ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยโปรแกรมออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าและความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปุณยนุช คณากรณ์, พย.บ.*, กิติกร พรมา, พย.ม.**

**สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*

***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยโปรแกรมออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล ต่อภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยถึงปานกลาง

วัสดุและวิธีการ : รูปแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา อายุ 20 - 59 ปี มีภาวะซึมเศร้าน้อยถึงปานกลาง ช่วง สิงหาคม พ.ศ.2565 - สิงหาคม พ.ศ.2566 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 ราย ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ9) และความเข้มแข็งทางใจ จากนั้นกลุ่มทดลอง 24 ราย ได้รับโปรแกรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล 5 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม 24 ราย ถูกติดตาม 9 สัปดาห์ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนและสถิติที

ผล : ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ ไม่แตกต่างกัน หลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 1 เดือน เฉพาะกลุ่มทดลองเท่านั้นที่มีภาวะซึมเศร้าลดลง ความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้าลดลง ความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น เฉพาะหลังทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า และความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าเมื่อหลังทดลอง 1 เดือน

สรุป : โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ด้วยโปรแกรมออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์วิดีโอคอลในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยถึงปานกลาง สามารถลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความเข้มแข็งทางใจได้

คำสำคัญ : ความเข้มแข็งทางใจ, โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ,โปรแกรมออนไลน์, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ปุณยนุช คณากรณ์, e-mail: poonyanuch260315@gmail.com

วันรับบทความ : 9 ตุลาคม 2566; วันแก้ไขบทความ : 23 เมษายน 2567; วันตอบรับบทความ : 30 เมษายน 2567

EFFECTS OF THE RESILIENCE PROGRAM WITH ONLINE PROGRAM ON DEPRESSION AND RESILIENCE IN DEPRESSIVE PATIENTS

Poonyanuch Kanakorn, B.N.S.*, Kitikorn Pornma, M.N.S.**

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University*

Abstract

Objectives: To assess the effectiveness of a resilience enhancement program using Line video call for depression and Resilience in adult patients with mild to moderate major depressive disorder (MDD).

Material and Methods: This was a quasi-experimental study in outpatient adults aged 20 – 59 years mild-to-moderate (Patients Health Questionnaire; PHQ9 scored 7 – 18) MDD patients from the Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Bangkok, Thailand from August 2022 - August 2023. Control (24) and experimental (24) groups were allocated equally via simple random sampling. All patients (48) received MDD severity and Resilience quotient (RQ) assessment at study entry. The experiment group received a 5-week online Edith Grotberg's strategy resilience enhancement program and the next 4 weeks of follow-up, while the control group received a 9-week follow-up. The PHQ9 and RQ were then assessed in posttest immediately and posttest 1-month. A repeated ANOVA and independent t-test were used to compare the PHQ9 and RQ intra-group and between groups, respectively.

Results: The PHQ9 and RQ at the study entry did not differ. In the experiment group, the PHQ9 and RQ changed significantly on posttest immediately and 1-month. In the control group, the PHQ9 and RQ only changed significantly on the posttest immediately. The PHQ9 and RQ in the experiment group were lower and significantly higher than the control group on posttest 1-month.

Conclusion: The 5-week online application Line Video Call Edith Grotberg's strategy resilience enhancement program effectively decreased MDD severity and enhanced Resilience for outpatient adult mild to moderate severity MDD patients.

Key words: resilience enhancement program, online program, depression, resilience, major depressive disorder

Corresponding author: Poonyanuch Kanakorn, e-mail: poonyanuch260315@gmail.com

Received: October 9, 2023; Revised: April 23, 2024; Accepted: April 30, 2024

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ส่งผลกระทบต่อสมรรถนะทางจิตใจ สังคม และลดทอนคุณภาพชีวิต พยาธิกำเนิดของโรคมีความซับซ้อน เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคมต่อความเครียด หากปฏิสัมพันธ์ในการตอบสนองต่อความเครียดเป็นพฤติกรรมเชิงบวก จะเป็นการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ (resilience) หากเป็นพฤติกรรมเชิงลบจะลดทอนความเข้มแข็งทางใจ และส่งเสริมให้เกิดโรคซึมเศร้า[1,2] ความเข้มแข็งทางใจ จึงเป็นศักยภาพภายในการยืนหยัด และเอาชนะต่อวิกฤตการณ์ต่าง ๆ พัฒนานำไปสู่สุขภาวะทางใจ และฟื้นฟูสู่สภาวะปกติได้อย่างสมบูรณ์[3]

