การวิจัยผสานวิธีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ด้วยโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก

บุปผา ใจมั่น,ปร.ด.[1], อนงค์ลักษณ์ วงศ์ตรี,ส.ม.[1]*
ธีรวีร์ มรกตเขียว,พ.ย.บ.[1], เกษราภรณ์ เคนบุปผา,ปร.ด.[1]
ทยาวีร์ จันทรวิวัฒน์,พย.ม.[2], นิตยา บุปผาพันธ์,พย.บ.[3]
นิพพาภัทร์ สินทรัพย์,พย.ม.[4]

(วันที่ส่งบทความ: 17 ธันวาคม 2567; วันที่แก้ไข: 29 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 17 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยผสานวิธีแบบแทรกแซง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสาเหตุและวิธีการดูแลจากมุมมองของผู้เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก 2) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม 3) อธิบายผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระยะก่อนการทดลอง เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์เชิงเนื้อหา, ระยะทดลอง เก็บข้อมูลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ดำเนินโปรแกรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เครื่องมือ คือ โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก แบบวัดภาวะซึมเศร้าและแบบวัดสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติ Repeated Measurement ANOVA วัดผล 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์ ระยะหลังการทดลอง เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มทดลอง วิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยระยะก่อนการทดลองเพื่อทำความเข้าใจสาเหตุและวิธีการดูแล พบว่า สาเหตุที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระยะเวลาป่วย ความรุนแรงของโรค จำนวนโรคเรื้อรัง ความวิตกกังวลต่อโรค ความรู้สึกไร้ค่า ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบุคคลรอบตัว ไม่มีที่ปรึกษา และวิธีการดูแล ได้แก่ การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง การส่งเสริมการคิดเชิงบวก การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ การส่งเสริมคุณค่าในตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและสังคม ระยะทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงและสุขภาพจิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ระยะหลังการทดลอง พบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการวิจัยนี้นำไปดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

คำสำคัญ : จิตวิทยาเชิงบวก, ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง, ภาวะซึมเศร้า

[1] อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2] อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำไฮใหญ่
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: อนงค์ลักษณ์ วงศ์ตรี, อีเมล: Anonglak@bcnsp.ac.th

Mixed Methods Research Investigating the Efficacy of a Positive Psychology Program in Promoting Mental Health among Older Adults with Chronic Diseases and Depression

Buppha Jaimun, Ph.D.[1], *Anongluk Vongtree, M.P.H.*[1*]
Teeravee Morakotkheaw, B.N.S.[1], *Kedsaraporn Kenbubpha, Ph.D.*[1]
Tayawee Juntarawiwat, MS.N.[2], *Nitaya Bubphaphan, B.N.S.*[3]
Nippapath Sinsap, MS.N.[4]

(Received: December 17th, 2024; Revised: May 29th, 2025; Accepted: July 17th, 2025)

Abstract

This mixed-method intervention study sought to: (1) ascertain the causes of depression and caregiving strategies from the perspectives of stakeholders to inform a positive psychology program; (2) assess the program's efficacy; and (3) investigate changes in older adults following participation. During the pre-experimental phase, in-depth interviews were conducted and analyzed qualitatively. The study subsequently involved 40 older adults with chronic diseases and depression, who divided into an experimental and a control group, each comprised of 20 participants. The intervention consisted of twice-weekly sessions lasting 90 minutes each. Research instruments included the positive psychology program, a depression scale, and a mental health assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and Repeated Measures ANOVAs, with evaluations conducted at three time points: before, immediately after, and four weeks post intervention. Findings from the pre-experimental phase identified key factors contributing to depression, such as prolonged illness, multiple chronic conditions, anxiety about health, low self-worth, poor social relationships, and lack of social support. Recommended caregiving strategies included depression screening, providing accurate health information, promoting positive thinking, strengthening psychological resilience, enhancing self-worth, and fostering social and familial relationships. Results indicated that the experimental group experienced a statistically significant reduction in depression and improved mental well-being ($p < .001$). Post-experimental interviews revealed positive behavioral changes in self-care practices among participants. The findings underscore the intervention's effectiveness in alleviating depression among older adults with chronic diseases, thereby reducing severe depression and suicide.

Keywords: positive psychology, older adults with chronic illnesses, depression

[1] Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[2] Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[3] Registered Nurse, Professional Level, Khomhaiyai Subdistrict Health Promoting Hospital
[4] Registered Nurse, Professional Level, Sunpasithiprasong Hospital
[*] Corresponding author: Anonglak Vongtree, E-mail: Anonglak@bcnsp.ac.th

