คำนวณการหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของข้อมูลทั้งหมด และใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ใช้สถิติ Independent t-test ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งมีความเป็นอิสระต่อกัน เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ (Mean = 7.5) ต่ำกว่าก่อนทดลอง (Mean = 24.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ (Mean = 7.5) ต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean = 18.4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำลง หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.6 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 29.4 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 60-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.7 ช่วงอายุ 66-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.4 ช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 5.9 สถานภาพส่วนใหญ่เป็นคู่ คิดเป็นร้อยละ 47.0 รองลงมาสถานภาพหม้ายและสถานภาพหย่า แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 38.2 และ 14.8 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.12 รองลงมาอยู่ชั้นประถมศึกษาและไม่ได้เรียน คิดเป็นอัตราส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 23.5 ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นอัตราส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 11.8 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ส่วนใหญ่อยู่ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 23.5 และอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 17.6 สัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่รักใคร่กันดี คิดเป็นร้อยละ 76.5 รองลงมาห่างเหิน คิดเป็นร้อยละ

17.6 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.1 และพบว่าส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็น ร้อยละ 70.6

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับรายงานฐานข้อมูลการบริการของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงของศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (2560) โดยพบในเพศหญิง พบร้อยละ 0.78 และเพศชาย พบร้อยละ 0.39 พบมากที่ภาคกลางและตะวันออก สำหรับรายได้ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 600-3,000 บาท และเป็นรายได้ที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ อุมามพร อุดมทรัพย์กุล (2554) เนื่องด้วยทางกายภาพของผู้สูงอายุมักมีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ หากต้องมาประสบกับปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตได้ และการขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ย่อมส่งผลต่อความสามารถในการแสวงหาปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งเสริมต่อความสะดวกสบายในการดำรงชีวิต รวมถึงการอ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมอาจทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าได้ (นภา พวงรอด, 2558) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ Goud & Nikrade (2015) พบว่าฐานะทางสังคม เศรษฐกิจที่ต่ำ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น รวมถึงผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นผลมาจากการอยู่คนเดียว หรือขาดความผูกพันกับบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา ไยยอง และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย (2554) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว เป็นโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยก ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวไม่ดี สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส หรือแยกออกมาอาศัยอยู่เพียงลำพัง บุตรหลานแยกครอบครัวออกไป ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามองว่า การดำเนินชีวิตของคู่สมรสมีความแตกต่างกันโดยที่อีกฝ่ายยังคงทำงาน ส่งผลสัมพันธภาพในครอบครัวน้อยลง ถึงแม้ยังดูแลใส่ใจรักใคร่กันดี ซึ่งผู้สูงอายุมักมีข้อจำกัดการสร้างสัมพันธภาพใหม่ ๆ จากวัยที่สูงขึ้น และอาจมีการติดต่อกับเพื่อนฝูงในวัยเดียวกันลดลง ทำให้แหล่งสนับสนุนทางสังคมลดลง

ตอนที่ 2 การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจที่เน้น การฝึกสติ

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า กลุ่มทดลองหลัง

ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ มีภาวะซึมเศร้าลดลง เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ และพบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับสูงทุกคน ซึ่งผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ สามารถลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ จากในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สติพาให้รู้จักความเข้มแข็งทางใจ ผู้วิจัยอธิบายให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กับความเข้มแข็งทางใจที่มีในระดับต่ำนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) และมูจรินทร์ พุทธเมตตา (2557) กล่าวคือ สมาชิกส่วนใหญ่จะขาดคุณสมบัติความเข้มแข็งทางใจในด้านการมีอารมณ์ขัน การคิดบวก การควบคุมอารมณ์ ไม่สามารถรักษาสัมพันธ์ภาพที่คงเส้นคงวาได้ ไม่มีการพูดระบายความรู้สึก ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ ไม่มีความยืดหยุ่น หลังจากให้ความรู้ความเข้มแข็งทางใจ พบว่าสมาชิกสามารถเข้าใจว่าความเข้มแข็งทางใจล้วนมีอยู่ในตัวบุคคลทุกคน และสามารถสร้างมันขึ้นมาได้จากตัวเราเอง ด้วยการมีสติ ปล่อยวางจากความคิดที่ฟุ้งซ่านให้ได้ ดังนั้น กิจกรรมในโปรแกรมนี้อ จัดขึ้นเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางใจทั้ง 5 ด้าน โดยเน้นการฝึกสติ ทำให้เกิดความตั้งมั่นอยู่กับปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง มีผลช่วยลดภาวะซึมเศร้า (Geiger, 2016)

กิจกรรมที่ 2 สติสร้างความผูกพัน การให้สมาชิกทบทวนปัญหาสัมพันธ์ภาพที่เกิดขึ้นในอดีต พบว่าเกิดจากการไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธ โมโห ซึ่งบางครั้งก็ไม่สามารถรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองในขณะนั้น ทำให้เกิดการตอบโต้แบบทันที โดยไม่มีการยั้งคิด ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านักมองว่าชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค แปรปรูสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในเชิงสูญเสีย ความยากลำบากในปัจจุบันจะดำเนินไปไม่มีที่สิ้นสุด (Beck, 1967) ส่งผลทำให้เกิดปัญหาสัมพันธ์ภาพขึ้นมาได้ หลังจากให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการใช้สติการสังเกตดูความรู้สึกทั่วร่างกาย เพื่อฝึกให้มีความรู้สึกไวต่ออารมณ์ความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นและสามารถเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมาชิกสามารถรับรู้ต่อความรู้สึกเจ็บปวดจากร่างกายขณะฝึก และมีอดทนที่จะผ่านความรู้สึกที่รุนแรงนั้นไปให้ได้ เปรียบกับการมีอารมณ์โกรธโมโห การมีสติจะช่วยให้ยับยั้งการโต้ตอบกลับตามความเคยชิน ให้ควบคุมอารมณ์และไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกไป (Nila, Holt, Ditzen, & Aguilar-Raab, 2016) จากการให้ความรู้การสื่อสารอย่างมีสติด้วยภาษาฉัน สมาชิกได้ร่วมกันกำหนดตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาสัมพันธ์ภาพ ช่วยกันคิดหาคำพูดด้วยภาษาฉัน และออกมาแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์จำลอง สมาชิกมีการปรึกษาหารือกัน ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ซึ่งเป็นทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Heather, Besangie, and Toni (2008) พบว่า การมีสัมพันธ์ภาพทางสังคมที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเพิ่มความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุ เมื่อมีการทบทวนจากการนำไปใช้ สมาชิกสามารถบอกได้ว่า ตน

นำคำพูดที่แสดงความรู้สึกห่วงใยไปใช้กับลูก แทนการพูดตำหนิแรง ๆ อย่างที่เคยทำ สามารถรับรู้ความรู้สึกไม่พอใจ ก็ไม่แสดงออกมา ใช้การรับรู้ลมหายใจ จากการหายใจเข้าออกช้า ๆ แล้วรู้สึกได้ว่าอารมณ์สงบขึ้น

กิจกรรมที่ 3 สถิตคิดบวก มั่นใจในการดำรงชีวิต การเรียนรู้ให้รู้จักกับความคิดทางลบ ทำให้สมาชิกรู้ว่ามันเป็นประเภทของความคิดที่ทำให้เป็นทุกข์ และมีความครุ่นคิดหมกมุ่นอยู่กับความคิดนั้น ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ และมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตน เลือกลงใจประสบการณ์ในทางลบเฉพาะด้านใดด้านเดียว ต่่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ มีการแปรความหมายเกินจริง (Beck, 1967) ดังนั้นการจะเอาชนะความทุกข์ได้ต้องมีสติเข้าไปรู้เท่าทันความคิด ไม่ตัดสินใจไม่คิดตาม ช่วยลดความคิดที่หมกมุ่น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Davis & Hayes, 2011) จากการให้ความรู้การจัดการปัญหาด้วยการคิดบวกแบบสร้างสรรค์ เป็นการให้สมาชิกได้ให้ความหมายในสิ่งที่รับรู้ใหม่ ซึ่งภายใต้สถานการณ์เดียวกัน เปรียบเทียบกับการให้บอกประโยชน์ของสิ่งของขึ้นเดียว จะพบว่าในแต่ละคนก็มีมุมมองที่แตกต่างกัน เพราะฉะนั้น ความคิดที่เราคิดหมกมุ่นอยู่นั้น อาจไม่เป็นไปตามนั้นก็ก็ได้ และการคิดแบบใจเขาใจเราโดยเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมที่อยากให้คนอื่นปฏิบัติต่อเราเช่นไร เราก็ควรจะปฏิบัติต่อผู้อื่นเช่นนั้นเหมือนกัน รวมถึงสิ่งที่ไม่ชอบให้ใครปฏิบัติต่อเรา เราก็ไม่ควรปฏิบัติสิ่งนั้นต่อผู้อื่นเช่นกัน ดังนั้นการคิดบวกด้วยวิธีการคิดแบบสร้างสรรค์และการคิดแบบใจเขาใจเรา จะช่วยให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิตได้เกิดความพึงพอใจในชีวิต (Lindberg, 2005; Hoare, 2015) และการเพิ่มความมั่นใจในการเผชิญปัญหา ช่วยทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (Santos et al., 2013)