ความเข้มแข็งทางใจ มีความผกผันกับภาวะซึมเศร้า ทั้งในวัยรุ่น[4] วัยผู้ใหญ่[5] และวัยผู้สูงอายุ[6] และมีความผกผันกับโรคซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับพันธุกรรม[7] การทำงานของระบบสารสื่อประสาท[8] ปฏิสัมพันธ์ของสมองส่วนควบคุมความคิด อารมณ์ และการให้รางวัล[9] อาการแสดงทางคลินิกของโรคซึมเศร้า[10] และการตอบสนองต่อการรักษา[11] โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (resilience enhancement) จึงเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะมุ่งเน้นที่การปรับกระบวนความคิด และพฤติกรรมเชิงลบที่ส่งเสริมให้เกิดโรคซึมเศร้า โดยมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับความเครียดด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสม ในขณะที่การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจจะช่วยเสริมสร้างศักยภาพในการเอาชนะต่อวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ทั้ง 2 วิธีจึงมักใช้ร่วมกันในการรักษาโรคซึมเศร้า เพื่อเพิ่มอัตราการหายและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค

แนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg[12] เป็นแนวคิดหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ด้วยการส่งเสริมการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (I am) การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (I have) และการส่งเสริมบุคคลในการเอาชนะวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต (I can) โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สามารถทำในรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง หรือใช้รูปแบบออนไลน์ ในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ต้องเว้นระยะทางกายและสังคม การล็อคดาวน์ การกักตัว ล้วนเป็นอุปสรรคต่อระบบช่วยเหลือ และการรวมตัวทางสังคม ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ[13] การใช้สื่อสังคมดิจิทัลเป็นสื่อกลางจึงเป็นทางเลือกในการให้จิตบำบัด ซึ่งมีการใช้มาระยะหนึ่งก่อนการระบาดของเชื้อ COVID-19 และใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้นภายหลังการระบาดของเชื้อ COVID-19 การศึกษาพบว่าการใช้สื่อสังคมดิจิทัลเป็นสื่อกลางในการให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ประสิทธิผลไม่แตกต่างกัน[14] หรือดีกว่า[15] การมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้รับผลกระทบจากการระบาดของเชื้อ COVID-19 เช่นกัน การให้จิตบำบัดในรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงถูกระงับไป การใช้สื่อสังคมดิจิทัลเป็นสื่อกลางจึงเป็นทางเลือกหนึ่ง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผ่านแอปพลิเคชันไลน์วิดีโอคอล

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม ในรูปแบบกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) หมวด F32 F33 F34.1 F38 F39 หรือ major depressive disorder และ dysthymic disorder ยกเว้น F32.3 ตามมาตรฐานการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-V) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 สิงหาคม พ.ศ. 2566 มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าน้อยถึงปานกลาง ประเมินโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ9[16] ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร อ่านออกเขียนได้ ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีโทรศัพท์มือถือแท็บเล็ต หรือคอมพิวเตอร์ที่ใช้งานอินเตอร์เน็ตได้ มีทักษะความเข้าใจในใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และยินดีเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้หากผู้ป่วยเคยได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงแล้ว จะไม่คัดเลือกเข้าสู่กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยอ้างอิงการศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า”[17] ในการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าช่วงก่อน และหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 18.78 ± 4.45 และ 18.84 ± 4.50 (delta = -0.06) ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าช่วงก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 19.36 ± 4.78 และ 14.22 ± 4.46 (delta = 5.14) โดยไม่พบการรายงานค่าความแปรปรวนร่วมของค่าความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าความแปรปรวนร่วมของค่าความแตกต่างระหว่างก่อน และหลังการทดลอง ให้เท่ากับค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มทดลองคะแนนก่อนการทดลอง เท่ากับ 4.78 เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างใหญ่สุด เมื่อคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม แบบอิสระต่อกัน โดยกำหนดค่ามาตรฐาน (Standard Normal) เท่ากับ 1.96 กำหนดระดับนัยสำคัญร้อยละ 5 และอำนาจการทดสอบ (1 - β) เท่ากับร้อยละ 90 พบว่า