บทนำ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการของภาวะซึมเศร้าที่รบกวนทั้งด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางกาย รวมถึงการเผชิญความทุกข์ทรมานจากการมีชีวิตอยู่กับภาวะซึมเศร้า โดดเดี่ยว สิ้นหวัง ไร้คุณค่า ก่อเกิดเป็นความปวดร้าวและบาดแผลทางใจ (สายฝน เอกวรางกูร และอุ่นจิตร คุณารักษ์, 2564) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอย เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบรุนแรงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) ซึ่งในแต่ละปีทั่วโลกพบผู้ที่มีอายุระหว่าง 30-69 ปี เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังมากกว่า 15 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2021) ส่วนในประเทศไทยพบว่า โรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด ได้แก่ โรคเบาหวาน โดยมีผู้ป่วยสูงอายุชายร้อยละ 19.90 และผู้ป่วยสูงอายุหญิงร้อยละ30.97 (สกานต์ บุนนาค และคณะ, 2563) ส่วนโรคความดันพบว่ากลุ่มอายุ 55-64, 65-74, 75-89 ปี มีความชุก 28.87, 39.0, 44.1 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มความชุกของโรคเรื้อรังสูงขึ้นตามกลุ่มอายุ (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ และคณะ, 2563) ซึ่งสภาวะที่เสื่อมลงนี้มีผลกระทบต่อจิตใจผู้สูงอายุอย่างมาก โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี 2023 พบอัตราป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของประชากรทั่วโลกประมาณร้อยละ 3.8 และกลุ่มที่พบการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ส่วนมากจะพบในผู้ใหญ่ร้อยละ5 และในผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบร้อยละ 5.7 โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 280 ล้านคน เพศหญิงมีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชายประมาณ 50% (World Health Organization [WHO], 2023) และผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของไทย พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 12.2 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการผิดปกติทางจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือบำบัดรักษาจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อาจนำไปสู่ความผิดปกติทางจิตที่รุนแรง (ทรงกลด สุดเสน่หา, 2567) อีกทั้งยังพบว่าสาเหตุการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายร้อยละ 31.60 (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2563)

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การนำแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวกมาใช้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง มีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กนกภรณ์ ทองคุ้ม และคณะ, 2564) โดยแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวกจะเน้นที่คุณลักษณะของมนุษย์ที่มุ่งไปสู่การพัฒนาให้เกิดความสุขและการเจริญเติบโตงอกงาม แต่ก็ไม่ได้ละเลยการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยทางใจของผู้คน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น(นันท์ชัตสัณฑ์ สกุลพงศ์, 2565) ซึ่งต้นทุนทางจิตวิทยาที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ คือ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นการประเมินเพื่อให้รู้ความสามารถ รู้ขีดจำกัด และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีแรงจูงใจที่จะทำให้สำเร็จ โดยรับรู้ว่าสิ่งที่ทำนั้นตนเองสามารถบรรลุและทำสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งหากบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเอง จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีศักยภาพและเกิดความเพียรพยายามที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้

(Bandura, 2010) 2) ความหวัง (Hope) คือ การรับรู้ความสามารถในการค้นหาแนวทางเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายของตนเอง มีความเชื่อมั่น มีพลังให้กับตนเองและผู้อื่น ซึ่งความหวังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความสามารถในการจัดการความเครียด และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขด้วย (Snyder & Lopes, 2009) 3) การมองโลกในแง่ดี (Optimisms) คือ กระบวนการคิด ความเชื่อทางบวกต่อบุคคล ต่อสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมนั้น ที่เชื่อว่าจะผ่านสิ่งเหล่านั้นไปได้อย่างดี นอกจากนี้ การมองโลกในแง่ดีนั้นยังช่วยส่งเสริมแรงจูงใจในการทำงาน มีความมุ่งมั่น เกิดความพึงพอใจ มีความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น และบรรลุผลสำเร็จได้ (Seligman, 2014) 4) ความยืดหยุ่น (Resilience) คือ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เป็นกระบวนการในการปรับตัวของบุคคลให้กลับมาสู่ภาวะปกติจากอุปสรรคต่างๆ ช่วยให้บุคคลสามารถต่อสู้กับปัญหา มีการเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นและมีส่วนช่วยเพิ่มความสำเร็จ เป็นลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล แต่สามารถเปลี่ยนแปลงและฝึกฝนได้ (Grotberg , 1995)

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการศึกษาโดยใช้แนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่พบการพัฒนาโปรแกรมที่ใช้แนวคิดทุนทางจิตวิทยาผสานกับการนำกระบวนการกลุ่มบำบัดมาใช้เป็นพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยอาศัยกระบวนการและอิทธิพลของกลุ่มเป็นสื่อในการสนับสนุนให้บุคคลเข้าใจถึงปัญหา และค้นพบแนวทางในการจัดการกับปัญหา กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงความคิด ตลอดจนความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสม กลุ่มบำบัดช่วยให้สมาชิกเกิดความหวังขึ้นมาใหม่ มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยความสุข (จุฑามาศ ทองประดับ, 2563) ซึ่งรูปแบบการใช้กลุ่มบำบัด ประกอบด้วย 1) ระยะเริ่มต้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ทั้งผู้นำและสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกเกิดความสนใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการยอมรับ ซึ่งจะนำไปสู่ความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินกลุ่ม 2) ระยะการทำงานร่วมกัน ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นและหาแนวทางในการแก้ปัญหาของสมาชิกภายในกลุ่มโดยใช้แนวคิดทุนทางจิตวิทยา เพื่อเสริมสร้างความสุข ช่วยเพิ่มพลังใจ สามารถก้าวข้ามปัญหาและอุปสรรคได้ 3) ระยะยุติกลุ่ม เป็นการแสดงออกถึง ความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม ความไว้วางใจในกลุ่ม รู้สึกเป็นพวกเดียวกัน มีแหล่งช่วยเหลือทางด้านจิตใจ มองตนเองในด้านบวก รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมโดยการนำแนวคิดทุนทางจิตวิทยาทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ความหวัง (Hope) การมองโลกในแง่ดี (Optimisms) และ ความยืดหยุ่น (Resilience) จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจนกลายเป็นโรคซึมเศร้า อีกทั้งยังช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาเหตุ และวิธีการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจากมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สำหรับพัฒนาเป็นโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

