บทความวิจัยต้นฉบับ : ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The Effect of Resilience Quotient Emphasizing Mindfulness – Based Program on Depression of Patients With Major Depressive Disorder

ศิริลักษณ์ แสงส่อง* และ กุสุมา พลเยี่ยม**
Siriluk Sangsong* and Kusuma Polyiam**
โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี*,**
Lumlukka Hospital Pathum Tani province*,**
เบอร์โทรศัพท์ 09-3241-4651; E-mail : hamtaro_tam2520@hotmail.com*
วันที่รับ 9 มี.ค 2566; วันที่แก้ไข 18 เม.ย.2566; วันที่ตอบรับ 15 พ.ค.2566

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ วัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน (2) ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติกับกลุ่มที่ได้รับ การดูแลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 40 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จากนั้นจับคู่ด้วยระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า เพศ แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย (1) โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ (2) ประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory 1A[BDI-1]) เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและการทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Planned Comparisons กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่า (1) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือนลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (2) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ; ภาวะซึมเศร้า; ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Abstract

This study is a quasi-experimental two groups repeated measures design. The objectives were to compare: (1) depression in patients with major depressive who received resilience quotient emphasizing mindfulness-based program measured at the end of the intervention and at one month post intervention, and (2) depression in patients with major depressive who received resilience quotient emphasizing mindfulness-based program and those who received regular care measured at the end of the intervention and at one month post intervention. The sample consisted of 40 depression in patients with major depressive who met inclusion criteria. They were matched pair with scores on depression scale and sex then randomly assigned into the experimental and control groups, 20 subjects in each group. Research instruments comprised of: (1) Resilience quotient emphasizing mindfulness-based program and (2) depression assessment Beck Depression Inventory 1A[BDI-1]. All instruments were verified for content validity by 3 professional experts. The Repeated Measures Analysis of Variance and Planned Comparisons were used in data analysis.

Major findings were as follows: 1) Depression of the patients with major depressive disorder who received the resilience quotient emphasizing mindfulness-based program measure at the end of the intervention and one month after completion was significantly lower than before at p .05 2) Depression of the patients with major depressive disorder who received the resilience quotient emphasizing mindfulness-based program measure at the end of the intervention and one month after completion was significantly lower than those who received the regular care at p .05

Keyword : Resilience Quotient Emphasizing Mindfulness-based Program; Depression; Depression in Patients with Major Depressive

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น โดยใน ปี 2020 องค์การอนามัยโลก (world health organization: WHO) คาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับที่ 2 รองลงมาจากโรคหัวใจหลอดเลือด[1] และคาดว่าในปีพ.ศ. 2573 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years, DALYs) เป็นอันดับ 1 เมื่อพิจารณาเฉพาะ กลุ่มโรคทางจิตเวช จากสถิติประชากรทั่วโลกมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.80 หรือประมาณ 280 ล้านคน[2] สำหรับสถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทย สถิติจากกรมสุขภาพจิต พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับบริการในปี พ.ศ. 2560 - 2562 จำนวน 1,430,563 ราย 1,439,710 ราย และ1,212,684 ราย ตามลำดับ[3] และจากข้อมูลการคัดกรองโรคซึมเศร้าเขตพื้นที่อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ปี พ.ศ. 2560 – 2562 พบว่ามีผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ จำนวน 2,279, 2,533 และ 2,661 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.83, 55.57 และ 57.78 เพิ่มขึ้นทุกปีตามลำดับ (ฐานข้อมูลคำนวนจากจำนวนประชากรกลางปี อายุ 15 ปี ขึ้นไป) และในจำนวนดังกล่าวมีอาการซึมเศร้ารุนแรงหรือมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนส่งรักษากับจิตแพทย์ แผนกคลินิกรักษ์ใจ งานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลลำลูกกา จำนวน 192 ราย, 277 ราย และ 441 รายตามลำดับ[4] และผู้ป่วยโรคซึม

เศร้าที่ต้องรักษายาวนานมักส่งผลกระทบทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน อีกทั้งยังทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและโรคซึมเศร้ายังเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย[5]