การศึกษานี้ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 19 คนต่อกลุ่ม หรือประมาณ 20 คนต่อกลุ่ม และทำการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายและความครบถ้วนของข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 20 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ข้างต้น เท่ากับ 4 คนต่อกลุ่ม รวมเป็น 24 คนต่อกลุ่ม ทั้ง 2 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 48 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกอย่างเจาะจงจำนวน 24 คู่ 48 คน ถูกสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากเพื่อแยกเข้าสู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน คือ การรักษาด้วยยา การให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หรือโรคซึมเศร้า ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ9 และความเข้มแข็งทางใจโดยแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต[20] (ก่อนการทดลอง) จากนั้นกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ และติดตามต่ออีก 4 สัปดาห์ด้วยกลุ่มไลน์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการติดตามในระยะเวลา 9 สัปดาห์ด้วยกลุ่มไลน์เช่นกัน เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสร็จแล้ว ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ9 และความเข้มแข็งทางใจทันที (หลังการทดลอง) และประเมินอีกครั้งหลังการทดลอง 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

<u>เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง</u>

1. โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างและพัฒนาความเข้มแข็งทางใจโดยใช้แนวคิดของ Grotberg[12] ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) ปัจจัยที่ส่งเสริมความศรัทธา ความเชื่อมั่น และการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (I am)

2) ปัจจัยที่ส่งเสริมสัมพันธภาพภายนอกตนเอง หรือสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่จะสามารถเสริมสร้าง และพัฒนาความเข้มแข็งทางใจได้ (I have)

3) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถแก้ไข และจัดการกับอารมณ์ สิ่งเร้า อุปสรรค ความทุกข์ยาก หรือวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ (I can)

ซึ่งโปรแกรมนี้ได้ประยุกต์ในรูปแบบโปรแกรมออนไลน์ ซึ่งเป็นรูปแบบการใช้การสื่อสารทางไกลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล กิจกรรมบำบัดแบบกลุ่ม กลุ่มละ 5 - 6 คน เข้ากิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาในการทำกิจกรรม 60 นาที จนครบ 5 กิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 เรื่อง รู้พลังสุขภาพจิตใจ

กิจกรรมที่ 2 เรื่อง รู้สึกดีกับตัวเอง

กิจกรรมที่ 3 เรื่อง โลกดี...อยู่ที่เรามอง

กิจกรรมที่ 4 เรื่อง สื่อสารอย่างสร้างสรรค์

กิจกรรมที่ 5 เรื่อง การจัดการความขัดแย้ง

โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและ

สุขภาพจิต และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในการศึกษาครั้งนี้ ได้เท่ากับ 0.8

<u>เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล</u>

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ9[16] ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า มีค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) 0.79 จึงมีความน่าเชื่อถือสูง ข้อคำถามมีจำนวน 9 ข้อ การแปลผลคือ ค่าคะแนนน้อยกว่า 7 คือไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ค่าคะแนน 7 - 12 คือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ค่าคะแนน 13 - 18 คือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และค่าคะแนนมากกว่า 19 คือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

2. แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ โดยกรมสุขภาพจิต[18] เป็นแบบประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ (อึด) ด้านกำลังใจ (ฮึด) และด้านการจัดการกับปัญหา (ต่อสู้เอาชนะอุปสรรค) มีค่าความสอดคล้องภายใน 0.75 จึงมีความน่าเชื่อถือสูง ข้อคำถามมีจำนวน 20 ข้อ เป็นการสอบถามถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา การแปลผลคือ ค่าคะแนน น้อยกว่า 55 ถือว่าต่ำ 55 - 69 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ และค่าคะแนนมากกว่า 69 ถือว่าสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลแจงนับนำเสนอเป็น ความถี่และร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามซึ่งได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ ในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอ คอล ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ใช้สถิติ ANOVA – Bonferroni adjustment for multiple comparison

