

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้า
ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน

วันรับ : 19 มิถุนายน 2563

วันแก้ไข : 20 พฤษภาคม 2564

วันที่ตอบรับ : 22 พฤษภาคม 2564

เกษร สายธนู, พย.ม.¹, กิ่งกาญจน์ ชูเมือง, พย.ม.¹,เกษราภรณ์ เคนบุพผา, ปร.ด.²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี¹, โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน

วิธีการ : เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าอาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่งจำนวน 52 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติ 4 สัปดาห์ 7 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ วัดผลลัพธ์จากการลดลงของภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของคนไทย และการเพิ่มขึ้นของทักษะการแก้ไขปัญหาด้วยแบบประเมินทักษะการแก้ไขปัญหามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ t-test

ผล : กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร่าลดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) เมื่อสิ้นสุดการทดลองทันทีและหลังติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะการแก้ไขปัญหามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) เช่นกัน

สรุป : โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติสามารถลดอาการซึมเศร้าและเสริมทักษะการแก้ปัญหาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและภาวะซึมเศร้าในชุมชนได้

คำสำคัญ : กลุ่มบำบัด การเจริญสติ การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า

ติดต่อผู้นิพนธ์ : เกษร สายธนู; e-mail: kesorn.s@ubu.ac.th

Original article

The effects of problem-solving group therapy conjoined with mindfulness for depression in elderly with chronic diseases living in community

Received : 19 June 2020

Revised : 20 May 2021

Accepted : 22 May 2021

Kesorn Saithanu, M.N.S.¹, Kingkan Choomuang, M.N.S.¹

Kedsaraporn Kenbubpha, Ph.D.²

Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University¹

Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital²

Abstract

Objective: To test the efficacy of problem-solving group therapy conjoined with mindfulness for depression in elderly with chronic diseases living in the community.

Methods: This study used quasi-experimental research. The subjects were 52 elderly with chronic conditions and depression comorbidity who lived in the community. They were recruited by purposive sampling and divided into two experimental and control groups of 26. The experimental group participated in the problem-solving group therapy, consisting of 7 sessions for 4 weeks, conjoined with mindfulness program while the control group received routine nursing care. The outcomes of this program were the reduction of depression scores and improved problem-solving skills measured by Thai geriatric depression scale (TGDS), and problem-solving inventory with the reliability of 0.89 and 0.87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: Both experimental and control group had statistically significant reduced depressive symptoms ($p < .005$) immediately after receiving the intervention. Comparing between two groups, the experimental group has a statistically significant lowered score of depression than the control group immediately after intervention and at one month follow-up ($p < .005$). While the problem-solving skill score of the experimental group were statistical significance higher than the control group in both immediately after intervention and at one month follow-up ($p < .005$).

Conclusion: The problem-solving group therapy conjoined with mindfulness is more likely to reduce depression and improve problem-solving skills among the elderly who had chronic diseases. It could be an optional nursing care for elderly with chronic diseases and depression comorbidity in the community.

Keywords: depression, elderly with chronic diseases, group therapy, mindfulness, problem-solving therapy

Corresponding author: Kesorn Saithanu; e-mail: kesorn.s@ubu.ac.th

ความรู้เดิม : การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห หรือการเจริญสติอย่างเดียวมีประสิทธิภาพต่อการลดภาวะซึมเศร้า

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติสามารถลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังได้ ทำให้เกิดการตระหนักรู้ในปัญหาของตนเอง อยู่กับความเป็นจริง ลดความวิตกกังวล นำไปสู่การแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : โปรแกรมฯ ดังกล่าว สามารถนำไปใช้ เป็นทางเลือกในการบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและภาวะซึมเศร้าในชุมชนได้ และอาจปรับรูปแบบให้เหมาะกับบริบทในกลุ่มเป้าหมายอื่น

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 5.7 ในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี¹ ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงหรือพิการ มักมีความยากลำบากในการเข้ารับบริการสาธารณสุขและมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไป² จากผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 33 และมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ร้อยละ 6² ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยปัจจัยทางชีวภาพ เช่น กรรมพันธุ์ สารเสพติด พยาธิสภาพทางสมอง การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย³ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย 5 โรค ได้แก่ มะเร็ง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งพบได้ร้อยละ 20 – 25 สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป⁴ เนื่องจากความเจ็บป่วยส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุต่ำลงและการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลงจากการต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น อาจทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นเวลานานอาจคิดอยากตายหรือวางแผนทำร้ายตัวเอง หรือไม่ยอมกินยาเพื่อรักษาความเจ็บป่วยเพื่อปล่อยให้อาการทรุดลงจนเสียชีวิต² ส่วนปัจจัย