3. เพื่ออธิบายผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

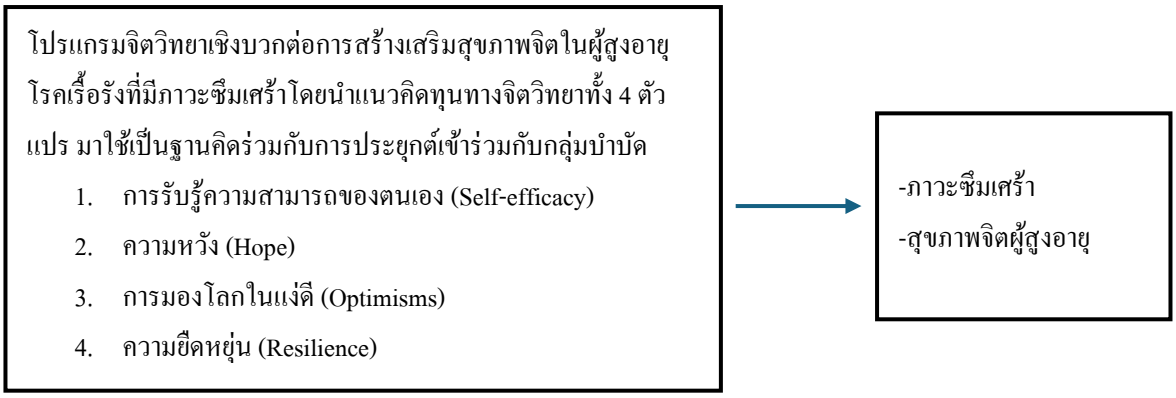
สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง และติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

2.ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง และติดตามผลหลังทดลอง มีระดับคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

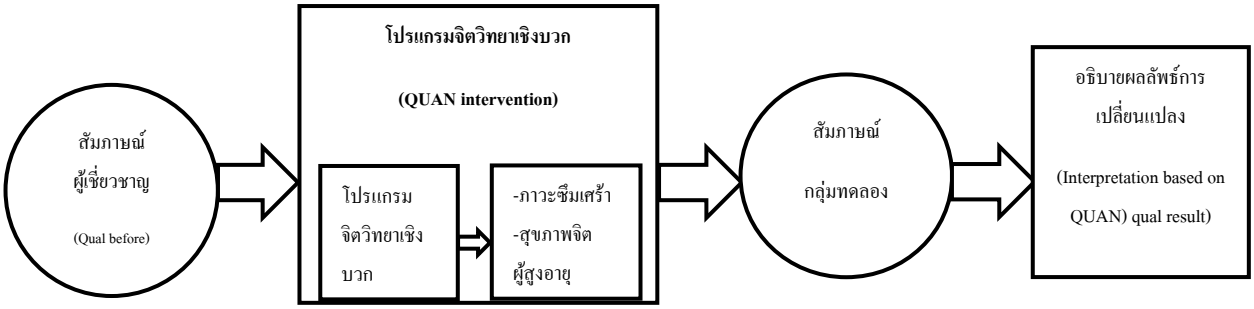
การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก โดยนำทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกทั้ง 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมีความหวัง การมองโลกในแง่ดีและการมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Luthans et al., 2007) มาใช้เป็นฐานคิดร่วมกับการประยุกต์เข้าร่วมกับกลุ่มบำบัดเพื่อส่งเสริมให้กายและจิตทำงานร่วมกันผ่านกระบวนการกลุ่มที่เน้นให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับประสบการณ์โดยตรงจากการทำกิจกรรมกลุ่ม ที่ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการปรับความคิดควบคู่ไปกับการทำกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ตนเอง สร้างแรงจูงใจ มีความหวัง และมีความอดทนต่อปัญหาและอุปสรรค สร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น และช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้



ภาพที่ 1 *กรอบแนวคิดการวิจัย*

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผสานวิธีแบบแทรกแซง (A mixed methods intervention design) ระหว่างงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงทดลองโดยมีการดำเนินการเป็นระยะก่อนทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังทดลอง กล่าวคือ ในระยะก่อนการทดลอง เป็นการใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาสาเหตุ และวิธีการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจากมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สำหรับพัฒนาเป็นโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งในการออกแบบโปรแกรมนอกจากจะใช้ข้อมูลจริงจากผู้รู้แล้ว ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทุนทางจิตวิทยา มาใช้เป็นฐานคิดร่วมกับการประยุกต์เข้าร่วมกับกลุ่มบำบัด ส่วนระยะทดลอง เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก และในระยะหลังทดลองเป็นการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว จากนั้นนำผลการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณมาตีความร่วมกันเพื่อสนับสนุนและยืนยันผลการวิจัยซึ่งกันและกันดังกล่าว ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 *วิธีการดำเนินการวิจัย*

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1คน จิตแพทย์ จำนวน 1 คน ผู้สูงอายุที่เคยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 1 คน และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 1 คน