ปัจจุบันการรักษาโรคซึมเศร้า มีแนวทางการรักษาตามสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ การใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าและการรักษาด้วยจิตบำบัดซึ่งการทำจิตบำบัดจะช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ความคิดทางลบและจัดการปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้[6] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจ และการเสริมสร้างความสามารถ เชิงบวกทำให้เกิดความพร้อมทางใจที่จะเผชิญกับทุกสถานการณ์อย่างมั่นใจและมีความอดทนต่อการเผชิญปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม สามารถรับมือกับความเครียดและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตให้กลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วเป็นคุณลักษณะทางจิตใจเชิงบวก (positive psychological capital) ที่เรียกว่าความเข้มแข็งทางใจ (resilience)[7] จากการศึกษาแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบอร์ก[8] ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ สิ่งที่ฉันเป็น (I am) คือ ลักษณะความเข้มแข็งของบุคคล ได้แก่ ทัศนคติ ความรู้สึก ความเชื่อภายในตนเอง, สิ่งที่ฉันมี (I have) เป็นการรับรู้ปัจจัยสนับสนุนจากภายนอกเมื่อเจอปัญหาหรือสถานการณ์ด้านลบ และสิ่งที่ฉันสามารถ (I can) เป็นความสามารถทางสังคมหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการฝึกสติจะทำให้ความเข้มแข็งทางใจเกิดขึ้นได้ง่าย[9] โดยการฝึกสติทำให้เกิดความตั้งมั่นอยู่กับปัจจุบัน เป็นการหยุดความคิดที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ กังวลใจ มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้[10] การฝึกสติเป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงและเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งทางใจ[11] และการมีสติอย่างสม่ำเสมอช่วยทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้[12] จากการศึกษาแนวคิดของซีเกล[13] กล่าวว่าการฝึกสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นการฝึกให้เห็นความจริงของอารมณ์ ความคิดด้านบวกและด้านลบสอดคล้องตามความจริงที่เป็นสาเหตุไม่ตัดสินใจถูกหรือผิด ปล่อยวางและยอมรับทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น และในประเทศไทย นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์[14] ได้คิดพัฒนาหลักสูตร สติบำบัด (mindfulness-based therapy and counselling: MBTC) ผสมผสานระหว่างแนวคิดทางจิตวิทยาและทางการแพทย์มาใช้กับบุคคลทั่วไปและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เครียดหรือวิตกกังวล โดยนำการพัฒนาสติ ได้แก่ การฝึกสมาธิและการฝึกสติ ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจอารมณ์ ความคิดทางลบ และมีกระบวนการฝึกการสื่อสาร สัมพันธภาพ และการแผ่เมตตา ซึ่งมีการนำมาใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน

สำหรับแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า งานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลลำลูกกาที่ผ่านมา ได้ดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้าน กาย จิต สังคม ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษา ทั้งในและนอกโรงพยาบาล และมีการตรวจรักษาโดยจิตแพทย์กรณีที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนและมีระบบดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อสู่หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนติดตามประเมินต่อเนื่อง แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมายังพบจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น

ดังนั้น งานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลลำลูกกา จึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดภาวะซึมเศร้าใน

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา โดยใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบอร์ก[8] ร่วมกับการใช้กระบวนการฝึกสติตามแนวคิดของซีเกล[13] โดยเน้นรูปแบบในการดำเนินกิจกรรมการฝึกสติของ นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์พิรมย์ศานติ์[14] มาพัฒนาเป็น “โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ” เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสม เห็นคุณค่าในตนเอง มีแนวทางการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

ขอบเขตการวิจัย

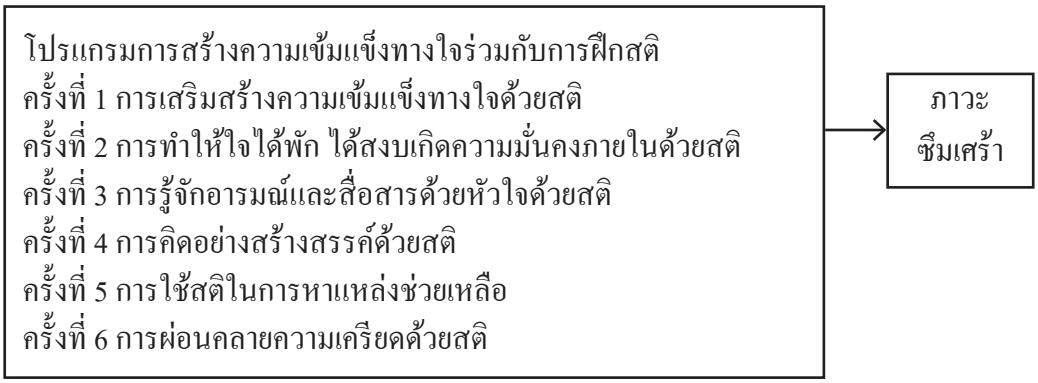
ขอบเขตด้านกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ (F32.0-F32.9) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี จำนวน 40 คน