กิจกรรมที่ 4 สถิตพบคนไว้วางใจ การให้สมาชิกสำรวจแหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุนตามการรับรู้ของตนเองก่อนการฝึกสติ พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่คิดว่าตนไม่มีใครให้ความช่วยเหลือ เพราะตนต้องช่วยเหลือพึ่งพาตนเองมาตลอด แต่รับรู้เกี่ยวกับสถานที่ที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความคิดที่พิจารณาต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตที่บิดเบือน มองตนเองแง่ลบ มองอนาคตในแง่ลบ มองด้านปฏิสัมพันธ์ในด้านการสูญเสีย (Beck, 1967) หลังจกปฏิบัติการใช้สติปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบ มีสภาวะจิตที่ปราศจากอคติ สมาชิกสามารถระบุดบุคคล รวมถึงสถานที่ได้ชัดเจนมากขึ้น ทำให้สมาชิกรู้ว่าตนเองไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ยังมีคนที่ห่วง ให้ความเอาใจใส่ดูแลตน และแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือแก่ตนได้ มีความหวังมากขึ้น รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากที่รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (ปวีณา นโพสตร, 2556) สมาชิกบอกว่าตนเห็นความสำคัญของบุคคลในครอบครัว และรู้สึกขอบคุณเพื่อนบ้าน ที่คอยเป็นห่วงเป็นใยใส่ใจดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Well (2010) และ Heather, Besangie, & Toni (2008) พบว่า การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม อยู่ในชุมชนที่ปลอดภัย มั่นคง มีความสัมพันธ์กับการมีความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้

กิจกรรมที่ 5 สติพบความมั่นคงทางจิตใจ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด นับถือศาสนาพุทธ มีพระพุทธรูปเจ้าเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ แต่พบว่าผู้มีสมาธิเพียง 1 ท่านที่เข้าวัดปฏิบัติธรรมอยู่เป็นประจำ บางท่านอ่านหนังสือธรรมะ นั่งสมาธิอยู่ที่บ้าน สมาธิอื่นไม่เคยมีโอกาสให้ตนเองได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา รวมไปถึงการใส่ใจดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของตนเอง เมื่อได้แม่เมตตาให้ตนเองและผู้อื่นในสภาวะจิตที่สงบ เป็นกลาง สมาธิบอกได้ว่ารู้สึกรักตนเองมากขึ้น ชอบคุณร่างกายของตนเอง นอกจากนี้รู้สึกว่าคุณสามารถให้อภัยกับบุคคลที่ตนเองรู้สึกไม่ดีกับเขามาตลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pidgeon et al. (2014) และ Kemper, Mo, & Khayat. (2015) พบว่าการมีสติ การมีความเมตตา กรุณา รวมถึงการมีสุขภาพที่ดี มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการมีความเข้มแข็งทางใจ ส่งผลให้มีพฤติกรรมทางบวกตามมา การเอาใจใส่ การดูแล การไม่ตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ เมื่อต้องประสบกับเหตุการณ์ทางลบ และการศึกษาของ Well (2010) พบว่า การมีสุขภาพทางกายและจิตใจที่ดี มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 6 สติคลายเครียด การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (กาญจนา พิบูลย์ และคณะ, 2552) ดังนั้นหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นได้ จากการใช้สติปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบ ฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การมีสติรับรู้ความรู้สึกของร่างกายจะทำให้มีความไวต่อการรับรู้ความเครียดที่เกิดกับร่างกาย สมาธิสามารถใช้การผ่อนคลาย ลดการสะสมความตึงเครียดของกล้ามเนื้อที่ทำให้เกิดความปวด เมื่อยล้าไม่สุขสบายทางกาย ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี และมีพฤติกรรมทางบวกตาม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งที่เน้นการฝึกสติมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.5 คะแนน และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.4 ซึ่งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติมีภาวะซึมเศร่าลดลงและน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอภิปรายได้ดังนี้

สำหรับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) สติพาให้รู้จักความเข้มแข็งทางใจ 2) สติสร้างความผูกพัน 3) สติคิดบวก มั่นใจในการดำรงชีวิต 4) สติพาพบคนไว้วางใจ 5) สติพบความมั่นคงทางจิตใจ และ 6) สติคลายเครียด ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร่าที่ตนเองประสบมากขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการมีความเข้มแข็งทางใจที่ต่ำนั้น เมื่อใช้สติปล่อยวางอารมณ์ ความคิดทางลบ

ร่วมกับการเพิ่มทักษะของการสร้างความเข้มแข็งทางใจในแต่ละด้านทั้ง 5 ด้าน ส่งผลให้คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง

ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การช้กประวัติ การประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การรับประทายต่อเนื่อง การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การออกกำลังกายและการมาพบแพทย์ตามนัดนั้น ซึ่งก็มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงเช่นกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้สติรู้ทันและจัดการกับอารมณ์ ความคิดทางลบ ร่วมกับมีทักษะของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ส่งผลให้มีพฤติกรรมทางบวกตามมา และภาวะซึมเศร้าลดลงได้ ดังนั้นพยาบาลที่จะนำโปรแกรมไปใช้จึงควรมีความชำนาญ ฝึกฝนตนเองเกี่ยวกับการมีสติและมีทักษะของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อเป็นแบบอย่างให้กับผู้ป่วยได้

2. โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยในชุมชน โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย

3. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย จะช่วยให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความเป็นกันเอง และความไว้วางใจก่อนดำเนินกิจกรรมเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า จะขาดสัมพันธภาพและความไว้วางใจผู้อื่น

ด้านการศึกษาวิจัย

1. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ควรมีการติดตามระยะยาวอย่างต่อเนื่อง โดยมีระยะการติดตามในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ มีความเข้มแข็งทางใจที่จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลง

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ หรือผู้ป่วยในวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ เนื่องจากความเข้มแข็งทางใจ และการฝึกสติสามารถพัฒนาได้กับทุกช่วงวัย และใช้ได้กับทุกศาสนา



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2552). **เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต (RQ : Resilience Quotient)**.
นนทบุรี : ดีนาคู.
- กรมสุขภาพจิต. (2552). **แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย จำกัด
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **พลังอดีต ฮึดสู้ กับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท
ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). **งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย : บทบาทผู้สูงอายุต่อ
สังคม ครอบครัว ชุมชน**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา www.hp.anamai.moph.go.th
[25 มิถุนายน 2560]
- กาญจนา พิบูลย์ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ Bonnie C., เวศกา กลิ่นวิจิต พวงทอง อินใจ และ คะนิงนิจ
อุสิมาศ. (2552). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ**. [ออนไลน์].
แหล่งที่มา www.lib.buu.ac.th/buuir/research/node/1105 [30 มีนาคม 2560]
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2549). **อาร์คิว...ภูมิคุ้มกันทางใจ RQ-Resilience Quotient**. [ออนไลน์].
แหล่งที่มา <http://www.happyhomeclinic.com/a21-RQ.htm>. [20 เมษายน 2559]
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล. (2554). **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,
56(2) : 103-116**. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ธรมินทร์ กองสุข และคณะ. (2551). **ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย: ผลการสำรวจระดับ
วิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทย การศึกษาระดับชาติ ปี 2551**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf>
[29 กรกฎาคม 2558]
- ธรมินทร์ กองสุข. (2558). **โรคซึมเศร้าความสูญเสียอันยิ่งใหญ่แห่งมวลมนุษยชาติ : การแก้ไข
ปัญหาความสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคซึมเศร้าและผลการดำเนินงานในระบบการแก้ไข
ปัญหาของโรคซึมเศร้าของไทย**. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 14
ประจำปี 2558 : ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ.
- ธันชนก พรหมภักดี และพิเชษฐ อุดมรัตน์. (2551). **การดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์: ศึกษาผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 10 ปี**. **วารสารสมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย**, 53 : 81-97.