ด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ การเป็นคนมองโลกในแง่ร้าย สนใจแต่ในด้านที่ไม่ดีหรือด้านลบของสิ่งต่าง ๆ มากกว่าด้านบวก สภาวะอารมณ์ไม่คงที่และเปลี่ยนแปลงได้ง่าย คิดมาก วิตกกังวลง่าย^{5,6} รูปแบบการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เช่น ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหา มองเห็นปัญหาเป็นภาพรวม ไม่สามารถแยกประเด็นปัญหาออกเป็น ส่วน ๆ จึงไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้⁴ นำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิต และปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ เช่น การอยู่ในสังคมที่แออัดหรือมีความรุนแรง ทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ การสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคมมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้เช่นเดียวกัน⁵⁻⁷

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลายรูปแบบ ทั้งการรักษาทางด้านร่างกาย ได้แก่ การใช้ยารักษาซึมเศร้า หรือการรักษาด้วยไฟฟ้าในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การรักษาด้านจิตใจด้วยจิตบำบัดรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เช่น การให้คำปรึกษา การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์เป็นต้น⁸ ทั้งนี้ การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห (problem solving therapy; PST) เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมชนิดหนึ่ง ที่เน้นการจัดการและการแก้ไขปัญหที่เฉพาะเจาะจง ผู้บำบัดและผู้ป่วยจะร่วมกันค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แล้วมีการจัดการปัญหาให้ลดลงและปรับปรุงพฤติกรรมแก้ปัญหให้เหมาะสม⁹ หลักสำคัญคือปรับมุมมองต่อปัญหาในทางลบมาเป็นทางบวก ปรับจากวิธีการแก้ไขปัญหแบบหุนหันพลันแล่นไม่สมเหตุผล ไม่ระมัดระวังหรือหลีกเลี่ยงมาเป็นการแก้ไขปัญหแบบใช้เหตุผล มีทางเลือกในการแก้ไขปัญหมากขึ้นและทำได้จริง ซึ่งส่งผลให้อารมณ์เศร้ายาลดลง¹⁰ ทักษะการแก้ไขปัญห ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การให้นิยามของปัญหาและทำความเข้าใจกับโครงสร้างของปัญหา การกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญห การตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ไขปัญห และการดำเนินการตามทางเลือกและพิสูจน์^{9,11} การทบทวนเอกสารวิจัย พบว่า PST เป็นรูปแบบการบำบัดที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹² และสามารถใช้ได้ทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง และโรคซึมเศร้าที่มีอาการเล็กน้อย¹³ การศึกษาในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิพบประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งในผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน^{4,14} ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งจัดการอารมณ์และความเศร้าได้ดีขึ้น รวมทั้งจัดการปัญหาและแรงกดดันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵

ส่วนการเจริญสติ (mindfulness) เป็นการฝึกให้อยู่กับปัจจุบันขณะ¹⁶ ทำให้สติเกิดขึ้น ตั้งมั่น และทำให้อย่างยิ่งไปจนเกิดปัญญา สติ คือ ความระลึกได้ ความนึกขึ้นได้ ความไม่เผลอ การคุมจิตไว้กับสิ่งที่กำลังทำอยู่ เป็นอาการที่จิตไม่หลงลืม ระงับยับยั้งใจได้¹⁷ แนวทางการเจริญสติมีหลายรูปแบบแต่มีเป้าหมายเหมือนกัน คือ ดับทุกข์ ซึ่งในปัจจุบันมีการศึกษาผลนำหลักการเจริญสติมาใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพจิตในผู้สูงอายุพบว่า ช่วยให้ผู้สูงอายุลดความวิตกกังวลทำให้จิตใจสงบขึ้น¹⁸ หากผู้สูงอายุปฏิบัติเจริญสติปฏิญาณอย่างต่อเนื่องจะช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้¹⁹ ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังพบว่าช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้²⁰ นอกจากนี้ การศึกษาการเจริญสติร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่นพบว่า เพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษามากขึ้น เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม^{21,22} การสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ²³ เป็นต้น การฝึกทำสมาธิประมาณ 20 นาที มีผลต่อการแก้ไขปัญหาของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการมีสติจะช่วยให้เราสามารถอยู่กับปัจจุบันและรู้จักอารมณ์ของตนเองดีขึ้น จึงส่งผลให้ทักษะการแก้ไขปัญหาดีขึ้น²⁴