2) ระยะทดลอง กลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 40 คน ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน TGDS-15 อยู่ในระดับเริ่มมีภาวะซึมเศร้า

3. ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. มีประวัติป่วยด้วยโรคทางสมองหรือมีปัญหาด้านการรู้คิด

2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวได้ต่อเนื่อง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก (Sample size) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 จากค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) ค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้น้อยที่สุดระดับร้อยละ 80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการศึกษาของ ศิรินันท์ ทองดี และสุพัทธ แสนแจ่มใส (2565) เรื่อง ผลของโปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จากการศึกษานี้เป็นการศึกษาตัวแปรที่ใกล้เคียงกัน คือ โปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งเมื่อนำมาหาขนาดอิทธิพล (Effect size) แทนค่าเฉลี่ย (Mean) ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 45.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.69 และค่าเฉลี่ย (Mean) ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 52.40 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (Standard deviation) ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.32 ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.7 เมื่อนำค่าอิทธิพลมาแทนค่าในโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power จึงได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน

3) ระยะหลังทดลอง กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลอง จำนวน 6 คนแบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 3 คน และกลุ่มที่มีระดับคะแนนสุขภาพจิต 43–49 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป จำนวน 3 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2567-75 ผู้วิจัยดำเนินการส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) เพื่อขออนุญาตลงเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้านคือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและการเก็บรักษาความลับของข้อมูล ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์เข้าร่วมหรือขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติและ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้เข้าร่วมโปรแกรมได้ตามความสมัครใจ เมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง ในกรณีที่พบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น หรือมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะให้ความช่วยเหลือโดยทีมแพทย์และพยาบาลจิตเวชอย่างทันท่วงที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.ระยะก่อนการทดลอง เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นการสร้างแนวคำถามในกรอบคร่าว ๆ สำหรับการสัมภาษณ์รายบุคคล เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาสาเหตุ และวิธีการการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งลักษณะคำถามจะเป็นคำถามกว้าง ๆที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและกรอบคำถามการวิจัย โดยใช้คำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

2. ระยะทดลอง เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

2.1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกได้พัฒนามาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในระยะก่อนทดลองผสานกับแนวคิดทุนทางจิตวิทยา ที่เน้นการพัฒนาความสามารถและสภาวะด้านจิตใจของบุคคลให้เป็นไปในทางบวก โดยมีการนำทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกทั้ง 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมีความหวัง การมองโลกในแง่ดีและการมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Luthans et al., 2007) มาออกแบบโปรแกรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลาเข้าร่วมกิจกรรมครั้งละ 90 นาที โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1: “เรามารู้จักกัน รู้ทันภาวะซึมเศร้า” (Learn about depression) มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การป้องกันและแนวทางการดูแลตนเองรวมทั้งเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้อารมณ์ตนเอง และรู้จักตนเอง ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบที่เน้นให้ผู้สูงอายุ ได้ทำความรู้จักกัน ผู้วิจัยเป็นผู้บรรยายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้อารมณ์ของตนเอง ผ่านกิจกรรม“การมีสติอยู่กับปัจจุบัน ด้วยเทคนิคการฝึก Scan Body”

กิจกรรมที่ 2: “วันวานที่ผ่านมา” (Resilience) มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการสำรวจประสบการณ์ในอดีต กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมองเห็นตนเองผ่านการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านกิจกรรม ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้สูงอายุวิเคราะห์ถึงความสามารถของตนเองว่าสามารถก้าวข้ามผ่านการเปลี่ยนแปลงนั้นมาได้อย่างไร ต้องปรับตัวอย่างไร ร่วมกันอภิปราย ผ่านกิจกรรม “ตัวฉันที่ผ่านมา” และกิจกรรม “ปลุก Resilience ในตัวคุณ”

กิจกรรมที่ 3: “ฉันทำได้” (Self efficacy) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุค้นหากิจกรรมที่ตนเองสามารถทำได้ ประกอบด้วย 1) Small activity กิจกรรมที่ทำได้ด้วยตนเอง 2) Challenge activity กิจกรรมที่มีความยากขึ้น แต่ยังสามารถทำได้ และ 3) Connect to people กิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยสื่อสารกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นได้ กระตุ้นให้เกิดความกล้าในการสื่อสารหรือแสดงความรู้สึกของตนเองได้ ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบที่เน้นการส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมที่ตนเองสามารถทำได้จริง โดยให้ผู้สูงอายุสำรวจกิจกรรมที่สามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน เริ่มจากกิจกรรมเล็กๆที่ตนเองทำได้ แล้วลองทำบางอย่างที่เพิ่มมากขึ้นจากการทำประจำ เช่น การออกจากบ้านเพื่อพูดคุยกับคนรอบข้าง

กิจกรรมที่ 4: “คิดบวกกับสิ่งที่เป็น” (Optimisms) มุ่งส่งเสริมความรู้สึกทางบวก และความคิดเชิงบวกในสิ่งที่เป็นโดยผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้เล่าประเด็นปัญหาในชีวิตของตนเองพร้อมกับการเปลี่ยนมุมมองเชิงบวก และใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ความช่วยเหลือ โดยฝึกผู้สูงอายุให้ปรับแนวคิดการมองปัญหาในมุมบวกมากขึ้น ส่งเสริมความรู้สึกทางบวก เพราะความรู้สึกทางบวกเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพจิตที่ดี และผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