- นภา พวงรอด (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. **วารสารวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาธารณสุขศาสตร์และสังคมศาสตร์**, 2(1) : 63-74.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). **ระเบียบวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพฯ : ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2550). **คู่มือการจัดกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2558). **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน**. กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- ปวีณา นพโสตร. (2556). **ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บุญยภพ สิทธิพรอนันต์. (2550). **ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ใกล้เคียง.
- ฝ่ายเวชระเบียน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2559). **การสำรวจสถิติจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรค ระหว่าง พ.ศ. 2555 - 2559**. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.
- พรเพ็ญ อารีกิจ. (2554). **ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต). (2546). **พุทธธรรม**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระสุวรรณ สุฉนฺโณ. (2554). **ศึกษาผลการเจริญสติปัฏฐานตามแนวทางปฏิบัติของหลวงพ่อเทียนจิตตสุโก : กรณีศึกษาสำนักปฏิบัติธรรมมหาสติปัฏฐาน ๔ บ้านเหล่าโพหนอง**. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต (พระพุทธศาสนา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย
- พัชรินทร์ นินทจันทร์ ไสภิน แสงอ่อน จริยา วิทยะสุกร นพวรรณ เปียชื้อ ทศนา ทวีคุณ และพิศสมัย อรทัย. (2552). **คู่มือการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต.โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล**. กรุงเทพฯ : จุดทอง.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). **ความแข็งแกร่งในชีวิต : แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้**. กรุงเทพฯ : จุดทอง.
- พัชรราวไล ควรเนตร. (2557). **ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พัชรี คำตา อัมพวรรณ ธากาศ ชนากานต์ แสงสิงห์ชัย. (2550). **รูปแบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำโดยกระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจ**. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 เรื่อง สุขภาพจิต : ชีวิตชาวเมือง วันที่ 1-3 สิงหาคม 2550. โรงแรมปรินซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร.
- พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2551). บทนิพนธ์ฟื้นฟูวิชาการ จิตบำบัดแนวพุทธ : การบำบัดด้วยสติ. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 16(2) : 119-129.
- พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2553). การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังด้วยการเจริญสติ : รายงานผู้ป่วย 2 ราย. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 18(3) : 189-199.
- พูลสิน เฉลิมวัฒน์. (2552). **ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. กรุงเทพฯ : ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มูจรินทร์ พุทธเมตตา. (2557). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยงยุทธ์ วงศ์ภิรมย์ศานต์. (2559). **คู่มือสติบำบัด Mindfulness-Based Therapy and Counseling (MBTC)**. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต.
- รังสิมันต์ สุทรไชยา. (2554). การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง : การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 25(2) : 1-11.
- วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. (2552). สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. **วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**, 27(1): 27-32.
- วัชรี้ แสงสาย. (2556). **ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภณีย์วิชัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2560). เอกสาร “**วันอนามัยโรค 2560 : ซึมเศร้า...เราคุยกันได้**.” [ออนไลน์] แหล่งที่มา http://www.thaidepression.com/www/who_depress/km_depress.pdf [19 เมษายน 2560]

- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ. (2557). ประสิทธิภาพของการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(4) : 381 - 393.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายฝน เอกวางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ : ส.เอเชียเพรส.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ์ วาสิกนันนท์. (2558). *ตำราโรคซึมเศร้า*. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ คลังนานาวิทยา.
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และกอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ. (2558). *จิตเวช ศิริราช DSM 5*. กรุงเทพมหานคร : ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร : บริษัท วี.พรีน (1991) จำกัด.
- อรสา ไยยง และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 56(2) : 117-128.
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556). *ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Akiskal, H. S. (2000). *Mood disorder : Introduction and overview*. Philadelphia: Lippincott.
- American Psychological Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC : American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2014). [online]. *The road to resilience : What is resilience?*. Available from <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>.
- Beck A.T. (1967). *Depression : Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York : Harper Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G. . (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford Press.

- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. **The Journals of Gerontology Series A : Biological Sciences and Medical Sciences**, 58(3): M249-M265.
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. **Psychological medicine**, 35(09) : 1241-1252.
- Bohy N. (2010). **A Qualitative Study of Mindfulness between Relationship Enhancement and its contributions to Relationship Resilience**. The Degree of Psychology, Faculty of the California School of Professional Psychology San Diego.
- Buschmannet, M. T., Dixon,M.A. and Tichy,A.M. (1995). Geriatric depression. **Home Health care Nurse**, 13(3) : 47-59.
- Chavers D.J. (2013). **Relationships between Spiritual, Religiosity, Mindfulness, Personality, and Resilience**. The degree of Master of Science in Psychology, Faculty of the University of South Alabama.
- Cohen, D., & Krajewski, A. (2014). Interdisciplinary geriatric resilience interventions: an urgent research priority. **Topics in Geriatric Rehabilitation**, 30(3) : 199-206.
- Connor, K. M. and J. R. Davidson (2003). "Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC)." **Depression and anxiety**, 18(2) : 76-82.
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. **Psychotherapy**, 48(2) : 198.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. **Annual review of clinical psychology**, 5 : 363-389.
- Fukukawa, Y., Nakashima, C., Tsuboi, S., Niino, N., Ando, F., Kosugi, S., & Shimokata, H. (2004). The impact of health problems on depression and activities in middle-aged and older adults: Age and social interactions as moderators. **The Journals of Gerontology Series B : Psychological Sciences and Social Sciences**, 59(1) : P19-P26.
- Fuller-Iglesias, H., et al. (2008). Resilience in old age: Social relations as a protective factor. **Research in Human Development**, 5(3) : 181-193.

- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. **Pediatric annals**, 20(9) : 459-466.
- Geiger, P. J., et al. (2016). Mindfulness-Based Interventions for Older Adults: A Review of the Effects on Physical and Emotional Well-being. **Mindfulness** 7(2) : 296-307.
- Goud, A. A., & Nikhade, N. S. (2015). Prevalence of depression in older adults living in old age home. **International Archives of Integrated Medicine**, 2(11) : 1-5.
- Grotberg, E. H. (1995). **A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit**, Bernard van leer foundation The Hague, The Netherlands.
- Grotberg, E. H. (1999). Countering depression with the five building blocks of resilience. **Reaching Today's Youth**, 4(1) : 66-72.
- Hagerty, B. M. (1995). Advances in understanding major depressive disorder. **Journal of psychosocial nursing and mental health services**, 33(11) : 27-34.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. **Journal of the American Geriatrics society**, 52(2) : 257-262.
- Heisel, M. J. (2006). Suicide and its prevention among older adults. **The Canadian Journal of Psychiatry**, 51(3) : 143-154.
- Hoare. (2015). Resilience in the Elderly. **Journal of Aging Life Care**. Available from <http://www.aginglifecarejournal.org/resilience-in-the-elderly/>. [2016, February 2]
- Jeste, D. V., et al. (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. **American Journal of Psychiatry**, 170(2) : 188-196.
- Jon K. Z. (1990). **Full Catastrophe living : Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness**. New York Dell.
- Kemper, K. J., et al. (2015). Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals?. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, 21(8) : 496-503.
- Keye, M. D., & Pidgeon, A. M. (2013). Investigation of the relationship between resilience, mindfulness, and academic self-efficacy. **Open Journal of Social Sciences**, 1(06) : 1.

- Kitsumban, V., Thapinta, D., Sirindharo, P. B., & Anders, R. L. (2009). Effect of cognitive mindfulness practice program on depression among elderly Thai women. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research**, 13(2) : 95-108.
- Klainin-Yobas, P., Cho, M. A. A., & Creedy, D. (2012). Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. **International journal of nursing studies**, 49(1) : 109-121.
- Kurilova. (2013). **Exploration of Resilience in Relation to Mindfulness, Self-Compassion, and Attachment Styles**. University of Calgary, The Degree of Master of Science.
- Lindberg. (2005). Integrative Review of Research Related to Meditation, Spirituality, and the Elderly. **Geriatric Nursing**, 26(6) : 372-377.
- Maneerat, S., Isaramalai, S.-a., & Boonyasopun, U. (2011). A conceptual structure of resilience among Thai elderly. **International Journal of Behavioral Science**, 6(1).
- Mehta, M., et al. (2008). Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. **International journal of geriatric psychiatry**, 23(3) : 238 - 243.
- Min, J.-A., et al. (2015). Resilience moderates the risk of depression and anxiety symptoms on suicidal ideation in patients with depression and/or anxiety disorders. **Comprehensive psychiatry**, 56 : 103 - 111.
- Mongrain, M., et al. (2016). Happiness vs. mindfulness exercises for individuals vulnerable to depression. **The Journal of Positive Psychology**, 11(4) : 366-377.
- Murphy, P. E., Ciarrocchi, J. W., Piedmont, R. L., Cheston, S., Peyrot, M., & Fitchett, G. (2000). The relation of religious belief and practices, depression, and hopelessness in persons with clinical depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 68(6) : 1102-1105.
- Nila, K., Holt, D. V., Ditzen, B., & Aguilar-Raab, C. (2016). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) enhances distress tolerance and resilience through changes in mindfulness. **Mental Health & Prevention**, 4(1) : 36-41.