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามซึ่งได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ independent sample t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา รหัสโครงการวิจัย SD.IRB.SUBMIT 001/2565_FULL เลขที่หนังสือรับรอง SD.IRB.APPROVAL 018/2565 วันที่รับรอง 26 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง 26 สิงหาคม พ.ศ. 2566

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 48 ราย โดยอยู่ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 ราย ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 34.8 ± 10.23 ปี อายุน้อย-มากที่สุด 20-59.8 ปี อายุเฉลี่ยเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 33.1 ± 9.76 ปี

ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.3 มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (ค่ากลาง; ควอไทล์ที่ 25, ควอไทล์ที่ 75) 0.91 (0.04, 2.82) ปี ร้อยละ 54.2 โสด ร้อยละ 72.9 ไม่มีบุตร ร้อยละ 54.2 อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 87.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 4.2 ไม่นับถือศาสนา ร้อยละ 39.6 มีสถานะลูกจ้างประจำ ร้อยละ 10.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 6.3 เป็นนักเรียนหรือนักศึกษา ผู้ป่วยทุกคนสำเร็จการศึกษาอย่างน้อยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และร้อยละ 56.3 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33.4 มีรายได้ส่วนบุคคลมากกว่า 10,000 - 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 12.5 ไม่มีรายได้ส่วนบุคคล ร้อยละ 87.6 มีสถานะทางการเงินเพียงพอ ร้อยละ 68.8 มีสถานะการพึงพาตนเองด้านการเงินได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

ผู้ป่วยร้อยละ 83.3 ไม่มีโรคร่วมทางกาย มีน้ำหนักเฉลี่ย 60.6 ± 15.24 กิโลกรัม น้ำหนักน้อย-มากที่สุด 38 - 97 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 162.7 ± 8.23 เซนติเมตร ส่วนสูงน้อย-มากที่สุด 140 - 179 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 22.8 ± 4.76 กก./ตรม. ดัชนีมวลกายน้อย-มากที่สุด 14.7 - 32.9 กก./ตรม. ร้อยละ 64.6 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 72.9 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 93.8 ไม่เคยใช้สารเสพติด เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในเรื่อง อายุ อายุเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า เพศ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า สถานภาพสมรส การมีบุตร จำนวนบุตร ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้าน การนับถือศาสนา สถานะการประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ส่วนบุคคล ที่มาของรายได้ส่วนบุคคล สถานะทางการเงิน สถานะการพึ่งพาตนเองด้านการเงิน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นบุตรที่พ้นความอุปการะ ในกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนสูงกว่า (ร้อยละ 16.7 vs. 0.0, $p = 0.037$) สำหรับปัจจัยทางกาย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคร่วมทางกาย สถานะการดื่มสุรา/ ความถี่ในการดื่มสุรา/ ชนิดสุรา สถานะการใช้สารเสพติด/ ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่สูงกว่า (ร้อยละ 25.0 vs. 4.2, $p = 0.041$)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ

ก่อนทดลองภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 1) เมื่อเสร็จสิ้นการให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (ตารางที่ 2) หลังการให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล 1 เดือน ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองเท่านั้น ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง ความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลองเท่านั้น เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความเข้มแข็งทางใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง

คะแนน	ผู้ป่วยทั้งหมด	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	*p*-value
ภาวะซึมเศร้า สัปดาห์ที่ 0	13.7 ± 3.14	13.3 ± 3.19	14.1 ± 3.08	0.339
ภาวะซึมเศร้า สัปดาห์ที่ 5	9.9 ± 4.68	9.0 ± 5.17	10.8 ± 4.05	0.198
ภาวะซึมเศร้า สัปดาห์ที่ 9	10.1 ± 5.73	8.5 ± 5.76	11.7 ± 5.34	0.051
ความเข้มแข็งทางใจ สัปดาห์ที่ 0	51.5 ± 7.10	52.0 ± 6.32	51.0 ± 7.91	0.617
ความเข้มแข็งทางใจ สัปดาห์ที่ 5	58.1 ± 8.15	60.0 ± 8.54	56.2 ± 7.43	0.104
ความเข้มแข็งทางใจ สัปดาห์ที่ 9	58.9 ± 9.76	62.0 ± 9.51	55.8 ± 9.19	0.027