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้ายังมีค่อนข้างจำกัด และยังไม่มีการศึกษาในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศราร่วมด้วย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา

ผสมผสานแนวความคิดการเจริญสติในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมกับภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าและระดับทักษะการแก้ไข้ปัญหา ก่อนและหลังการทดลองและหลังติดตามหนึ่งเดือนในผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมบำบัดดังกล่าว และศึกษาเปรียบเทียบกับผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยคาดว่าการศึกษาครั้งนี้จะได้ทางเลือกการบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศราร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุในการจัดการปัญหาของตนเองที่เหมาะสมขึ้น

วิธีการ

เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (pretest-posttest control group design) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหาพร้อมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกคือ อายุ 60 - 79 ปี มีโรคเรื้อรังใด ๆ ใน 5 กลุ่มโรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคระบบทางเดินหายใจ โดยไม่มีอาการทางกายรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ากลุ่มหรือเป็นโรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย-ปานกลาง (จากการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยที่มีคะแนนตั้งแต่ 13 - 24 คะแนน) ไม่มีความจำเสื่อมไม่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้า คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 ให้อำนาจทดสอบ 0.80 และกำหนดขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (effect size) เท่ากับ 0.70 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 คน โดยจัดกลุ่มให้มีขนาดใกล้เคียงกัน (สมาชิกกลุ่มละประมาณ 7 - 10 คน) คละชายหญิงที่มีจำนวนเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด กลุ่มทดลองจะได้รับ

โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น การติดตามอาการตามนัดหมาย การให้คำแนะนำเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับแนวคิดของเนซู และคณะ⁹ ร่วมกับแนวคิดการเจริญสติ ของธวัชชัย ฤกษ์ณะปรกรณ์กิจ และคณะ¹⁶ ตามหลักสติปัญญา 4 คือ กาย เวทนา จิต และธรรม ที่มีความสัมพันธ์กัน และแนวปฏิบัติการเจริญสติของพระบวรปริยัติวิธาน¹⁷ ซึ่งมีวิธีการปฏิบัติที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ง่าย โปรแกรมกลุ่มบำบัดนี้ผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาและกระบวนการจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และผู้ดำเนินกิจกรรมในชุมชน 2 ท่านได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติเจริญสติ ก่อนนำไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมกลุ่มบำบัดประกอบด้วย 7 กิจกรรมโดยดำเนินการในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 - 2 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ดังนี้ *สัปดาห์ที่ 1* ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรม และกิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ โดยประเมินความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้; *สัปดาห์ที่ 2* ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 เป็นกิจกรรมฝึกปฏิบัติเจริญสติ โดยพระสงฆ์เป็นผู้นำในการฝึกปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความเข้าใจการเจริญสติและสามารถฝึกปฏิบัติเจริญสติได้เหมาะสมขึ้น หลังจากนั้นให้ฝึกปฏิบัติเจริญสติที่บ้านอย่างต่อเนื่องทุกวัน ๆ ละประมาณ 30 นาที และให้สมาชิกกลุ่มปฏิบัติเจริญสติก่อนเริ่มกิจกรรมและหลังสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละครั้ง; *สัปดาห์ที่ 3* ได้แก่ กิจกรรมที่ 4 เป็นกิจกรรมค้นหาและปรับมุมมองต่อปัญหา โดยให้สมาชิกกลุ่มฝึกค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วย รวมถึงความคิดเห็นหรือมุมมองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้เข้าใจตนเองมากขึ้น กิจกรรมที่ 5 เป็นกิจกรรมฝึกวิเคราะห์รูปแบบ