- Ormel, J., Oldehinkel, A. J., & Brilman, E. I. (2001). The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life. **American Journal of Psychiatry**, 158(6) : 885-891.
- Pidgeon, A. M., et al. (2014). "Evaluating the effectiveness of enhancing resilience in human service professionals using a retreat-based Mindfulness with Metta Training Program : a randomised control trial." **Psychology, health & medicine**, 19(3) : 355-364.
- Resnick, B. (2011). **Resilience in older adults : Gerontological education for other health professionals**. New York : Jones & Bartlett Learning.
- Rice, J. (2006). **Mathematical statistics and data analysis**. Nelson Education.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. **The British Journal of Psychiatry**, 147(6): 598-611.
- Santos, V., Paes, F., Pereira, V., Arias-Carrión, O., Silva, A. C., Carta, M. G., & Machado, S. (2013). The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: systematic review. **Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health**, 9(1).
- Segal Z.V., Williams J. M. G., and Teasdale J.D. (2002). **Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression**. New York : The Guilford Press.
- Seok, J.-H., et al. (2012). Impact of early-life stress and resilience on patients with major depressive disorder. **Yonsei medical journal**, 53(6) : 1093-1098.
- Shen, K. and Zeng, Y. (2011). The association between resilience and survival among Chinese elderly. **Resilience in Aging**. Springer : 217-229.
- Smith, A. (2004). Clinical uses of mindfulness training for older people. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, 32(04) : 423-430.
- Smith.P.R. (2009). Resilience: Resilience factor for depressive symptoms. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 16: 829-837.
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. **Science**, 338(6103) : 79-82.

- Splevins, K., Smith, A., & Simpson, J. (2009). Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. **Aging and Mental Health**, 13(3) : 328-335.
- Steffens, D. C., Fisher, G. G., Langa, K. M., Potter, G. G., & Plassman, B. L. (2009). Prevalence of depression among older Americans: the Aging, Demographics and Memory Study. **International Psychogeriatrics**, 21(05), 879-888.
- Tomac, M. M. (2011). **The influence of mindfulness on resilience in context of attachment style, affect regulation, and self-esteem**. Walden University.
- Varcarolis, E. M. (2002). **Foundations of psychiatric mental health nursing**. WB Saunders.
- Van Ojen, R., Hooijer, C., Bezemer, D., Jonker, C., Lindeboom, J., & van Tilburg, W. (1995). Late-life depressive disorder in the community. I. The relationship between MMSE score and depression in subjects with and without psychiatric history. **The British Journal of Psychiatry** 166(3) : 311-315.
- Wells, M. (2012). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. **Online Journal of Rural Nursing and Health Care**, 10(2) : 45-54.
- Wagnild, G. M. and Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. **Journal of nursing measurement**.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. **Development and psychopathology** 5(4) : 503-515.
- Werner, E. E. and R. S. Smith (1977). **Kauai's children come of age**. University Press of Hawaii Honolulu.
- Wilson, P. H., et al. (1989). **Cognitive behavioral interviewing for adult disorders: a practical handbook**. The John Hopkins University Press.
- World Health Organization. (2004). **Schedule for clinical assessment in neuropsychiatry and Disability adjusted Life years**. Retrieved from <http://www.who.int>. [2015, August 1]



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์อภิชาติ แสงสิน	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
2. ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. อาจารย์ ดร.สนธยา มณีรัตน์	รองผู้อำนวยการวิทยาลัย วิทยาลัยบรมราชชนนี นพรัตนวชิระ
4. ดร.อุทยา นาคเจริญ	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
5. คุณศันสนีย์ พูนผล	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธ เลิศหล้า



ตารางที่ 7 การจับคู่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	อายุ		คะแนนภาวะซีมีแคร์้า		ระดับความรุนแรง
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
1	65	65	26	26	มาก
2	67	70	22	23	มาก
3	63	64	18	18	ปานกลาง
4	70	70	30	33	รุนแรง
5	63	64	31	34	รุนแรง
6	60	60	19	19	ปานกลาง
7	60	60	19	19	ปานกลาง
8	62	61	23	22	มาก
9	71	73	27	24	มาก
10	64	63	24	24	มาก
11	67	69	25	28	มาก
12	66	68	24	22	มาก
13	63	65	19	18	ปานกลาง
14	61	62	32	32	รุนแรง
15	65	64	32	30	รุนแรง
16	66	66	28	25	มาก
17	61	62	20	20	มาก



1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมายลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ 1. 60-65 ปี 2. 66-70 ปี
3. 71 ปีขึ้นไป
3. ระดับการศึกษา
1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช 4. อนุปริญญา/ป.ว.ส.
5. ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี
7. ไม่ได้เรียน
4. สถานภาพสมรส
1. โสด 2. หม้าย
3. คู่ 4. หย่า/ร้าง/แยก
5. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
1. รักใคร่กันดี 2. ห่างเหิน
3. ชัดแย้ง
7. โรคประจำตัว ไม่มี
 มี 1 โรค ระบุ.....
 มีมากกว่า 1 โรค ระบุ.....
9. รายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน
 5,001 – 10,000 บาท/เดือน
 10,001 – 15,000 บาท/เดือน
 มากกว่า 15,001 บาท/เดือน
1. พอใช้ 2. ไม่พอใช้

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดกากบาท (X) หน้าข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงปัจจุบันนี้

1. ความรู้สึกเศร้า

- 0 ท่านไม่มีความรู้สึกเศร้า
- 1 ท่านรู้สึกเศร้าบ้าง
- 2 ท่านรู้สึกเศร้าตลอดเวลา
- 3 ท่านรู้สึกเศร้ามาก และไม่มีความสุข

2. ความรู้สึกของท่านต่ออนาคต

- 0 ท่านไม่หมดกำลังใจต่ออนาคต
- 1 ท่านรู้สึกท้อแท้เกี่ยวกับอนาคต
- 2 ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีอะไรที่หวังได้ในอนาคต
- 3 ท่านรู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวังและไม่มีอะไรจะดีขึ้น

3. ความล้มเหลว

- 0 ท่านไม่รู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลว
- 1 ท่านรู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลวกว่าคนอื่น ๆ
- 2 เมื่อท่านมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ท่านทำได้ คือ ทำอะไรก็ล้มเหลวบ่อยๆ
- 3 ท่านเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด

4. ความพึงพอใจ

- 0 ท่านมีความพึงพอใจในทุกสิ่งทุกอย่างเสมอ
- 1 ท่านรู้สึกไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่างดังเช่นเคย
- 2 ท่านไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป
- 3 ท่านรู้สึกไม่พอใจและเบื่อต่อทุกอย่าง

21. อารมณ์ทางเพศ

- 0 ในช่วงนี้ความสนใจทางเพศของท่านไม่เปลี่ยนแปลง
- 1 ท่านสนใจเกี่ยวกับเรื่องเพศน้อยกว่าที่เคย
- 2 ในช่วงนี้ท่านสนใจเรื่องเพศน้อยมาก
- 3 ท่านไม่สนใจเรื่องเพศโดยสิ้นเชิง

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X หน้าข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านพอสมควร
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านค่อนข้างน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เป็นจริง หรือไม่ตรงกับตัวท่านเลย

ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

1. ท่านเป็นคนที่ชอบพูดคุยกับผู้อื่น

() เห็นด้วยมากที่สุด () เห็นด้วยมาก () เห็นด้วยน้อย () ไม่เห็นด้วย

6. โดยปกติ ท่านเป็นคนที่ชอบทำกิจกรรมเป็นกลุ่มกับผู้อื่น ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในชีวิต

() เห็นด้วยมากที่สุด () เห็นด้วยมาก () เห็นด้วยน้อย () ไม่เห็นด้วย

ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่

7. ท่านรู้สึกว่าชีวิตอยู่ของท่านทุกวันนี้ มีคุณค่า

() เห็นด้วยมากที่สุด () เห็นด้วยมาก () เห็นด้วยน้อย () ไม่เห็นด้วย

11. ท่านมีสิ่งที่ทำให้ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในชีวิต

() เห็นด้วยมากที่สุด () เห็นด้วยมาก () เห็นด้วยน้อย () ไม่เห็นด้วย

ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม

12. ทุกวันนี้ ท่านมีคนในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ที่ท่านรู้สึกไว้วางใจได้เสมอ

() เห็นด้วยมากที่สุด () เห็นด้วยมาก () เห็นด้วยน้อย () ไม่เห็นด้วย

14. ท่านมีคนที่เป็นเพื่อนพูดคุย หรือปรับทุกข์กับท่านได้ตลอดเวลา

() เห็นด้วยมากที่สุด () เห็นด้วยมาก () เห็นด้วยน้อย () ไม่เห็นด้วย

ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ

15. ทุกวันนี้ ท่านมีกลุ่มเพื่อนคอยเป็นกำลังใจ หรือคอยช่วยเหลือในยามที่ท่านมีทุกข์

() เห็นด้วยมากที่สุด () เห็นด้วยมาก () เห็นด้วยน้อย () ไม่เห็นด้วย

19. ท่านนำหลักคำสอนทางศาสนา หรือในสิ่งที่เคารพนับถือมาปฏิบัติเมื่อมีความทุกข์

() เห็นด้วยมากที่สุด () เห็นด้วยมาก () เห็นด้วยน้อย () ไม่เห็นด้วย

ด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา

.