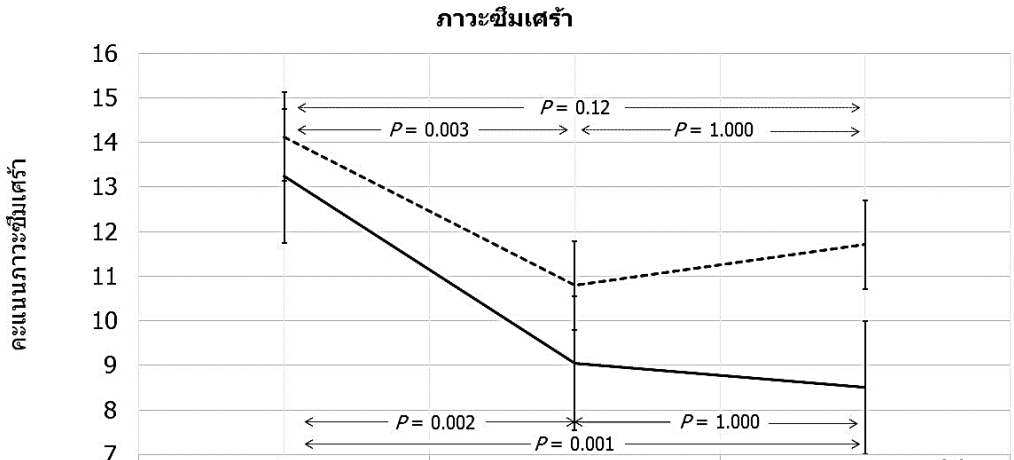
*p-value < 0.05

ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

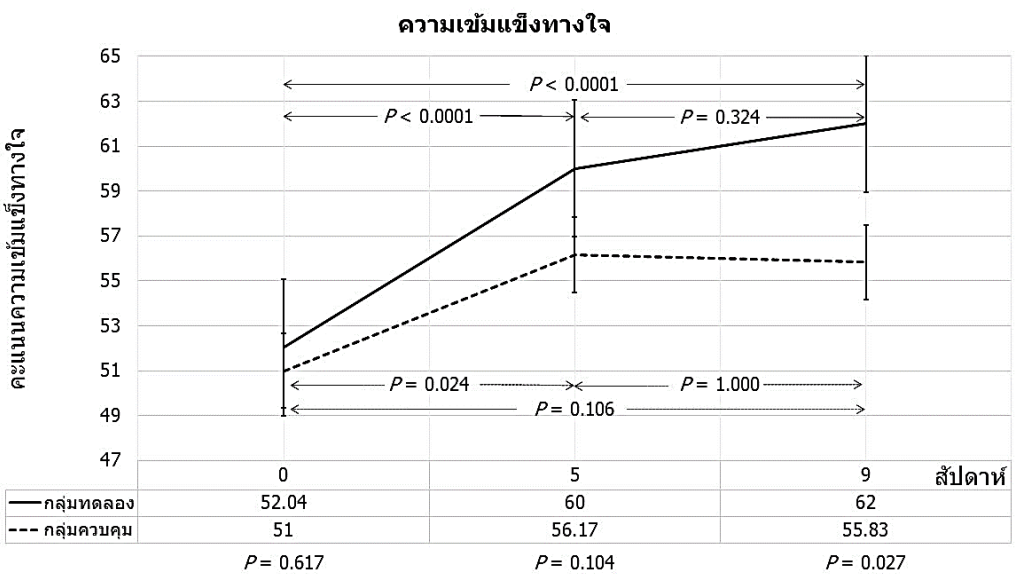
คะแนน	Mean difference [95% CI; *p*-value]	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ภาวะซึมเศร้า สัปดาห์ที่ 0 - 5	-4.21 [-6.93, -1.49; $p = 0.002$]*	-3.33 [-5.64, -1.03; $p = 0.003$]*
ภาวะซึมเศร้า สัปดาห์ที่ 5 - 9	-0.54 [-2.46, 1.38; $p = 1.000$]	0.92 [-1.66, 3.49; $p = 1.000$]
ภาวะซึมเศร้า สัปดาห์ที่ 0 - 9	-4.75 [-7.54, -1.96; $p = 0.001$]*	-2.42 [-5.23, -0.45; $p = 0.120$]
ความเข้มแข็งทางใจ สัปดาห์ที่ 0 - 5	7.96 [3.41, 12.50; $p < 0.001$]*	5.17 [0.57, 9.76; $p = 0.024$]*
ความเข้มแข็งทางใจ สัปดาห์ที่ 5 - 9	2.00 [-1.09, 5.09; $p = 0.324$]	-0.33 [-4.23, 3.56; $p = 1.000$]
ความเข้มแข็งทางใจ สัปดาห์ที่ 0 - 9	9.96 [5.16, 14.76; $p < 0.001$]*	4.83 [-0.75, 10.42; $p = 0.106$]