การจัดการปัญหา โดยให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแก้ไขปัญหามา รวบรวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น แล้วเรียนรู้รูปแบบการจัดการปัญหาที่เหมาะสมโดยเชื่อมโยงถึงการมีสติ และกิจกรรมที่ 6 เป็นกิจกรรมฝึกตั้งเป้าหมายอย่างมีสติและการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการปัญหา; *สัปดาห์ที่ 4* ได้แก่ กิจกรรมที่ 7 เป็นการประเมินผลลัพธ์การแก้ไขปัญหและการเจริญสติโดยการประเมินภาวะซึมเศร้าและทักษะการแก้ไขปัญห สันทนาการเกี่ยวกับกิจกรรมการบำบัดและข้อคิดเห็นอื่น ๆ หลังจากนั้นติดตามผล 1 เดือน ด้วยการสนทนากลุ่มและประเมินภาวะซึมเศร้าและทักษะการแก้ไขปัญหของสมาชิกกลุ่มอีกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) *แบบทดสอบในการตรวจหาภาวะความพิการทางสมอง (the mini-mental state examination; MMSE)* ที่พัฒนาขึ้นโดย อัญชลี เตมียประดิษฐ์ และคณะ²⁵ เพื่อคัดกรองภาวะความพิการทางสมอง ประกอบด้วย 5 ส่วน จำนวน 11 ข้อคำถาม 2) *แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล* แบบเลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย 3) *แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai geriatric depression scale; TGDS)* พัฒนาโดย นิพนธ์ พวงกรินทร์²⁶ และกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองแห่งประเทศไทย ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 30 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามด้านบวก จำนวน 20 ข้อ การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (0 - 12 คะแนน) มีความเศร้าเล็กน้อย (13 - 18 คะแนน) มีความเศร้าปานกลาง (19 - 24 คะแนน) และมีความเศร้ารุนแรง (25 - 30 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 0.89 และ 4) *แบบประเมินทักษะการแก้ไขปัญห* ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการแก้ไขปัญหของเนซู และคณะ¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ปัญหา มุมมองหรือทัศนคติต่อปัญหารูปแบบการแก้ไขปัญห การตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญห

และการประเมินผลวิธีแก้ไข้ปัญหา การแปลผลแบ่งตามช่วงคะแนนรวมทักษะการแก้ไข้ปัญหา แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ทักษะการแก้ไข้ปัญหาอยู่ในระดับต่ำ (20 - 40 คะแนน) ระดับปานกลาง (41 - 60 คะแนน) ระดับดี (61 - 80 คะแนน) และระดับดีมาก (81 - 100 คะแนน) ตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และหาค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการทำการวิจัยในมนุษย์ หมายเลขรับรอง UBU-REC-37/2559 วันที่ 24 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยผู้ทำกลุ่มบำบัดเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช และมีประสบการณ์และผ่านการฝึกทักษะการบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ มัชยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนซีเมสเร้าและคะแนนทักษะการแก้ไข้ปัญหา ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ paired t-test และ 3) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนภาวะซีเมสเร้าและทักษะการแก้ไข้ปัญหา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

ผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.1) สถานภาพสมรสคู่ จบชั้นประถมศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 600 - 1,500 บาท ต่อเดือน เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ส่วนโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 51.9) รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน (ร้อยละ 23.1) ผู้ดูแลหลักกรณีเจ็บป่วยส่วนใหญ่ คือ คู่ครอง แสดงดังตารางที่ 1

ผลคะแนนซีเมสเร้าและทักษะการแก้ไข้ปัญหาของกลุ่มทดลอง/กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองและหลังติดตาม 1 เดือน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนซีเมสเร้าของกลุ่มทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนซีเมสเร้าหลังการทดลองทันที และหลังติดตามผล 1 เดือน ลดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{25} = 9.72, p = .005$ และ $t_{25} = 5.14, p = .005$ ตามลำดับ) และความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการแก้ไข้ปัญหาหลังการทดลองทันทีและหลังติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{25} = - 8.92, p = .005$ และ $t_{25} = - 8.91, p = .005$) แสดงดังตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนซีเมสเร้าของกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนซีเมสเร้าหลังการทดลองลดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{25} = 5.14, p = .005$) อย่างไรก็ตาม หลังติดตามผล 1 เดือน แม้ค่าเฉลี่ยคะแนนซีเมสเร้าจะลดต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการแก้ไข้ปัญหาพบว่า ทั้งหลังการทดลองและหลังติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ แสดงดังตารางที่ 2