24. ท่านสามารถเล่าความทุกข์ ให้กับคนที่ท่านไว้วางใจฟังได้

() เห็นด้วยมากที่สุด () เห็นด้วยมาก () เห็นด้วยน้อย () ไม่เห็นด้วย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (RESILIENCE QUOTIENT EMPHASIZING MINDFULNESS-BASED PROGRAM ON DEPRESSION IN OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER)

หลักการและเหตุผล

ภาวะซึมเศร้าถือเป็นการคุกคามต่อสุขภาพ ความเป็นอยู่และความสามารถของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมาก เนื่องมาจากการมีความเข้มแข็งทางใจที่ต่ำต่อการเผชิญความเครียดต่างๆ ในชีวิต รวมถึงการเจ็บป่วย ความยากลำบาก ทำให้แยกตัวจากสังคม โดดเดี่ยว และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ในที่สุด (Cohen Krajewski, 2014) ความเข้มแข็งทางใจมีหลายมิติรวมถึงด้านชีวภาพ จิตวิทยา สังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างซับซ้อนเพื่อมุ่งเน้นในเกิดผลลัพธ์ทางบวก (Cohen Krajewski, 2014) และสามารถปกป้องภาวะซึมเศร้าไม่ให้รุนแรงขึ้นได้ (Smith, 2009) การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) คือ ศักยภาพของบุคคลในการฟื้นตัวให้ผ่านพ้นความทุกข์ยากที่ต้องเผชิญได้ด้วยดี จากการศึกษาของ Maneerat et al. (2011) อธิบายการนำแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) ไปใช้กับผู้สูงอายุ ภายใต้อายุ 3 องค์ประกอบหลัก แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเชื่อมั่นในการดำรงชีวิตด้านสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และด้านความสามารถในการจัดการกับปัญหาและผ่อนคลายความเครียด ซึ่งความเข้มแข็งทางใจเป็นการนำเอาประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการเผชิญกับความทุกข์ยากอย่างเข้าใจปราศจากอคติไม่ยึดติด จำเป็นต้องอาศัยการสังเกตอย่างมีสติรู้ทันอารมณ์ และการอธิบายอย่างมีสติรู้ทันความคิดให้อยู่กับปัจจุบัน (Kurilova, 2013) การไม่โต้ตอบ ไม่ยึดติดกับความคิด อารมณ์ทางลบ จะช่วยลดปฏิกิริยาโต้ตอบกลับอย่างทันทีทันใด ดึงตนเองออกจากความทุกข์ยากที่ประสบ ฟื้นกลับสู่สภาวะปกติได้ โดยเร็ว (Nila, Holt, Ditzen, & Aguilar-Raab, 2016) จากการศึกษาของ Tomac (2011) สนับสนุนว่าการฝึกสติเป็นเครื่องมือที่จำเป็นของบุคคลในการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งทั้งความเข้มแข็งทางใจที่เป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น (Fiske, Wetherell, and Gatz, 2009) และการมีสติอยู่กับปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ (Splevins, Smith, and Simpson, 2009)

จากเหตุผลนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการฝึกสติตามแนวคิดของ Segal et al. (2002) มาเป็นกระบวนการในการดำเนินกิจกรรมโดยมีแนวคิดความเข้มแข็งทางใจ Grotberg (1995) ที่ Maneerat et al. (2011) นำมาศึกษาในผู้สูงอายุ เป็นเนื้อหากิจกรรม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดสภาวะจิตของการปล่อยวางจากความรู้สึกและความคิดทางลบ มีความพร้อมในการเรียนรู้การสร้างความเข้มแข็งทางใจ ให้มีศักยภาพในการเผชิญกับความทุกข์ยากในชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์ ลดภาวะซึมเศร้า

สามารถฟื้นกลับมาดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว สังคมได้อย่างปกติสุข และจากการศึกษาของ Geiger et al. (2016) เสนอแนะว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการฝึกสติได้ดีกว่าวัยอื่น สามารถจัดกิจกรรมบำบัดที่มีการฝึกสติเป็นพื้นฐานให้สั้นขึ้นและเร็วขึ้นได้

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจโดยเน้นการฝึกสติ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมๆละ 60-90 นาทีสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ เน้นให้สมาชิกฝึกต่อเนื่องที่บ้าน มอบหมายการบ้านและทบทวนการบ้านก่อนดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 สติพารู้จักความเข้มแข็งทางใจ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก และสมาชิกด้วยกันให้เกิดความไว้วางใจ
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ การฝึกสติและภาวะซึมเศร้า

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกัน เป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม การสร้างบรรยากาศให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ มีความกล้าแสดงความคิดเห็น ระบายความรู้สึก จากการให้ความเชื่อมั่น ยอมรับในตัวสมาชิกทั้งนี้ เพื่อให้สมาชิกได้รับประโยชน์สูงสุด

ความเข้มแข็งทางใจ เป็นความสามารถของบุคคลในการฟื้นตัว และเผชิญกับความทุกข์ยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถสร้างความเข้มแข็งทางใจขึ้นมาได้ด้วยวิธีการฝึกสติ เริ่มต้นจากการฝึกสมาธิซึ่งเป็นพื้นฐานของการฝึกสติ โดยสมาธิเป็นสภาวะจิตขณะพักแต่ยังรู้ตัวอยู่ตลอดเวลา เกิดจากการทำจิตให้ว่างจากความคิดทั้งปวง ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ลดอารมณ์และความคิดต่าง ๆ ที่สะสมไว้ ทำให้สิ่งดีงามที่มีอยู่ในตัวบุคคล เช่น ความรัก ความเมตตา ความเสียสละ อดทน เป็นต้น ได้แสดงออกมา หลังจากที่ถูกอารมณ์ ความคิดต่าง ๆ บดบังไว้ ความสงบของสมาธิจะพัฒนาให้มีสติดีขึ้นได้ และสติที่ได้รับการฝึกฝน มีความรู้สึกรู้สีกว่าอยู่ทุกกิจกรรมที่ทำในปัจจุบัน จะทำให้ไม่ประมาทในการดำเนินชีวิต ลดการครุ่นคิด หลุดพ้นจากความทุกข์ที่หมกมุ่นอยู่กับอดีตที่ผ่านมา และอนาคตที่ยังมาไม่ถึง สามารถมองรายละเอียดของสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัวได้ละเอียดมากขึ้น ระลึกถึงคุณลักษณะความเข้มแข็งทางใจในตนเอง ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าได้

กิจกรรม

1. (10 นาที) จัดสมาชิกรั้งเป็นวงกลม กล่าวทักทาย แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ พูดถึงเรื่องทั่วไปกับสมาชิกด้วยท่าที่เป็นมิตร จากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเอง ผู้นำกลุ่มแจ้งวัตถุประสงค์ กติกา ข้อตกลงการเข้าร่วมกิจกรรมและการทำการบ้านที่มอบหมายให้ เพื่อให้สมาชิกได้เห็นความก้าวหน้าของตนเองและได้รับประโยชน์สูงสุด

2. (10 นาที) ผู้นำกลุ่มเกริ่นนำ โดยซักถามความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ ให้สมาชิกช่วยกันบอกชื่อบุคคลที่คิดว่าเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจ และบุคคลเหล่านั้นมีลักษณะนิสัยเป็นเช่นไร ตามใบงานที่ 1 ส่วนที่ 1 ให้ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเขียนในกระดาษโปสเตอร์ ผู้นำกลุ่มสรุปว่าลักษณะนิสัยต่าง ๆ นี้ล้วนมีอยู่ในทุกคน รวมถึงสมาชิกทุกท่าน แต่อาจมีบางสิ่งที่ยึดบังมันอยู่จึงไม่ได้แสดงออกมา ดังนั้นวันนี้จะเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การฝึกสติและรู้จักกับความเข้มแข็งทางใจ ที่จะทำให้ภาวะซึมเศร้าที่สมาชิกประสบอยู่นี้ลดลงได้ จากนั้นให้ความรู้ตามใบความรู้ที่ 1