กิจกรรมที่ 5: “ความหวังในชีวิต” (Hope) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุร่วมแลกเปลี่ยนแนวคิดด้านความสุข และความหวังของตนเอง โดยผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้เล่าถึงประเด็นความหวังของชีวิตที่ตนเองอยากให้เป็น กระตุ้นให้แสดงถึงความรู้สึกด้านความหวัง ความยินดีและความปรารถนาตามความเป็นจริง และฝึกกล่าวขอบคุณตัวเอง เพื่อส่งเสริมกำลังใจให้กับตนเองในการดำเนินชีวิตต่อไป

2.2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์การวิจัย คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบ Short Version (Thai Geriatric Depression Scale-15: TGDS-15) ที่พัฒนามาจาก Sheikh and Yesavagge (1986) โดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) ให้เลือกคำตอบที่ตรงกับ ความรู้สึกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน ถ้าคะแนน 0-5 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้า 6-10 คะแนนเริ่มมีภาวะซึมเศร้า และ 11-15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ควรพบจิตแพทย์ และแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15) ที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและนำมาใช้อย่างแพร่หลายในกรมสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินเท่ากับ .86 (ประภาส อุครานันท์, 2558) มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มีคะแนนเต็ม 60 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 50 – 60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป, 43–49 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และ 42 คะแนนหรือต่ำกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

3. ระยะหลังทดลอง เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นการสร้างแนวคำถาม สำหรับการสัมภาษณ์รายบุคคล เพื่ออธิบายผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตีความและวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนผลการทดลอง โดยใช้คำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ระยะก่อนการทดลอง แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาระหว่างความสอดคล้องและข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.87

ระยะทดลอง ตรวจสอบโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทางด้านเนื้อหา จุดมุ่งหมาย ระยะเวลา และความเหมาะสมของกิจกรรม IOC เท่ากับ 0.95 และปรับปรุงโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ นำไปใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 8 คน เพื่อตรวจสอบการนำโปรแกรมไปใช้ ด้านรูปแบบ เนื้อหา ภาษา ระยะเวลา และความเหมาะสมของกิจกรรมพร้อมทั้งจัดทำคู่มือเพื่อนำไปใช้ในระยะทดลอง

ระยะหลังทดลอง แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาระหว่างความสอดคล้องและข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนการทดลอง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. ติดต่อประสานกับผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อขออนุญาตในการสัมภาษณ์ นัดหมายเวลา และช่องทางการติดต่อในการสัมภาษณ์

2. สัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้คำถามกึ่งโครงสร้าง เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ วิธีการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจากมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน จิตแพทย์ จำนวน 1 คน ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 1 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 1 คน

3. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก มาวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงคุณภาพและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกับการศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี เพื่อมาประกอบการออกแบบโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

ระยะทดลอง ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า กับกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ติดต่อประสานงานเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยต่อประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. ติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อแจ้งรูปแบบการดำเนินการวิจัย

3. ให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินสุขภาพจิต (Pre-test)

4. ดำเนินการทดลองกับผู้สูงอายุกลุ่มทดลองโดยใช้ โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกประกอบด้วย 1) กิจกรรม “เรามารู้จักกัน รู้ทันภาวะซึมเศร้า” (Learn about depression) 2) กิจกรรม “วันวานที่ผ่านมา” (Resilience) 3) กิจกรรม “ฉันทำได้” (Self efficacy) 4) กิจกรรม “คิดบวกกับสิ่งที่เป็น” (Optimisms) และ5) กิจกรรม “ความหวังในชีวิต” (Hope)

5. ให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และแบบประเมินสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ (Post-test)

ระยะหลังทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกับกลุ่มทดลองโดยใช้ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่ออธิบายผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้คำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 2 ช่วงเวลา คือ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล (Follow- up) 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จัดหมวดหมู่ตามประเด็น วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอตามประเด็นคำถาม

2. การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวัดซ้ำก่อน หลังการทดลอง และหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรแบบวัดซ้ำ (Repeated Measurement ANOVA)

ผลการวิจัย

การวิจัยผสานวิธีแบบแทรกแซง ระยะก่อนการทดลอง เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อทำความเข้าใจสาเหตุและวิธีการดูแล นำแนวคิดทุนทางจิตวิทยามาใช้เป็นฐานคิดร่วมกับการประยุกต์ใช้กลุ่มบำบัดเพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรม, ระยะทดลอง ดำเนินการด้วยโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ประเมินภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติ Repeated Measurement ANOVA ระยะหลังการทดลอง เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มทดลอง วิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่ออธิบายผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยระยะก่อนการทดลอง พบว่า สาเหตุที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระยะเวลาป่วย ความรุนแรงของโรค จำนวนโรคเรื้อรัง ความวิตกกังวลต่อโรค ความรู้สึกไร้ค่า ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบุคคลรอบตัว ไม่มีที่ปรึกษา และวิธีการดูแล ได้แก่ การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง การส่งเสริมการคิดเชิงบวก การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ การส่งเสริมคุณค่าในตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและสังคม ระยะทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงและสุขภาพจิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ระยะหลังการทดลอง พบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า..