ผลคะแนนซีเมสเร้าและทักษะการแก้ไข้ปัญหา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองและหลังติดตาม 1 เดือน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนซีเมสเร้าและคะแนนทักษะการแก้ไข้ปัญหาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลองทันทีพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนซีเมสเร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{45} = - 7.02, p = .005$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการแก้ไข้ปัญหาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะการแก้ไข้ปัญหาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{42} = - 10.67, p = .005$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนซีเมสเร้าและคะแนนทักษะการแก้ไข้ปัญหาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 52)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนกลุ่มทดลอง (n = 26)		จำนวนกลุ่มควบคุม (n = 26)	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	7	26.9	7	26.9
หญิง	19	73.0	19	73.0
อายุ				
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	70.08 \pm 4.61 ปี		69.35 \pm 5.45 ปี	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	60; 76 ปี		60; 78 ปี	
สถานภาพสมรส				
โสด	-	-	1	3.8
คู่	22	84.6	23	88.4
หม้าย	4	15.3	2	7.7
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	23	88.4	26	100.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	11.5	-	-
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	30.7	2	7.7
เกษตรกรกรรม	16	61.5	21	80.7
รับจ้าง	-	-	2	7.7
ค้าขาย	1	3.8	1	3.8
ข้าราชการบำนาญ	1	3.8	-	-
รายได้ต่อเดือน				
600 - 1,500 บาท	24	92.3	24	92.3
1,501 - 3,000 บาท	1	3.8	2	7.7
3,001 - 4,500 บาท	-	-	-	-
4,501 บาท ขึ้นไป	1	3.8	-	-
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอและเหลือเก็บ	7	26.9	10	38.4
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	17	65.3	16	61.5
ไม่เพียงพอ ต้องกู้ยืม	2	7.7	-	-
โรคเรื้อรังที่เป็นในปัจจุบัน				
โรคความดันโลหิตสูง	16	61.5	11	42.3
โรคเบาหวาน	3	11.5	2	7.7
โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน	3	11.5	9	34.6
โรกระบบทางเดินหายใจ	3	11.5	4	15.3
โรคหัวใจ	1	3.8	-	-
ผู้ดูแลหลักกรณีเจ็บป่วย				
คู่สมรส	17	65.3	23	88.4
บุตรหลาน	9	34.6	3	11.5

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าและคะแนนทักษะการแก้ไขปัญหา ก่อนทดลองหลังทดลองทันที และติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติ paired t-test

ตัวแปร	Mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง					
คะแนนซึมเศร้า					
ก่อนการทดลอง	20.04	1.95			
หลังการทดลอง	15.73	1.95	9.72	25	.005
ติดตามผล 1 เดือน	15.19	2.30	5.14	25	.005
คะแนนทักษะการแก้ไขปัญหา					
ก่อนการทดลอง	78.58	5.10			
หลังการทดลอง	85.38	2.71	- 8.92	25	.005
ติดตามผล 1 เดือน	84.92	3.47	- 8.91	25	.005
กลุ่มควบคุม					
คะแนนซึมเศร้า					
ก่อนการทดลอง	19.85	1.46			
หลังการทดลอง	19.04	1.40	5.14	25	.005
ติดตามผล 1 เดือน	19.46	1.20	- 1.77	25	.005
คะแนนทักษะการแก้ไขปัญหา					
ก่อนการทดลอง	78.35	2.59			
หลังการทดลอง	78.69	1.69	- 1.22	25	.232
ติดตามผล 1 เดือน	78.88	1.82	1.21	25	.239

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าและคะแนนทักษะการแก้ไขปัญหา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาหลังทดลองและติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
คะแนนซึมเศร้า							
หลังการทดลอง	15.73	1.95	19.04	1.40	- 7.02	45	.005
ติดตามผล 1 เดือน	15.19	2.30			3.04	25	.006
คะแนนทักษะการแก้ไขปัญหา							
หลังการทดลอง	85.38	2.71	78.69	1.69	- 10.67	42	.005
ติดตามผล 1 เดือน	84.92	3.47			1.85	25	.076

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05

หลังการทดลองทันทีและหลังติดตามผล 1 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าต่ำกว่า และมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการแก้ไขปัญหารวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงดังตารางที่ 3