3. (15 นาที) เรามาเริ่มสร้างความเข้มแข็งทางใจให้มากขึ้น โดยเริ่มจากพื้นฐานของการฝึกสติ นั่นคือ การฝึกสมาธิกันก่อนนะค่ะ สมาธิ เป็นความตั้งมั่น ในขณะที่จิตพักจากการทำงาน ให้ว่างจากความคิดทั้งปวงแต่ยังรู้ตัวอยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ผู้นำกลุ่มนำสมาชิกฝึกปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ฝึกหยุดความคิด โดยให้ตามรู้สึกของลมหายใจที่ผ่านเข้าออกที่ปลายจมูก ซึ่งเป็นส่วนที่สังเกตเห็นได้ง่ายเพราะมีประสาทรับความรู้สึกอยู่น้อย จึงต้องใช้ความตั้งมั่น จดจ่ออยู่กับลมหายใจ ใช้เวลาในขั้นตอนนี้ 2 นาที (ให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติต่อไปจนครบ 2 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 ฝึกจัดการกับความคิด โดยการตามรู้ลมหายใจอย่างต่อเนื่อง หากมีความคิดใด ๆ เกิดขึ้นขอให้รู้ว่ามีความคิดเกิดขึ้น และไม่คิดตามความคิดนั้น ให้กลับมาสนใจกับลมหายใจต่อ ระวังอย่าไปสั่งให้ตนเองหยุดความคิดเพราะจะยิ่งทำให้จิตใจไม่สงบ ใช้เวลาในขั้นตอนนี้ 4 นาที (ให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติต่อไปจนครบ 4 นาที)

ขั้นตอนที่ 3 ฝึกจัดการกับความง่วง เมื่อทำสมาธิไปได้ระยะหนึ่งจะเกิดความง่วงขึ้นมาสามารถจัดการกับความง่วงได้ด้วยวิธีการยืดตัวให้ตรง สูดหายใจเข้าออกให้ลึกขึ้น หรือจินตนาการเห็นแสงไฟที่สว่างจ้ามาก ๆ แล้วกลับมาอยู่กับลมหายใจอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาในขั้นตอนนี้ 8 นาที (ให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติต่อไปจนครบ 8 นาที)

4. (10 นาที) ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มแจกใบประเมินประสบการณ์ที่ 1 (การฝึกสมาธิและสติ) ผู้นำกลุ่มถามนำ ตามใบประเมินประสบการณ์ที่ 1 ส่วนที่ 1 ยกตัวอย่างเช่น สมาชิกสามารถรู้ลมหายใจที่ปลายจมูกได้ ให้สมาชิกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามประสบการณ์การฝึกที่ได้รับ ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปว่ามีสมาชิกบางท่านทำได้ บางท่านทำไม่ได้ ขอให้ฝึกอย่างต่อเนื่องจะทำให้จิตใจสงบ รู้สึกผ่อนคลาย ลดความขุ่นมัวในจิตใจ และสิ่งดีงามที่อยู่ในตัว เช่น ความมีเมตตา การเสียสละ มีน้ำใจ เป็นต้น จะแสดงออกมา

5. (15 นาที) ผู้นำกลุ่มเกริ่นนำเข้าสู่การฝึกสติ คือ การฝึกให้สติระลึกอยู่กับกิจกรรมที่ทำ โดยไม่ถูกแทรกแซงด้วยความคิดและอารมณ์ในทางที่ไม่ประสงค์ โดยให้รับรู้กิจกรรมที่ทำขณะนั้น ให้มากจากการรับรู้ผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 และรับรู้ลมหายใจเพียงเล็กน้อย ซึ่งลมหายใจนั้นเป็นสิ่งที่มียุ่ตลอดเวลา และเป็นปัจจุบัน ซึ่งเป็นการดึงสติให้อยู่กับกิจกรรมที่ทำในขณะนั้น เราจะฝึกในอิริยาบถที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การยืน การเดินและการกิน ผู้นำกลุ่มนำสมาชิกให้ฝึกปฏิบัติตามดังนี้

การยืนอย่างมีสติ ให้รู้ลมหายใจเล็กน้อย รู้สัมผัสของเท้าที่พื้น สังเกตความรู้สึกที่เกิดขึ้น พร้อมรับรู้ลมหายใจที่ปลายจมูก จะพบว่าสามารถยืนได้นิ่งขึ้นและนานขึ้นโดยไม่เมื่อย

การเดินอย่างมีสติ ให้เดินไปรอบ ๆ ด้วยความเร็วปกติ และรู้ลมหายใจเล็กน้อย รับรู้สัมผัสของเท้าที่สัมผัสพื้นไปด้วย จะพบว่าทรงตัวดีขึ้น ไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์และความคิด

การกินอย่างมีสติ แจกถั่วต้มคนละเม็ด ถั้วไว้ในมือให้ใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 กินอย่างมีสติ และให้เปรียบเทียบการกินแบบปกติ

6.(10 นาที) ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มแจกใบประเมินประสบการณ์ที่ 1 ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกยกตัวอย่างเช่น สมาชิกสามารถมีสติกับการยืนได้ ให้สมาชิกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามประสบการณ์ที่ได้รับ และกล่าวสรุปขอให้ฝึกอย่างต่อเนื่อง ให้กำลังใจ ชื่นชม และซักถามประโยชน์ของการฝึกสมาธิ และสติโดยให้สมาชิกช่วยกันตอบ

7. (20 นาที) ผู้นำกลุ่มถามคำถามในสิ่งที่ได้เรียนรู้วันนี้ ให้สมาชิกบอกคุณลักษณะความเข้มแข็งทางใจของตนเอง สิ่งที่มีความภาคภูมิใจ ข้อดีของตนเอง ตามใบงานที่ 1 ส่วนที่ 2 โดยให้สมาชิกร่วมกันตอบ และผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเขียนคำตอบในกระดานโปสเตอร์ จากนั้นให้สมาชิกแต่ละคนสร้างข้อความในทางบวกสำหรับตนเองและพูดให้สมาชิกท่านอื่นฟัง ดังนี้ “ฉันชื่นชอบ....(ชื่อตนเอง) เพราะ...(ความดีของตนเอง)” ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุป และมอบหมายการบ้าน

อุปกรณ์

1. ปากกา หรือ ดินสอ
2. กระดาษโปสเตอร์
3. ใบความรู้ที่ 1 เรื่องภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งทางใจและการฝึกสติ
4. ใบงานที่ 1
5. ใบการบ้านครั้งที่ 1
6. ใบประเมินประสบการณ์ที่ 1 การฝึกสมาธิและสติ (Check list)
7. เยลลี่

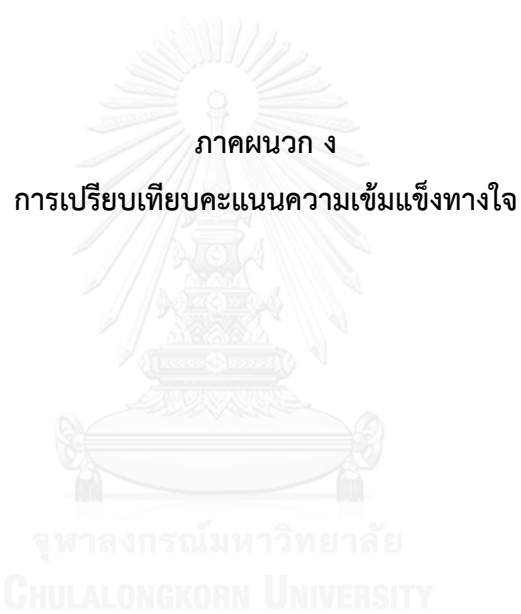
ประโยชน์ที่ได้รับ

สมาชิกสามารถนำการฝึกสมาธิและสติไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีจิตใจที่สงบ
ผ่อนคลาย มีสติอยู่กับปัจจุบัน ลดความครุ่นคิด มองตนเองในด้านบวกมากขึ้น

การประเมินผล

- 1.จากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ
- 2.การแสดงความคิดเห็น การร่วมกันตอบคำถาม
- 3.ตอบคำถามจากใบงานที่ 1
- 4.แบบประเมินประสบการณ์จากการฝึกสมาธิและสติ