1. ระยะก่อนทดลอง

การวิจัยระยะนี้เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกกับพยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการดูแลผู้สูงอายุ จิตแพทย์ ผู้สูงอายุที่เคยเป็นโรคซึมเศร้า และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อทำความเข้าใจสาเหตุและวิธีการดูแล พบว่า สาเหตุที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระยะเวลาป่วย ความรุนแรงของโรค จำนวนโรคเรื้อรัง ความวิตกกังวลต่อโรค ความรู้สึกไร้ค่า ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบุคคลรอบตัว ไม่มีที่ปรึกษา และวิธีการดูแล ได้แก่ การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง การส่งเสริมการคิดเชิงบวก การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ การส่งเสริมคุณค่าในตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและสังคม เมื่อได้ข้อค้นพบในระยะที่ 1

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทุนทางจิตวิทยา ที่เน้นการพัฒนาความสามารถและสภาวะด้านจิตใจของบุคคลให้เป็นไปในทางบวก ทั้ง 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมีความหวัง การมองโลกในแง่ดีและการมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Luthans et al., 2007) มาใช้เป็นฐานคิดร่วมกับการประยุกต์ใช้กลุ่มบำบัดเพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก

2. ระยะทดลอง

2.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 71.45 (SD = 7.58) การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 90 มีสถานะหม้าย ร้อยละ 50 โรคประจำตัวส่วนใหญ่คือเบาหวาน ร้อยละ 80 รายได้ไม่พอใช้จ่าย ร้อยละ 60 ลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 75 รายได้หลักจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 70 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนของภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4สัปดาห์ ดังนี้

การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า (TGDS) และสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างระยะการวัดผลทั้ง 3 ครั้ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปร TGDS และ สุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม ในแต่ละระยะการวัด ด้วยสถิติ MANOVA (Wilks' Lambda = 0.51, F = 15.24, p-value = .000) และการเปรียบเทียบรายคู่ ด้วยสถิติ independent t-test*

คะแนนเฉลี่ย		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		*t*-test	*p*-value
		M	*SD*	*M*	*SD*	*(SE)*	
TGDS	ก่อนทดลอง	9.30	1.49	9.45	1.54	-0.15 (0.48)	.756
	หลังทดลอง	7.70	1.53	9.35	1.50	-1.65** (0.48)	.001
	ติดตามผล	7.60	1.05	9.40	1.47	-1.80*** (0.41)	.000
สุขภาพจิต	ก่อนทดลอง	39.00	2.51	41.75	2.45	0.25 (0.79)	.752
	หลังทดลอง	43.40	1.31	41.85	2.48	1.55* (0.63)	.016
	ติดตามผล	43.50	1.54	41.90	2.43	1.60* (0.64)	.015

หมายเหตุ *$p < .05$, **$p < .01$, ***$p < .001$

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุและสุขภาพจิตระหว่างกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมทันที ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -1.65, SE = 0.48 , p = .001) และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -1.80, SE = 0.41 , p = .000) คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมทันที ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 1.55, SE = 0.63 , p = .016) และคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงอายุระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 1.60, SE = 0.64 , p = .015)

ตารางที่ 2 *เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปร TGDS และ สุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล ด้วยสถิติ Repeated Measurement ANOVA และการทดสอบความแตกต่างรายคู่ (Post Hoc) ด้วยวิธีของ Bonferroni*

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล		*F*	*p*-value	Post Hoc
		M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*			
TGDS	ทดลอง	9.30	1.49	7.70	1.53	7.60	1.05	24.68	.000	1 > 2*** 1 > 3*** 2 > 3
	ควบคุม	9.45	1.54	9.35	1.50	9.40	1.47	0.183	.834	1 > 2 1 > 3 2 < 3
สุขภาพจิต	ทดลอง	39.00	2.51	43.40	1.31	43.50	1.54	12.45	.000	1 < 2** 1 < 3*** 2 < 3
	ควบคุม	41.75	2.45	41.85	2.48	41.90	2.43	0.092	.912	1 < 2 1 < 3 2 < 3

หมายเหตุ *p < .05, **p < .01, ***p < .001

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุและสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ พบว่าภายหลัง

ได้รับโปรแกรมทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ แตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนระยะหลังการทดลองทันทีไม่แตกต่างจากระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตผู้สูงอายุแตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ แตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนระยะหลังการทดลองทันทีไม่แตกต่างจากระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

3. ระยะหลังทดลอง

การวิจัยระยะนี้เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองเพื่ออธิบายผลลัพธ์หลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลงและคะแนนสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนทดลองเทียบกับระยะหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่ามีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลลดลง เมื่อเทียบกับระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อเปรียบเทียบระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผลไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองระยะก่อนทดลองเทียบกับระยะหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตในระยะติดตามผลเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อเปรียบเทียบระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผลไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุได้เรียนรู้ทักษะการดูแลตนเองจากโปรแกรม เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้น เช่น การเข้าสังคมเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การมองปัญหาในเชิงบวก การสร้างความสุขให้กับตนเองในแต่ละวัน การมีส่วนร่วมในครอบครัวทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความหวังในชีวิต ผู้สูงอายุสามารถรับรู้และจัดการอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้น