วิจารณ์

จากการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหามผสมผสานแนวคิดการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในครั้งนี้พบว่า มีประสิทธิผลในการลดคะแนนซึมเศร้า คล้ายกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่ให้การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาย่อยๆ 12,14,27 และยังพบว่าทำให้ทักษะการแก้ไขปัญหามีขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ภาวะซึมเศร้าและโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ทำให้เข้าใจสาเหตุหรือปัจจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นหรือสิ่งประสบอยู่มากขึ้น และการบำบัดแบบแก้ไขปัญหาย่อยๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีมุมมองทางบวกตามความเป็นจริงต่อปัญหาที่เกิดขึ้นตามช่วงวัยของตน ข้อจำกัดในชีวิตจากการเจ็บป่วยยอมรับปัญหา ค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ด้วยตนเอง เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาโดยการรับรู้ข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจแก้ไขปัญหารู้วิธีการแก้ไขหลากหลายวิธี และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขที่เหมาะสม ซึ่งต้องฝึกทักษะในการปรับเปลี่ยนการมองปัญหาที่เกิดขึ้นในทางบวก (positive problem orientation) ได้แก่ การประเมินว่าปัญหาคือความท้าทายหรือโอกาสที่เป็นประโยชน์ มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ มีความเชื่อว่าตัวเองสามารถที่จะแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{11,28} อีกทั้งการเสริมการปฏิบัติเจริญสติซึ่งเป็นการฝึกให้อยู่กับปัจจุบัน ทำให้มีความเข้าใจในความคิด อารมณ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากการฝึกใช้สติกำหนดอิริยาบถของตน ให้อำนาจตนกำลังทำอะไรอยู่ การใช้สติกำหนดตนนี้ต้องกำหนดอย่างละเอียด เมื่อได้ฝึกใช้สติกำหนดอิริยาบถของตนอยู่ตลอดเวลาเช่นนี้ ความเคยชินในการใช้สติจะเกิดขึ้น และยังคงใช้ได้ต่อเนื่องแม้หลังจากการปฏิบัติเจริญสติแล้ว บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนวิธีการตอบโต้กับสถานการณ์ภายในและภายนอกได้ดีและเหมาะสมยิ่งขึ้น

โดยรับรู้ว่ากำลังคิดหรือรู้สึกอย่างไร แต่ไม่สนใจรายละเอียดหรือเนื้อหาของความคิด²⁹ เมื่อจิตใจสงบ มีสมาธิ เข้าใจอารมณ์และความคิดของตัวเอง อาการซึมเศร้าก็ลดลง จะเห็นได้ว่าการเจริญสติจึงเป็นผลดีต่อการบำบัดอาการซึมเศร้าและการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาย่อยๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสมาธิและสติจะช่วยเพิ่มการรู้ตัว ทำให้รู้เท่าทันความคิดที่เกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์เข้ามากระทบ รู้อารมณ์ของตัวเอง จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่ตามมา ดังนั้นเมื่อมีสติจะทำให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น²⁴ จากการศึกษาสนทนากลุ่มภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้ให้ความเห็นว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว จิตใจสงบขึ้น และเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าของตนเองมากขึ้น อาการซึมเศร้าลดลง มีสติในการใช้ชีวิต รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหามากขึ้น²⁴ ได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของดุซงกี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ²² และผลลัพธ์นี้ยังคงอยู่ได้นานหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ แล้วหนึ่งเดือน โดยส่วนใหญ่ยังมีการปฏิบัติเจริญสติอย่างต่อเนื่องและมีมุมมองต่อปัญหาและแก้ไขปัญหามีขึ้น สามารถทำได้ในช่วงเช้าตรู่ บางรายปฏิบัติจนเป็นกิจวัตรประจำวัน อย่างไรก็ตาม บางส่วนยังไม่สามารถปฏิบัติเจริญสติได้ต่อเนื่อง จากภาระต่าง ๆ เช่น ต้องเลี้ยงดูบุตรหลาน ส่งผลให้มีความกังวลในการปฏิบัติ ทำให้ไม่ค่อยมีสมาธิ ในช่วงกลางวันต้องทำงาน ดังนั้น ในการกำหนดช่วงเวลาในการปฏิบัติจึงอาจให้ผู้สูงอายุปรับกิจกรรมในการเจริญสติ เช่น การกำหนดลมหายใจเข้า - ออก การตระหนักรู้ในอิริยาบถหลัก เมื่อยืน เดิน นั่ง นอน ให้ตระหนักรู้ว่า ยืน เดิน นั่ง นอน โดยประสานกับลมหายใจไปพร้อมกัน เป็นต้น¹⁶ จึงควรปฏิบัติเจริญสติอย่างต่อเนื่อง และทบทวนการปฏิบัติเพื่อวิเคราะห์ผลการปฏิบัติอยู่เสมอ