*p-value < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลองทันทีภาวะซึมเศร้าและความเข้มแข็งทางใจ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม หลังทดลอง 1 เดือนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง มีแนวโน้มต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (8.5 ± 5.76 vs. 11.7 ± 5.34, $p = 0.051$) ความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม (62.0 ± 9.51 vs. 55.83 ± 9.2, $p = 0.027$) อย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงภาพที่ 1 และ 2



ภาพที่ 1 การเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม



ภาพที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของความเข้มแข็งทางใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

อภิปราย

การศึกษานี้มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ อายุเฉลี่ย 35 ปี มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลาประมาณ 1 ปี มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เกินกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโสด ไม่มีบุตร อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สามารถพึ่งพาตนเองด้านการเงินได้ จากการศึกษา[19] พบว่า เพศ สถานะภาพสมรส รายได้ อาชีพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยอายุ 18 - 59 ปี เมื่อพิจารณาลักษณะทางประชากรของการวิจัยนี้ พบว่าลักษณะทางประชากร การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางร่างกาย โรคร่วม และพฤติกรรม ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เมื่อแรกเข้าสู่การศึกษา ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ดังนั้นเมื่อแรกเข้า จึงไม่พบอคติในการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรม หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน ทั้ง 2 กลุ่ม มีภาวะซึมเศร้าลดลง และความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาชนิดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิเคราะห์อภิมาณ (meta-analysis) ในการใช้สื่อสังคมดิจิทัลเป็นสื่อกลางในการให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ทั้งในบุคคลทั่วไป ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ ซึ่งให้ประสิทธิผลลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ[14,15] นอกจากนี้พบว่าภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้นนั้น ผลลัพธ์ยังอยู่ในระดับเดิมอย่างต่อเนื่องเมื่อพ้นการศึกษาไปแล้ว 1 เดือน โดยเมื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน นั้นไม่แตกต่างกัน

การศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกาเรื่อง “Resilience Training: A pilot study of a mindfulness-based program with depressed healthcare professionals”[20] ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ อายุ 18 - 65 ปี ผู้วิจัยให้โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ “mindfulness-based resilience training” นาน 8 สัปดาห์ ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD10) และ PHQ9 ก่อนและหลังการให้โปรแกรม พบว่า CESD10 และ PHQ9 ในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และผลลัพธ์ยังคงอยู่ เมื่อพ้นการศึกษา 2 เดือน โดยสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ ที่แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้านั้น ยังคงอยู่แม้ว่าจะสิ้นสุดการให้โปรแกรมไปแล้ว โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจจึงมีผลเพิ่มอัตราการหายและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค สนับสนุนแนวทางการรักษาในการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

เมื่อหลังทดลองทันที การให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์วิดีโอคอลในกลุ่มทดลอง มีผลในการลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ ไม่แตกต่างกับการดูแลรักษาตามมาตรฐานในกลุ่มควบคุม แต่ภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มการลดลง ความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงหลังทดลอง 1 เดือน การวิจัยก่อนหน้าที่มีการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง และโปรแกรมออนไลน์[17, 20-27] พบว่าผลของโปรแกรม มีผลเพิ่มความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลองมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ทั้งเมื่อเสร็จสิ้นการให้โปรแกรม และหลังการให้โปรแกรมไปแล้วในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์[21] หรือ 2 สัปดาห์[23] ไปจนถึง 3 เดือน[23] หรือ 6 เดือน[22] สำหรับการลดภาวะซึมเศร้านั้น พบทั้งรายงานการลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ได้ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม[25,27] หรือลดลงได้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม[17,20,23,26,28,29] ซึ่งการวิจัยนี้ให้ผลสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีมาก่อนหน้า ในด้านการเพิ่มระดับความเข้มแข็งทางใจ และการลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สนับสนุนทฤษฎีความเข้มแข็งทางใจที่มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ส่วนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความเข้มแข็งทางใจ และลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งการให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ อันเป็นส่วนหนึ่งของจิตบำบัด มีผลเพิ่มการตอบสนองต่อการรักษา และยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้