อภิปรายผล

1. ระยะก่อนทดลอง

การวิจัยในระยะก่อนทดลองพบว่า สาเหตุที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระยะเวลาป่วย ความรุนแรงของโรค จำนวนโรคเรื้อรัง ความวิตกกังวลต่อโรค ความรู้สึกไร้ค่า ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบุคคลรอบตัว ไม่มีที่ปรึกษา สอดคล้องกับ นนท์ มูลดวง และปิยนุช บังเอิญ (2568) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า โรคประจำตัวทางกายเรื้อรัง โรคร่วมทางกาย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นผลมาจากหลายสาเหตุทั้งด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม และด้านเศรษฐกิจ ส่วนวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การคัด

กรองภาวะซึมเศร้า การได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง การส่งเสริมการคิดเชิงบวก การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ การส่งเสริมคุณค่าในตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับ กนกภรณ์ ทองคุ้ม และคณะ (2565) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าควรได้รับการดูแลด้วยการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต เน้นที่ตัวผู้สูงอายุให้สามารถใช้จุดแข็งและการมองโลกในแง่ดีเพื่อฝ่าฟันปัญหาอุปสรรคต่างๆร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวกกับครอบครัวและสังคม

2. ระยะทดลอง

ในการอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอผลลัพธ์ตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกมีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัทธ แสนแจ่มใส (2565) ที่พบว่าต้นทุนจิตวิทยามีศักยภาพในการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า เป็นเสมือนการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้พร้อมสำหรับการรับมือต่อสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นเพื่อสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ MacLeod et al. (2016) ที่พบว่าจิตวิทยาเชิงบวกช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ความสุข และลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน

สมมติฐานที่ 2 ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า หลังการทดลองและการติดตามผล คะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิรินันท์ ทองดี และสุพัทธ แสนแจ่มใส (2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า สามารถช่วยเพิ่มคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ อีกทั้งยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถใช้จุดแข็งของตนเองเพื่อสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ในสถานการณ์ที่กำลังเผชิญปัญหา โดยการมองปัญหาในเชิงบวก และอาศัยแรงสนับสนุนจากสิ่งดี ๆ รอบตัวช่วยเพิ่มพลังใจ สร้างเสริมสุขภาพจิตและก้าวข้ามอุปสรรคได้ (กนกภรณ์ ทองคุ้ม และคณะ, 2565)

3. ระยะหลังทดลอง

การเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิตผู้สูงอายุหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง และคะแนนสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในระยะก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะซึมเศร้า และคะแนนสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังพบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนมากขึ้น ค้นพบคุณค่าในตนเอง มีความหวังกับการใช้ชีวิต มีมุมมองเชิงบวกกับสิ่งที่

เผชิญ จากคำกล่าวของผู้สูงอายุท่านหนึ่ง “โรคมะเร็งเป็นแล้วก็ตาย แต่เมื่อเป็นแล้วมันทำให้เราได้เตรียมรับมือกับมัน หาความสุขให้มากที่สุด ไม่ต้องไปหมกมุ่นกับโรค โชคดีแล้วที่รู้ว่าเป็น จะได้ดูแลตัวเองได้ถูกทาง” ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ผู้วิจัยอธิบายได้จากกิจกรรมที่ได้รับ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Resilience) ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยอมรับและชื่นชมความเข้มแข็งของตนเอง ให้คุณค่ากับตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ (มะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ, 2566) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุค้นหากิจกรรมที่ตนเองสามารถทำได้ ใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าหากมีการฝึกฝนจะเกิดทักษะและสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายได้ กระตุ้นการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Bandura, 2010) กิจกรรมส่งเสริมความรู้สึกทางบวก (Optimisms) เน้นการมองโลกในแง่ดี ส่งเสริมความสุขในชีวิต มีมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆได้ดี ตระหนักว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้เลวร้าย สามารถแก้ไขได้ ช่วยในการปรับตัวและตอบสนองต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ (ภาวิดา พันอินากูล และคณะ, 2562) และกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความหวัง (Hope) เน้นผู้สูงอายุมีความหวังในการใช้ชีวิตความหวังมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการเป็นผู้สูงอายุเพราะความหวังเต็มไปด้วยความสามารถในการทำสิ่งต่างๆให้เกิดความสำเร็จ โดยการแสวงหาเป้าหมายของตนเองด้วยความเชื่อมั่น ก่อให้เกิดพลังในการประสบความสำเร็จ การเผชิญความเจ็บป่วย และการดำรงชีวิต(กัทรพร ธนาคุณ และบัวทอง สว่างโสภากุล, 2564) จากผลการวิจัยนี้ ยืนยันถึงความสำคัญของการนำโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกมาใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิต มีความมั่นคงทางจิตใจ ก่อเกิดความสุข และมีความสามารถในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีความหมายต่อไป