นอกจากนี้ กระบวนการบำบัดแบบกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุแต่ละคนได้พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือเรื่องราวของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหาอยู่คนเดียว ได้เห็นว่าสมาชิกคนอื่นมีปัญหาเช่นกัน อาจแตกต่างกันหรือคล้ายคลึงกับตนเอง เช่น เปื่อหน่ายการรับประทานยา ไม่มีเงินค่าเดินทางไปพบแพทย์ เป็นต้น เมื่อเห็นสมาชิกในกลุ่มสามารถแก้ไขปัญหามีอาการเศร้าลดลงโดยเฉพาะผู้ที่มี

ปัญหาเดียวกัน ทำให้ตระหนักได้ว่าตนเองจะสามารถเอาชนะปัญหาได้ ทำให้เกิดความหวังมากยิ่งขึ้น³⁰ สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา มีการให้กำลังใจกันและกัน ซึ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยบ่งชี้ของการเข้ากลุ่มบำบัด³¹

อาจกล่าวได้ว่า โปรแกรมฯ นี้ เป็นการบำบัดที่ทำให้เกิดการตระหนักรู้ในปัญหาของตนเอง เพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหา ลดการคิดหมกมุ่น จึงนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ไม่หลีกเลี่ยงปัญหา หรือแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น กระบวนการบำบัดทำให้สามารถค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และมีการฝึกการตัดสินใจจัดการปัญหาให้บรรเทาลง ซึ่งเป็นการพัฒนาการแก้ไขปัญหาให้มีความเหมาะสม อีกทั้งการเจริญสติเป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่าย ไม่จำกัดช่วงเวลา และยังสามารถฝึกปฏิบัติของผู้สูงอายุซึ่งมีการปฏิบัติเกี่ยวกับศาสนกิจอยู่เป็นประจำ เช่น ไปวัด ฟังเทศน์ สวดมนต์ เป็นต้น

สรุป

โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาพร้อมกับ การเจริญสติสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเสริมทักษะการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนได้ ผู้สูงอายุได้เรียนรู้เกิดความเข้าใจตนเอง พัฒนาความสามารถในการจัดการปัญหา ปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงจัดการความรู้สึกวิตกกังวลและเครียดจากปัญหาสุขภาพกาย ที่นำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสมขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ขอกราบขอบพระคุณพระครูอุบลสุวรรณภรณ์ และพระครูสมุห์เฉวียน กตปุญโญ ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นและชี้แนะแนวทางการฝึกปฏิบัติเจริญสติ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2019 Jul 24]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
2. ณหทัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, ยุพาพรรณ ศิริอ้าย, คณินิจ ไชยลังการณ, วิรัตน์ นิวัฒน์นันท์, และคณะ. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ: สูตรคลายซึมเศร้า [Elderly care guide: depression formula]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2559. น. 11-8.
3. วรณา เรื่องประยูร, อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์. การบำบัดโดยการแก้ปัญหาลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์งานวิจัย [Problem-solving therapy for reduce depressive symptoms in older adults: synthesis of research studies]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2557;28(3):37-48.
4. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2) [Guidelines for surveillance of depression at provincial level (2nd revision)]. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท; 2554.
5. นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ [Depression: a significant mental health problem of elderly]. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(3):24-31.
6. Touhy TA, Jett K. Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging. 5th ed. USA: Elsevier Inc. Printing; 2017.
7. สาวิตรี สิงหาค. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า [Nursing of the elderly with depression]. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2559;18(3):15-24.
8. สมภพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์ ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V [Textbook of psychiatry revised version according to DSM-V]. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2557.