ขอบเขตพื้นที่ พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ คือ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี โดยมุ่งศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภาวะซึมเศร้าการสร้างความเข้มแข็งทางใจการฝึกสติ

ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยดำเนินการทดลองวิจัยระหว่างเดือน กันยายน ถึง ธันวาคม 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติขึ้น ตามแนวคิดของซีเกล[13] โดยเน้นรูปแบบในการดำเนินกิจกรรมการฝึกสติของ นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์พิรมย์ศานติ์[14] มุ่งเน้นเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ มีวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสม มีแนวทางในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เกิดคุณค่าในตนเอง มีความสุขกับการดำเนินชีวิต และยังเป็นการเตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าลดลงได้ แสดงตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) ศึกษาสองกลุ่ม แบบวัดซ้ำ (the two groups repeated measures design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ (F32.0-F32.9) โรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32.0-F32.9) และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (10-29 คะแนน) เข้ารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลลำลูกกา โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการของ Polit & Beck เพื่อให้เกิดการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ[15] และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน มีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (matched paired) ด้วยคะแนนภาวะซึมเศร้า เพศ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลวิจัย จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย โดยแบ่งเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ข้อคำถามประกอบด้วย ปัจจุบันศึกษาระดับชั้น เพศ อายุ สถานะภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้/เดือน ความเพียงพอใจรายได้ ภาวะสุขภาพ และในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาที่ไม่สบายใจเกี่ยวกับเรื่องใด

1.2 ประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory 1A[BDI-1]) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์[16] แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ โดยการประเมินค่าคะแนนในแบบประเมิน มี 4 ตัวเลือก ซึ่งในข้อคำถามแต่ละข้อ มีการให้คะแนนคำตอบในแต่ละข้อนั้นเป็น 0 1 2 และ 3 ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 คะแนน หลังจากนั้นได้มีการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-9 หมายถึง มีภาวะอารมณ์ปกติ, คะแนน 10-19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย, คะแนน 20-29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง, คะแนน 30-63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โดยการประยุกต์โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ โดยประยุกต์ตามศึกษาแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ กรอทเบอร์ก[8] และใช้กระบวนการฝึกสติตามแนวคิดของซีเกล[13] มีการดำเนินกิจกรรมการบำบัดแบบรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที โดยดำเนินการติดต่อกันนานเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดของ การบำบัดแต่ละครั้งดังนี้ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ครั้งที่ 1: การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยสติ ครั้งที่ 2: การทำให้ใจได้พัก ได้สงบเกิดความมั่นคงภายในด้วยสติ ครั้งที่ 3: การรู้จักอารมณ์และสื่อสารด้วยหัวใจด้วยสติครั้งที่4: การคิดอย่างสร้างสรรค์ด้วยสติ ครั้งที่ 5: การใช้สติในการหาแหล่งช่วยเหลือ ครั้งที่ 6: การผ่อนคลายความเครียด ด้วยสติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ คือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของเบค ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มี

ความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย และคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคลอนบาคเท่ากับ .84

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้องโดยอาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาซึมเศร้า จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย แล้วมีการปรับปรุงอีกครั้งเพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีการขอรับพิจารณาจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วยคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค และเพศ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย เข้าสู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. ขั้นดำเนินการทดลอง มีการดำเนินการดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป สอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ ภาวะเจ็บป่วยต่างๆ การดูแลและประเมินภาวะซึมเศร้า การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชและได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ มีรูปแบบของการบำบัดแบบรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที โดยขั้นตอนดำเนินการทดลองติดต่อกันเป็นเวลา 3 สัปดาห์

3. ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการดังนี้ มีการประเมินคะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1]) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1) ก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2) หลังการทดลองทันที และครั้งที่ 3) หลังการทดลอง 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive analysis) ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures analysis of variance) และการทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี planned comparisons มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่ PPHO-REC2563/031 เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2563 โดยผู้วิจัยมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอนแก่ผู้ร่วมวิจัยด้วยตนเองให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวมรวมข้อมูลตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือ

ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการศึกษาและการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกปิดเป็นความลับ จะมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ40 รองลงมา อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 25 ด้านสถานะภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นโสดร้อยละ 45 รองลงมาสถานะภาพคู่ ร้อยละ 40 ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับชั้นมัธยมศึกษา/ปวช.ร้อยละ 40 รองลงมาจบระดับชั้น ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 20 ด้านการประกอบอาชีพส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร ร้อยละ30 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25 ด้านรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000บาท ร้อยละ 40 รองลงมารายได้ 10,000-20,000 บาท ร้อยละ 25 ด้านความพึงพอใจรายได้ส่วนใหญ่พึงพอใจร้อยละ 60 ด้านภาวะสุขภาพส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ60 และมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 40 และในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาไม่สบายเกี่ยวกับเรื่องใดส่วนใหญ่พบว่ามีปัญหาหนี้สินและปัญหาสุขภาพเท่ากันคือ ร้อยละ 25 รองลงมาคือปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ร้อยละ 20 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ70 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ50 รองลงมา อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 20 ด้านสถานะภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานะภาพคู่ ร้อยละ 55 รองลงมาสถานะภาพโสด ร้อยละ 35 ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับชั้นมัธยมศึกษา/ปวช.และปริญญาตรีเท่ากันคือ ร้อยละ 30 รองลงมาจบระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 25 ด้านการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร ร้อยละ35 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25 ด้านรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000บาท ร้อยละ 35 รองลงมารายได้ 10,000-20,000 บาท ร้อยละ 20 ด้านความพึงพอใจรายได้ส่วนใหญ่ ไม่พึงพอใจ ร้อยละ 55 ด้านภาวะสุขภาพส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ55 และมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 45 และในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาไม่สบายเกี่ยวกับเรื่องใดส่วนใหญ่พบว่ามีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 35 รองลงมาคือปัญหาหนี้สิน ร้อยละ 20

ตาราง 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำ คะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	39	2431.24			
กลุ่ม	1	336.657	336.657	6.108	0.18
Error	38	2094.583	55.121		
ภายในกลุ่ม	55.154	1490.667			
ระยะเวลาที่วัด	1.379	999.650	724.987	111.344	.000
ระยะเวลาที่วัด x กลุ่ม	1.379	149.850	108.688	16.691	.000
Error (ระยะเวลาที่วัด)	52.396	341.167	6.511		

หมายเหตุ: ผลที่ได้จากตารางนี้รายงานโดยใช้ค่า Greenhouse – Geisser

จากตาราง 1 พบว่า ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.108, p < .05$) และภายในกลุ่มของทั้งสองกลุ่ม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=111.344, p < .05$)

ตาราง 2 การทดสอบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การทดสอบค่าเฉลี่ย	**Contrast**	**Variance of Contrast**	**F**
ภายในกลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง VS หลังการทดลองทันที	-7.70	1.42	80.62*
หลังการทดลองทันที VS หลังการทดลอง 1 เดือน	-1.40		.45
ภายในกลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง VS หลังการทดลองทันที	-3.20		5.52*
หลังการทดลองทันที VS หลังการทดลอง 1 เดือน	-.950		8.87
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง	-0.2		.01
หลังการทดลองทันที	-4.7		45.63*
หลังการทดลอง 1 เดือน	-5.15		19.78*

*$p < .05$

จากตารางที่ 2 สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=80.62, p<.05$) โดยค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองทันทีน้อยกว่าก่อนการทดลอง (Contrast = -7.70) และในระยะหลังการทดลองทันทีกับหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F= .45, p<.05$) โดยค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน น้อยกว่าหลังการทดลองทันที (Contrast = -1.40)

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อน การทดลองและหลังการทดลองทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F= 5.52, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในระยะหลัง การทดลองทันทีน้อยกว่าก่อนการทดลอง (Contrast = -3.20) ส่วนในระยะหลังการทดลองทันทีกับหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองทันที พบว่าภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับ

โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F= 45.63, p < .05) โดยค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Contrast = -4.7) และในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F= 19.78, p < .05) โดยค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Contrast = -5.15)