ตารางที่ 8 แสดงคะแนนความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

กลุ่มทดลอง	คะแนนความเข้มแข็งทางใจก่อนทดลอง	ค่าคะแนน	คะแนนความเข้มแข็งทางใจหลังทดลอง	ค่าคะแนน
คนที่ 1	65	ปานกลาง	73	สูง
คนที่ 2	68	ปานกลาง	82	สูง
คนที่ 3	64	ปานกลาง	81	สูง
คนที่ 4	48	ต่ำ	90	สูง
คนที่ 5	61	ปานกลาง	81	สูง
คนที่ 6	65	ปานกลาง	94	สูง
คนที่ 7	58	ปานกลาง	79	สูง
คนที่ 8	40	ต่ำ	74	สูง
คนที่ 9	66	ปานกลาง	86	สูง
คนที่ 10	71	ปานกลาง	81	สูง
คนที่ 11	53	ปานกลาง	80	สูง
คนที่ 12	52	ปานกลาง	82	สูง
คนที่ 13	63	ปานกลาง	89	สูง
คนที่ 14	45	ต่ำ	84	สูง
คนที่ 15	45	ต่ำ	73	สูง
คนที่ 16	53	ปานกลาง	91	สูง
คนที่ 17	54	ปานกลาง	89	สูง

จากตารางที่ 8 ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ จำนวน 4 คน ระดับปานกลาง จำนวน 13 คน ภายหลังจากทดลอง พบว่าคะแนนความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นทุกคน แต่มีสมาชิกจำนวน 5 คนที่คะแนนเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง ผู้วิจัยได้ประเมินความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม ให้ข้อมูลสร้างความเข้มแข็งทางใจตามรายชื่อ แล้วให้ทำแบบสอบถามอีกครั้ง พบว่า สมาชิกกลุ่มทดลองทุกคนมีความเข้มแข็งทางใจในระดับสูง



ที่ ศอ 0512.11/ ๕๑๖๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรธรรม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕1 สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เนื่องด้วย นางสาวกนกฤทัย ปานทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เป็น การฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้ สูงอายุไทย จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาและทดสอบคุณภาพแบบประเมินพลังสุขภาพจิต สำหรับผู้สูงอายุไทย ของนางสนธยา มณีรัตน์ ปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล (นานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2553) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แสงอรุณ อัครธนาชัย เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้บัณฑิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่าง สูงมา ณ โอกาสนี้

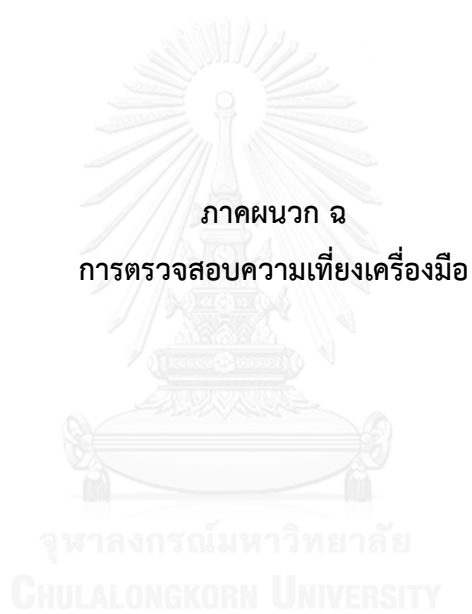
ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิชิต ชาญปาน)
รองคณบดี

รักษาการแทน คณะศึกษาศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นางสาวกนกฤทัย ปานทอง โทร. 08-6839-9944



ตารางที่ 9 แสดงค่าความเที่ยง แอลฟาของ ครอนบาค ของเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
depress1	9.69	75.579	.611	.899
depress2	9.69	72.222	.741	.895
depress3	9.69	69.579	.815	.892
depress4	9.72	71.564	.715	.895
depress5	9.76	72.975	.622	.898
depress6	9.79	73.884	.565	.900
depress7	9.93	77.424	.790	.898
depress8	9.76	73.475	.851	.893
depress9	10.07	79.852	.635	.901
depress10	10.17	81.791	.634	.904
depress11	9.86	80.909	.242	.907
depress12	10.03	76.034	.720	.897
depress13	9.97	75.749	.705	.897
depress14	9.55	75.256	.536	.901
depress15	9.90	74.167	.658	.897
depress16	9.79	76.099	.499	.902
depress17	9.52	77.187	.432	.903
depress18	10.07	82.852	.089	.909
depress19	10.07	83.781	-.002	.909
depress20	9.55	74.113	.556	.900
depress21	7.55	82.256	.079	.912



ตารางที่ 10 แสดงการวิเคราะห์สถิติ Paired t-test

Paired samples Correlations						
		N	Correlation	sig		
Pair 1	1 ภาวะซึมเศร้าก่อนทดลอง & 2 ภาวะซึมเศร้าหลังทดลอง	17	.678	.003		

Paired Samples Test								
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig.(2-tailed)
				lower	upper			
Pair 1								
1.ภาวะซึมเศร้าทดลอง- 2.ภาวะซึมเศร้าหลัง ทดลอง	17.118	3.516	.853	15.310	18.925	20.075	16	.000

ตารางที่ 11 แสดงการวิเคราะห์สถิติ Independent t-test

Group Statistics				
กลุ่มทดลอง&ควบคุม	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ทดลอง&ควบคุม 1	17	7.53	2.322	.563
หลังรับโปรแกรม 2	17	18.41	6.063	1.470

Independent Samples Test									
Levene's Test for Equality of Variance					t-test for Equality of Means				
	F	Sig.	t	Df	Sig.(2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95%Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Score Equal variances assumed	12.680	.001	6.911	32	.000	10.882	1.575	7.675	14.090
Score Equal variances not assumed			6.911	20.593	.000	10.882	1.575	7.604	14.161





กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

AF 10-10
COA No. ...05-2560...
REC No.....



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนธ์ 11000 โทร 0 2149 5555 - 60

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการ	: ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า
เลขที่โครงการวิจัย	: 05-2560
ผู้วิจัยหลัก	: นางสาวกันต์สุทัย ปานทอง
สังกัดหน่วยงาน	: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิธีทบทวน	: คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)
รายงาน	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หาก
ความก้าวหน้า	ดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี / ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 6 เดือน / ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 3 เดือน

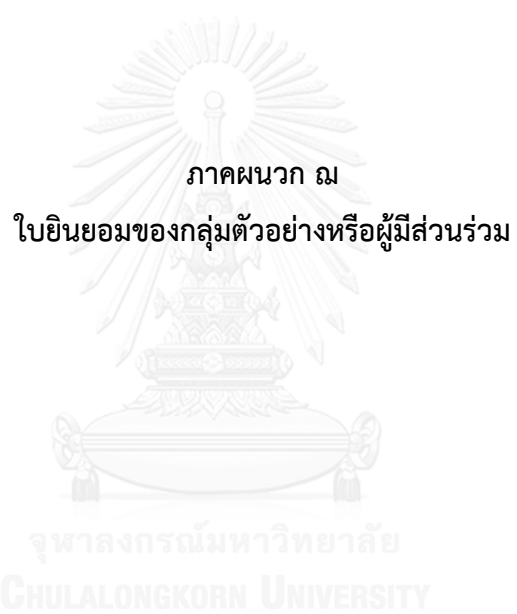
- เอกสารรับรอง** :
1. แบบยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 2. แบบฟอร์มเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนและทุนวิจัย
 3. แบบฟอร์มการประเมินโดยผู้วิจัย
 4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
 5. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย
 6. แบบประเมินและใบงาน


 ลงนาม (น.ส. จงสกล จงสกลชัย) ประธาน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	 ลงนาม (น.ส. ปวงธิดา ปวงธิดาพรวิรัตน์) กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
---	---

วันที่รับรอง : 16 กุมภาพันธ์ 2560
วันหมดอายุ : 15 กุมภาพันธ์ 2561

ทั้งนี้ การรับรองมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)
 นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
 2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และ หรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายงานแก่ที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อกำกับไว้เป็นหลักฐาน
 3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
 4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
 5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขอความเห็นชอบใหม่ก่อนหมดอายุ 1 เดือน
 6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
- * รายละเอียดของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัย ได้แนบมาด้วย เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก



 กรมสุขภาพจิต Department of Mental Health	กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

THE EFFECT OF RESILIENCE QUOTIENT EMPHASIZING MINDFULNESS-BASED PROGRAM ON DEPRESSION IN OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

วันที่ทำยินยอมวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2560 และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสียหายหรืออันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย หรือ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น


ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....นางสาวกัญต์ฤทัย ปานทอง.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

 กรมสุขภาพจิต Department of Mental Health	กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย (Information sheet for research participant)

ชื่อโครงการวิจัย: ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้า
 ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

THE EFFECT OF RESILIENCE QUOTIENT EMPHASIZING MINDFULNESS-
 BASED PROGRAM ON DEPRESSION IN OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE
 DISORDER

ผู้สนับสนุนการวิจัย:

.....