9. Nezu AM, Nezu CM, D'Zurilla T. Problem-solving therapy: a treatment manual. New York: Springer Publishing Company; 2013.
10. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือผู้เข้าอบรมการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการแก้ไขปัญญา [A guide for participants to treat depression with problem solving]. อุบลราชธานี: โรงพยาบาล; 2559.
11. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สรยุทธ วาสิกานานนท์, บรรณาธิการ. ตำราโรคซึมเศร้า [Textbook of depressive disorders]. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2558.
12. ธวัชชัย พลศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, รัชนิกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [The effect of the problem solving therapy program on depression of patients with major depressive disorder]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2560;31(1):60-74.
13. สุนิสา ศรีโมอ่อน, อทิทยา พรชัยเขต, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. การบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ [Problem solving therapy for reducing depressive symptoms in adults: evidence-based nursing]. วารสารสภาการพยาบาล. 2554;26(3):107-16.
14. ราตรี ทองยู, วรรณมา คงสุริยานาวิน, อทิทยา พรชัยเขต, โอว ยอง, ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. ผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหาคือต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [Effects of group problem-solving therapy on depressive symptoms in older adult people with type-2 diabetes]. วารสารสภาการพยาบาล. 2554;26(3):78-92.
15. Nezu AM, Nezu M, Salber KE. Problem-solving therapy for cancer patients. Psychology. 2013; 10(2-3):217-31. doi:10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43445.
16. ธวัชชัย กฤษณะปรกรกิจ, สมจิตร หนองบุตรศรี, ผ่องพรรณ กฤษณะปรกรกิจ. สมาธิบำบัดทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต [Meditation therapy in psychiatry and mental health]. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2552.
17. พระบวรปริยัติวิธาน. คู่มือปฏิบัติธรรมเบื้องต้น [Basic Dharma practice manual]. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพลส จำกัด; 2554.
18. ยุวดี พนาวรรณ, จำลอง ดิษยวงนิช. การเสริมสร้างสุขภาพจิตผู้สูงอายุไทยด้วยวิปัสสนากรรมฐาน [Enhancement of mental health of Thai elderly by insight meditation]. วารสารสวนปรุง. 2558;31(1):1-12.
19. พระสันตทัตถ์ สันสมบัติ, พระครูปลัดสุวัฒน พุทธคุณ, ปัญญา นามสง่า, ชัยรัตน์ ทองสุข, ภูเดช สิ้นทับศาล. สติปัฏฐานกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ [Satipattana to protect of depression for the elderly] [รายงานการวิจัย]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์พระพุทธชินราช; 2561.
20. สมจิตร เสริมทองทิพย์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, เวทิส ประทุมศรี. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาคือบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน [The effect of mindfulness-based cognitive therapy program on depression among persons with diabetes]. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;25(3):66-75.
21. Klainin-Yobas P, Cho MA, Creedy D. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2012;49(1):109-21. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.08.014.
22. ดุษฎี จีงศิริกุลวิทย์, ญาดา ธงธรรมรัตน์, ปรียา ปราณีตพลกรัง, ปราณีต ชุ่มพุทรา, ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล. กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น: การศึกษานำร่อง [The efficacy of group mindfulness-based cognitive therapy in prevention of youth depression: a pilot study]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2558;23(3):143-53.
23. กันต์ฤทัย ปานทอง, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า [The effective of resilience quotient emphasizing mindfulness-based program on depression in older persons with major depressive disorder]. วารสารเกื้อการุณย์. 2561;25(2):105-18.

24. Ren J, Huang Z, Luo J, Wei G, Ying X, Ding Z, et al. Meditation promotes insightful problem-solving by keeping people in a mindful and alert conscious state. *Sci China Life Sci.* 2011;54(10): 961-5 doi:10.1007/s11427-011-4233-3.
25. อัญชุลี เตมียประดิษฐ์, วรรณ ตันชัยสวัสดิ์, ชุมศรี หังสพฤกษ์, อ้อมทิพย์ พันธุ์ศิริ. แบบทดสอบในการตรวจหาภาวะความพิการทางสมอง [The Mini-Mental State Examination: MMSE]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2533;35(4):208-16.
26. นิพนธ์ พวงวรินทร์. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย [Thai geriatric depression scale: TGDS]. *สารศิริราช.* 2537;46(1):1-9.
27. Alexopoulos GS, Raue PJ, Kiosses DN, Mackin RS, Kanellopoulos D, McCulloch C, et al. Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction: effect on disability. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(1):33-41. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.177.
28. Nezu CM, Nezu AM, Colosimo MM. Case formulation and the therapeutic alliance in contemporary problem-solving therapy (PST). *J Clin Psychol.* 2015;71(5):428-38. doi:10.1002/jclp.22179.
29. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, สวิตตา ธงยศ, อิงคณา โคตนารา, ขจรศักดิ์ วรรณทอง. ประสิทธิภาพของการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [Efficacy of Buddhist group therapy on patients with depressive disorder]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2557;59(4):381-93.
30. จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. กลุ่มบำบัดกับพยาบาลจิตเวช [Group therapy and psychiatric nurse]. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.* 2557;28(1):1-15.
31. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล [Group therapy for nurses]. พิมพ์ครั้งที่ 2. *ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2557.*