อภิปรายผล

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบร์ก[8] ร่วมกับกระบวนการฝึกสติตามแนวคิดของซีเกล[13] และใช้รูปแบบแนวคิดทางจิตวิทยาผสมผสานกับหลักทางการแพทย์ของ ยงยุทธ์ วงศ์ภิรมย์ศานติ์[14] นำมาใช้เป็นกระบวนการพัฒนาสติ การฝึกสมาธิ การฝึกอธิบายความคิด ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจอารมณ์ ความคิดทางลบ ฝึกการสื่อสาร สัมพันธภาพ การฝึกสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย และการแผ่เมตตา ทำให้ความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สำหรับผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าในระยะก่อนการทดลองคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกัน แต่ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้ เมื่อให้การบำบัดตามโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ โดยใช้กระบวนการต่าง ๆ ตามเทคนิคของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติพบว่า การสร้างสัมพันธภาพและสัมพันธ์ที่ดีทำให้เกิดความร่วมมือและความไว้วางใจตั้งแต่ครั้งแรก จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและ การค้นหาคุณค่าภายในและความภาคภูมิใจในตนเอง ทักษะการสื่อสารสร้างสรรค์ ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นคุณลักษณะที่ดีล้วนมีอยู่ในตัวทุกคนและสามารถสร้างขึ้นได้ด้วยตัวเอง ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าบางรายมีการแสดงออกให้เห็นอย่างชัดเจนถึงปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าซึ่งมีความเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปัญหาสัมพันธภาพหรือความขัดแย้งกับเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว การจัดการกับอารมณ์ด้านลบที่ไม่เหมาะสม รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำและปัญหาทักษะการสื่อสารที่ทำให้เกิดความขัดแย้งได้ง่าย ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเหตุผลหลักที่ส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ต่ำได้ สอดคล้องกับศึกษาของวนิดา ฟักเล็ก ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าเกิดจากการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง การไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ[6] และการศึกษาของอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ กล่าวว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ ความคิดทางลบตลอดเวลา ความสามารถในการรู้คิดและการควบคุมตนเองต่อการดำรงชีวิตลดลง ไม่สามารถปรับตัวต่อการเผชิญ กับปัญหาได้[17] และในการดำเนิน

กิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับ การฝึกสตินี้ได้มีการนำเทคนิคการฝึกทำสมาธิ การฝึกสติ มาเป็นกิจกรรมหลักเพื่อใช้เป็นเครื่องมือทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเกิดความสงบภายในจิตใจ มีสติอยู่กับปัจจุบัน ลดความว้าวุ่น เสริมสร้างความสามารถเชิงบวกในการรับมือกับความเครียดและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและกิจกรรมส่งเสริมทักษะการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่าง ๆ ในกิจกรรมสามารถเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าคุณค่าในตัวเองและช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่า การสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถสร้างได้ง่ายขึ้นโดยการฝึกสติ[9] และการฝึกสติทำให้เกิดความจิตใจจดจ่ออยู่กับปัจจุบัน มีผลช่วยลดภาวะซึมเศร้า[10] และจากการศึกษาที่สนับสนุนว่าการฝึกสตินั้นเป็นเครื่องมือที่จำเป็นที่ทำให้เกิดความเข้มแข็งทางใจได้ง่าย และความเข้มแข็งทางใจจะเป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น[11]