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก มีประสิทธิผลสามารถลดระดับของภาวะซึมเศร้า และเพิ่มระดับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากการนำแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวกทั้งความยืดหยุ่น (Resilience) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การมองโลกในแง่ดี (Optimisms) และ ความหวัง (Hope) ก่อเกิดให้ผู้สูงอายุได้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในการนำองค์ประกอบเหล่านี้ไปใช้ได้จริง เป็นการส่งเสริมให้กายและจิตทำงานร่วมกันผ่านกระบวนการทำกลุ่มที่เน้นการได้รับประสบการณ์โดยตรงจากการทำกิจกรรม ส่งเสริมการรับรู้ตนเอง สร้างแรงจูงใจ มีความหวัง และมีความอดทนต่อปัญหาและอุปสรรค สร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้มีการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทุกราย และป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อ ส่งส่งเสริมอารมณ์ทางบวก ความสุข และป้องกันการนำไปสู่โรคซึมเศร้า

2.บุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการฝึกอบรมในการใช้รูปแบบโปรแกรม เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาวิจัยออกแบบต่อยอดการในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยจัดกิจกรรมให้มีความสอดคล้องกับบริบท ความต้องการ และวัฒนธรรมของชุมชน และมีการบูรณาการเข้ากับระบบการดูแลสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของประสิทธิผลการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

2.ควรมีการติดตามและประเมินผลในระยาวต่อเนื่องในช่วง 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามความคงทนของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

กนกภรณ์ ทองคุ้ม, นริสรา พึ่งโพธิ์สภ, และนันท์ชัตสันห์ สกุลพงศ์. (2564). การแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกกับการประยุกต์ใช้เพื่อสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ.*วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต*, *11*(1), 38-50.

กนกภรณ์ ทองคุ้ม, นริสรา พึ่งโพธิ์สภ, และนันท์ชัตสันห์ สกุลพงศ์. (2565). รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, *31*(5), 838-850.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). *แผนกลยุทธ์กรมกิจการผู้สูงอายุ พ.ศ.2560- 2564*.

กัทรพร ธนาคุณ, และบัวทอง สว่างโสภากุล. (2564). ความหวัง ความยืดหยุ่น ทักษะทางสังคม และความสำเร็จของการเป็นผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิจัย มข. สาขามนุษยศาสตร์(ฉบับบัณฑิตศึกษา), 9*(1), 70-80.

จุฑามาศ ทองประดับ. (2563). การจัดกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารพยาบาลทหารบก, 21*(1), 56-64.

ทรงกลด สุดเสน่หา. (2567). ผลของโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มสันทนาการต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากลอย อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดเชิงเทรา. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง, 38*(2), 50-60.

นนท์ มูลดวง, และปิยนุช บังเอิญ. (2568). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์.*วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, *19*(2), 427-437.

นันท์ชัตสัณฑ์ สกุลพงศ์. (2565). *จิตวิทยาเชิงบวก:หลักการพื้นฐานและการประยุกต์.* โรจนพริ้นติ้ง.

ประภาส อุครานันท์. (2558). การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *60*(1), 35-48.

ภาวิดา พันอินากูล, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2562). อิทธิพลของปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *27*(2), 40-48.

มะลิ โพธิพิมพ์, ภัษภิษิจฐ์ พลศรีประดิษฐ์, สุชาติ บุณยภาก, จีรภา บุณยภากร,วลัญช์ชยา เขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว, วรารัตน์ สังวะลี, และวาสุกรี เชวงกู. (2566). การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยอื่นๆ ต่อพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.*วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *17*(2), 143-152.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2563. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.*

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2563). *แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย.* โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

ศิรินันท์ ทองดี**,** และสุพัทธ แสนแจ่มใส**. (**2565**).** ผลของโปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. ใน วิทวัส ดิษยะศริน สัตยารักษ์, *รายงานสืบเนื่องจากการประชุม หาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 13*. (น.354-368). มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.

สกานต์ บุนนาค, วิชัย เอกพลาการ, กฤษณา ตรียมณีรัตน์, และนิสสรา แผ่นศิลา. (2563). *การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาระโรคและความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย*. (รายงานการวิจัย). มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สำนักงานการวิจัย แห่งชาติ(วช.).

สายฝน เอกวรางกูร, และอุ่นจิตร คุณารักษ์. (2564). ภาวะซึมเศร้ากับการบำบัดทางการพยาบาล.ใน สายฝน เอกวรางกูร (บ.ก.), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต:ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ1*. (น.219-254). โรงพิมพ์สามลดา.

สุพัทธ แสนแจ่มใส. (2565). การศึกษาต้นทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อลดภาวะซึมเสร้าของกลุ่มนิสิตมหาวิทยาลัย. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *16*(1), 26-38.

อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุธิดา แก้วทา. (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง*. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

Bandura, A. (2010). Self-efficacy. *The Corsini encyclopedia of psychology* (Vol. 1, pp. 1-3). Wiley..

Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit* (Vol. 8). Bernard van Leer Foundation.

Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital.* Oxford University Press.

MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults**.** *Geriatric Nursing*, *37*(4), 266-272.

Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology, 2*, 3-12.

Sheikh, J., & Yesavage, J . (1986). *Geriatric depression scale: Recent findings and development of a short version*. In Brink T, ed. Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention. Howarth Press.

Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed.). Oxford University Press.

Wongpakaran, N. & Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders in long-term care facilities: A report from northern .*Thailand Psychogeriatrics*, *12*(1), 11-17.

World Health Organization. (2021). *Noncommunicable diseases*. Retrieved October, 2024 from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.

World Health Organization. (2023). *Depression*. Retrieved October, 2024 from: https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1.