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ : นางสาวกัญต์ฤทัย ปานทอง

สถานที่ทำงาน : สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 23 ม.8 ถ. พุทรมณฑล สาย 4 แขวงทวีวัฒนา

เขตทวีวัฒนา กรุงเทพฯ

หมายเลขโทรศัพท์ : 0-2441-6100 08-6839-9944

ผู้วิจัยร่วม 1

ชื่อ

.....

สถานที่ทำงาน

.....

หมายเลขโทรศัพท์

.....

(ที่ทำงานและมือถือ)

.....

ผู้วิจัยร่วม 2

ชื่อ

.....
 สถานที่ทำงาน

.....
 หมายเลขโทรศัพท์

.....
 (ที่ทำงานและมือถือ)

เรียน อาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัย-ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อ่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ภาวะซึมเศร้าถือเป็นการคุกคามต่อสุขภาพ ความเป็นอยู่และความสามารถของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมาก เนื่องมาจากการมีความเข้มแข็งทางใจที่ต่ำต่อการเผชิญความเครียดต่างๆ ในชีวิต รวมถึงการเจ็บป่วย ความยากลำบากต่าง ๆ ทำให้แยกตัวจากสังคม โดดเดี่ยว และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (Cohen Krajewski, 2014) ความเข้มแข็งทางใจมีหลายมิติรวมถึงด้านชีวภาพ จิตวิทยา สังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างซับซ้อนเพื่อมุ่งเน้นในเกิดผลลัพธ์ทางบวก (Cohen Krajewski, 2014) ซึ่งสามารถปกป้องภาวะซึมเศร้าไม่ให้รุนแรงขึ้นได้ (Smith, 2009) การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) คือ ศักยภาพของบุคคลในการฟื้นตัวให้ผ่านพ้นความทุกข์ยากที่ต้องเผชิญได้ด้วยดี จากการศึกษาของ Maneerat et al. (2011) อธิบาย

การนำแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) ไปใช้กับผู้สูงอายุ ภายใต้อำนาจ 3 องค์ประกอบหลัก แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ สิ่งสนับสนุนทางสังคม การมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และความสามารถในการผ่อนคลาย ซึ่งความเข้มแข็งทางใจเป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการเผชิญกับความทุกข์ยากอย่างเข้าใจ ปราศจากอคติ ไม่ยึดติด จำเป็นต้องอาศัยการสังเกตอย่างมีสติรู้ทันอารมณ์ และความคิด ให้อยู่กับปัจจุบัน (Kurilova, 2013) การไม่โต้ตอบ ไม่ยึดติดกับความคิด อารมณ์ทางลบ จะช่วยลดปฏิกิริยาโต้ตอบกลับอย่างทันทีทันใด ดึงตนเองออกจากความทุกข์ยากที่ประสบ ฟ้นกลับสู่สภาวะปกติได้โดยเร็ว (Nila, Holt, Ditzen, & Aguilar-Raab, 2016) จากการศึกษาของ Tomac (2011) สนับสนุนว่าการฝึกสติเป็นเครื่องมือที่จำเป็นของบุคคลในการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งทั้งความเข้มแข็งทางใจที่เป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น (Fiske, Wetherell, and Gatz, 2009) และการมีสติอยู่กับปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ (Splevins, Smith, and Simpson, 2009) จากเหตุผลนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการฝึกสติ ตามแนวคิดของ Segal et al. (2002) มาเป็นกระบวนการในการดำเนินกิจกรรมโดยมีแนวคิดความเข้มแข็งทางใจ (Grotberg, 1995) ที่ Maneerat et al. (2011) นำมาศึกษาในผู้สูงอายุ เป็นเนื้อหากิจกรรม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดสภาวะจิตของการปล่อยวางจากความรู้สึกและความคิดทางลบ มีความพร้อมในการเรียนรู้การสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ ให้มีศักยภาพในการเผชิญกับความทุกข์ยากในชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์ ลดภาวะซึมเศร้า สามารถฟ้นกลับมาดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว สังคมได้อย่างปกติสุข และจากการศึกษาของ Geiger et al. (2016) เสนอแนะว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการฝึกสติได้ดีกว่าวัยอื่น สามารถจัดกิจกรรมบำบัดที่มีการฝึกสติเป็นพื้นฐานให้สั้นขึ้นและเร็วขึ้นได้

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจโดยเน้นการฝึกสติประกอบด้วย 6 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาทีสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ เน้นให้สมาชิกฝึกต่อเนื่องที่บ้าน มอบหมายการบ้านและทบทวนการบ้านก่อนดำเนินกิจกรรม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ

2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้าง
ความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จำนวนอาสาสมัครในโครงการวิจัย คือ 40 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอประเมินภาวะซึมเศร้า
ประเมินความเข้มแข็งทางใจ และภาวะสมองเสื่อม เพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะ
เข้าร่วมในการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับเชิญให้มาตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย
คือ 13 มีนาคม พ.ศ.2560 เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ โดยใน
แต่ละกิจกรรมจะใช้เวลา 60 - 90 นาที เริ่มต้นด้วยการทำกิจกรรมหรือแบบสอบถามเกี่ยวกับ
ประสบการณ์เดิมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า จากนั้นให้ฝึกสติในวิธีการที่ทำให้เพิ่มความเข้มแข็งทางใจ
รู้ทันอารมณ์และความคิด แล้วปล่อยวางไม่ยึดติดกับอารมณ์และความคิดนั้น เป็นการดึงตนเองออก
จากความเคยชินที่เป็นทุกข์ กลับมาอยู่กับปัจจุบันด้วยใจที่สงบ มีความพร้อมที่จะเปิดรับสิ่งใหม่ ๆ ใน
ชีวิต จากนั้นทำกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ 4
สัปดาห์ และมาพบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น 7 ครั้ง

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ นอกการมาร่วมทำกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้าง
ความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ให้ครบทั้ง 6 ครั้ง ท่านจะได้รับมอบหมายการบ้านไปฝึกปฏิบัติ
อย่างต่อเนื่องที่บ้านทุกวัน ให้เกิดทักษะของการฝึกสติและนำความรู้การสร้างความเข้มแข็งทางใจไป
ใช้ในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างปกติสุข

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

1. อาจเกิดอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ จากการนั่งหลับตาเป็นเวลานาน หากมีอาการ
ดังกล่าวให้ฝึกสติด้วยการลืมตา
2. อาจเกิดอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีความเครียด หรือเพ่ง
จดจ่อกับการรับรู้ลมหายใจมากเกินไป ลดความเสี่ยงโดยการสร้างบรรยากาศในการดำเนินกลุ่มให้เป็น
กันเอง เน้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับความสุขสบายทางกาย และกล้าบอกเมื่อมีอาการที่ไม่พึงประสงค์
เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น มีสติปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบ ใฝ่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มีผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

2. สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และสามารถปรับประยุกต์เพื่อนำไปใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มวัยต่าง ๆ ได้

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านงดการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่งจ่ายให้ รวมถึงการรักษาอื่น ๆ เช่น การรักษาด้วยสมุนไพร การชื้อยาจากร้านขายยา
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบทันที หากท่านได้รับยาอื่นนอกเหนือจากยาที่ใช้ในการศึกษาตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวกัญต์ฤทัย ปานทอง ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านจะมีค่าใช้จ่ายที่จะต้องรับผิดชอบ ได้แก่.....ไม่มี.....

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับเงินค่าเดินทาง และเงินชดเชยการสูญเสียรายได้ เสียเวลา หรือความไม่สะดวก ไม่สบาย ในการมาเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกครั้ง ครั้งละ.....200..... บาท รวมทั้งหมด6.....ครั้ง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวกัญต์ฤทัย ปานทอง สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 23 ม.8 ถ.พุทธมณฑล สาย 4 แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กรุงเทพฯ 10170

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อ
6. ท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
7. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วม

ในโครงการวิจัย

8. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
9. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

10. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

11. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 23 ม.8 ถ.พุทธมณฑล สาย 4 ทวีวัฒนา กรุงเทพฯ 10170 โทร 02 441 6100 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกัณฑ์ฤทัย ปานทอง เกิดเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2521 จังหวัดพิษณุโลก สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ. 2543 เข้ารับการศึกษาระดับสูงพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