สรุป

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจโดยการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ วิดีโอ คอล ร่วมกับการดูแลรักษาตามมาตรฐานในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ที่มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง สามารถปฏิบัติได้จริง และให้ประสิทธิผลดีในการเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ รวมทั้งมีแนวโน้มในการลดภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลรักษาตามมาตรฐานที่ระยะเวลา 1 เดือน อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ มีข้อจำกัดของการประยุกต์ใช้ คือ (1) การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง จึงไม่สามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงได้ (2) การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีการประชาสัมพันธ์ (3) การเสริมสร้างทักษะความคิดยืดหยุ่น ผ่านสื่อสังคมดิจิทัลต้องการผู้ฝึกสอน เช่นเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง (4) การใช้โปรแกรมสื่อสังคมดิจิทัลได้อย่างดี ผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องมีทักษะ ความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และต้องสามารถเข้าถึงอุปกรณ์และบริการออนไลน์ในรูปแบบต่าง ๆ ได้ (5) การใช้สื่อสังคมดิจิทัลอย่างต่อเนื่องจนครบระยะเวลาของโปรแกรม ต้องการแรงจูงใจอย่างมาก ดังนั้นหากผู้ใช้ขาดแรงจูงใจ การต่อเนื่องของ

การทำโปรแกรมจะไม่ประสบความสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.ดร.วารีรัตน์ ถาน้อย ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นายแพทย์นรวีร์ พุ่มจันทร์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ดร.วิภาวี เผ่ากันทรากร ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา นางอุ่นจิตร คุณารักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และ รศ.นพ.ชยวี เมืองจันทร์ สาขาวิชาโรคข้อและรูมาติสซั่ม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ในการให้คำปรึกษา แนะนำ การดำเนินการวิจัยนี้ รวมถึงอาสาสมัครในโครงการวิจัยทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้การดำเนินการวิจัยอย่างสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Dudek KA, Dion-Albert L, Kaufmann FN, Tuck E, Lebel M, Menard C. Neurobiology of Resilience in depression: immune and vascular insights from human and animal studies. Eur J Neurosci 2021; 53(1): 183-221.
2. Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. The psychobiology of depression and Resilience to stress: implications for prevention and treatment. Annu Rev Clin Psychol 2005; 1 :255-91.
3. Aburn G, Gott M, Hoare K. What is Resilience? An Integrative Review of the empirical literature. J Adv Nurs 2016; 72(5): 980-1000.
4. Eli B, Zhou Y, Liang Y, Cheng J, Wang J, Huang C, et al. Depression in Children and Adolescents on the Qinghai-Tibet Plateau: Associations with Resilience and Prosocial Behavior. Int J Environ Res Public Health 2021; 18(2): 440.
5. Sharpley CF, Bitsika V, Jesulola E, Fitzpatrick K, Agnew LL. The association between aspects of psychological Resilience and subtypes of depression: implications for focused clinical treatment models. Int J Psychiatry Clin Pract 2016; 20(3): 151-6.
6. Wermelinger Ávila MP, Lucchetti AL, Lucchetti G. Association between depression and Resilience in older adults: a systematic review and meta-analysis. Int J Geriatr Psychiatry 2017; 32(3): 237-246.
7. Peters RB, Xavier J, Mondin TC, Cardoso TA, Ferreira FB, Teixeira L, et al. BDNF Val66Met polymorphism and Resilience in major depressive disorder: the impact of cognitive psychotherapy. Braz J Psychiatry 2021; 43(1): 22-28.
8. Reus GZ, de Moura AB, Silva RH, Resende WR, Quevedo J. Resilience Dysregulation in Major Depressive Disorder: Focus on Glutamatergic Imbalance and Microglial Activation. Curr Neuropharmacol 2018; 16(3): 297-307.
9. Fischer AS, Hagan KE, Gotlib IH. Functional neuroimaging biomarkers of Resilience in major depressive disorder. Curr Opin Psychiatry 2021; 34(1): 22-28.
10. De Berardis D, Fornaro M, Valchera A, Rapini G, Di Natale S, De Lauretis I, et al. Alexithymia, Resilience, somatic sensations and their relationships with suicide ideation in drug naïve patients with first-episode major depression: An exploratory study in the "real world" everyday clinical practice. Early Interv Psychiatry 2020; 14(3): 336-342.