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยครั้งนี้ คือ การจับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วยเพศ และคะแนนภาวะซึมเศร้าแล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน($\bar{X}$=19.45และ19.65ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ) ส่วนภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสามารถอธิบายได้จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติของกรอทเบร์ก[8] ร่วมกับการฝึกสติของซีเกล[13] สามารถลดปัจจัยเสี่ยงและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าลงได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้อาจเกิดจากกลยุทธ์ของโปรแกรมที่เน้นการทำกิจกรรมเพื่อทำให้เกิดความสงบภายในจิตใจมีสติอยู่กับปัจจุบัน สร้างความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งกลยุทธ์เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเห็นคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้เกิดแนวทางที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวกทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด ทัศนคติ และแบบแผนการดำเนินชีวิตในรูปใหม่ ๆ ที่เหมาะสมในการลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งแตกต่างจากการดูแลตามปกติที่เน้นการดูแลรักษาตามสาเหตุ การให้ความรู้และ การให้สุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้าเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกันต์ฤทัย ปานทอง[18] แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติมีคะแนนซึมเศร้าลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรม การสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ สามารถนำความรู้ประสบการณ์การเรียนรู้ รวมถึงทักษะที่จำเป็นต่าง ๆ ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันและสามารถลดภาวะซึมเศร้าให้ลดลงหรือกลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติพัฒนาเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสามารถนำไปจัดเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบการบำบัดรักษาทางจิตสังคมในรูปแบบกลุ่มบำบัดโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือสหวิชาชีพที่ผ่าน การอบรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อเป็นแนวทางที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าให้ลดลงได้โดยกิจกรรมหลักที่สำคัญประกอบด้วย การฝึกสติด้วยสมาธิและการฝึกสติเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ การรู้จักอารมณ์ตัวเองและจัดการอารมณ์ทางลบที่ไม่เหมาะสม การสื่อสารและการคิดอย่างสร้างสรรค์ การผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม

1.2 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ มีการออกแบบคู่มือสำหรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อช่วยให้สามารถนำบทเรียนกลับไปทบทวนที่บ้านได้ ซึ่งมีประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าให้เกิดความต่อเนื่องชัดเจน และควรใช้ระยะเวลาติดตามอย่างต่อเนื่องนาน 1 ปี เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถลดภาวะซึมเศร้าให้ลดลงหรือกลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติระยะยาว คือ หลังการบำบัดในระยะ 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน และ12 เดือน เพื่อประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า

2.2 ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์รูปแบบของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติแบบรายบุคคลเพื่อประโยชน์ในการนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติว่ามีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้หรือไม่

เอกสารอ้างอิง

[1] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.เช็กด่วนโรคซึมเศร้า. [ออนไลน์]. (2561). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก https://www.dmh.go.th/news-dmh/ view.asp?id=27650.

[2] World Health Organization. Depression: let's talk. Bangkok: Department of Mental Health. Retrieved January 20, 2018, [Online]. (2018). [Cited 2021 February 2]. Available from: http://www.searo.who.int /thailand/news/technical-factsheet depression-thai.pdf?ua=1

[3] กรมสุขภาพจิต. รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2562. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก https:/ / thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-1219_mix_HDC.pdf

[4] โรงพยาบาลลำลูกกา. เอกสารสรุปรายงานประจำปีงบประมาณ 2562. งานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลลำลูกกา ปทุมธานี; 2562.

[5] ตฤิลา จาปาวัลย์. แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. วารสารพุทธจิตวิทยา 2560; 2(2) : 1 – 11.

[6] วนิดา ฟักเล็ก. การลดภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ในผู้ป่วยโรคติดสุรา: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ พบ.ม. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.

[7] Luthans, F.& Youssef, C.M. Emerging positive organization behavior. Journal of Management 2007; 33: 321 – 49.

[8] Grotberg, E. H. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit, Bernard van leer foundation The Hague: The Netherlands;1995.

[9] Hoare. Resilience in the Elderly. Journal of Aging Life Care. [Online]. (2015). [Cited 2021 February 10]. Available from http://www.aginglifecarejournal.org/resilience-in-the-elderly/

[10] Geiger, P. J., et al. Mindfulness-Based Interventions for Older Adults: A Review of the Effects on Physical and Emotional Well-being. Mindfulness 2016; 7(2) : 296 – 307.

[11] Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. Depression in older adults. Annual review of clinical psychology 2009; 5 : 363 – 89.

[12] Splevins, K., Smith, A., & Simpson, J. Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. Aging and Mental Health 2009; 13(3) : 328 – 35.

[13] Segal Z.V., Williams J. M. G., and Teasdale J.D. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression. New York : The Guilford Press; 2002.

[14] ยงยุทธ์ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. คู่มือสติบำบัด Mindfulness-Based Therapy and Counseling (MBTC). นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2559.

[15] Polit, D. F., & Beck, C.T. Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. (8th Ed). Philadelphia: Lippincott Williams, & Wilkins; 2014.

[16] มุกดา ศรียงค์. แบบประเมินซึมเศร้า Beck. [ออนไลน์]. (2561). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909307

[17] อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช].กรุงเทพ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.

[18] กันต์ฤทัย ปานทอง. ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. กรุงเทพ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.