11. Marschollek L, Bonnet U. Do patients' Resilience and subjective illness representation predict the outcome of a routine inpatient treatment program of major depressive disorder? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2021; 271(7): 1309-1317.
12. Grotberg EH. Tapping your inner strength: How to find the Resilience to deal with anything. New Harbinger; 1999.
13. Jenkins EK, McAuliffe C, Hirani S, Richardson C, Thomson KC, McGuinness L, et al. A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: Findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey. Prev Med 2021; 145: 106333.
14. Díaz-García A, Franke M, Herrero R, Ebert DD, Botella C. Theoretical adequacy, methodological quality and efficacy of online interventions targeting Resilience: a systematic review and meta-analysis. Eur J Public Health 2021; 31(31 Suppl 1): i11-i18.
15. Ang WHD, Chew HSJ, Dong J, Yi H, Mahendren R, Lau Y. Digital training for building Resilience: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Stress Health 2022; 38(5): 848-69.
16. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry 2008; 8: 46.
17. ไพจิตร พุทธรอด. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. วารสารชุมชนวิจัยและพัฒนาสังคม 2564; 15(1): 70-82.
18. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
19. Nuntatikul P, Prathurng H, Piyalamporn H. Prevalence of and factors associated with depression in Thai adult general OPD patients at Phanomphrai hospital, Roi-Et province, Thailand. Health Res 2010; 24fiuppI2): 133-6.
20. Johnson JR, Emmons HC, Rivard RL, Griffin KH, Dusek JA. Resilience Training: A Pilot Study of a Mindfulness-Based Program with Depressed Healthcare Professionals. Explore (NY) 2015; 11(6): 433-44.
21. พัชราวไล ควรเนตร, เพ็ญนภา แดงด้อยุทธ์, รัชนีกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็ง ทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561; 32(2): 39-51.
22. Joyce S, Shand F, Lal TJ, Mott B, Bryant RA, Harvey SB. Resilience@Work Mindfulness Program: Results from a Cluster Randomized Controlled Trial with First Responders. J Med Internet Res 2019; 21(2): e12894.
23. Hoorelbeke K, Koster EHW. Internet-delivered cognitive control training as a preventive intervention for remitted depressed patients: Evidence from a double-blind randomized controlled trial study. J Consult Clin Psychol 2017; 85(2): 135-146.
24. Acosta MC, Possemato K, Maisto SA, Marsch LA, Barrie K, Lantinga L, et al. Web-Delivered CBT Reduces Heavy Drinking in OEF-OIF Veterans in Primary Care with Symptomatic Substance Use and PTSD. Behav Ther 2017; 48(2): 262-276.
25. De Voogd EL, de Hullu E, Burnett Heyes S, Blackwell SE, Wiers RW, Salemink E. Imagine the bright side of life: A randomized controlled trial of two types of interpretation bias modification procedure targeting adolescent anxiety and depression. PLoS One 2017; 12(7): e0181147.
26. De Voogd EL, Wiers RW, Salemink E. Online visual search attentional bias modification for adolescents with heightened anxiety and depressive symptoms: A randomized controlled trial. Behav Res Ther 2017; 92: 57-67.
27. Brog NA, Hegy JK, Berger T, Znoj H. Effects of an internet-based self-help intervention for psychological distress due to COVID-19: Results of a randomized controlled trial. Internet Interv 2022; 27: 100492.

28. อายุพร กัยวิกัยโกศล, สุทธามาศ อนุธาตุ, พัชรินทร์ นินทจันทร์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2558; 29(1): 27-43.
29. Noh D. The Effect of a Resilience Enhancement Program for Female Runaway Youths: A Quasi-Experimental Study. Issues Ment Health Nurs 2018; 39(9): 764-772.