

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า*

The Effective of Resilience Quotient Emphasizing Mindfulness-Based Program on Depression in Older Persons with Major Depressive Disorder

กัณฑ์ฤทัย ปานทอง (Kanruethai Panthong)**

เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (Pennapa Dangdomyouth)***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบ 1) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติและ 2) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 34 คน จับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันด้วยอายุและคะแนนภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทดสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที ผลการวิจัย พบว่า (1) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทางสถิติที่ระดับ .05 (2) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสร้าง
ความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, ความเข้มแข็งทางใจ, สติ

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to compare: 1) depression in older persons with major depressive disorder before and after receiving the resilience quotient emphasizing mindfulness-based program, and 2) depression in older persons with major depressive disorder who received the resilience quotient emphasizing mindfulness-based program and those who received routine nursing care. The sample consisted of 34 older persons with major depressive disorder, who met the inclusion criteria and received services at the out-patient department. They were matched-pair by ages and depression scores. Research instruments comprised of: 1) The resilience quotient emphasizing mindfulness-based program, 2) Beck Depression Inventory scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of Beck Depression Inventory scale was reported by Cronbach's alpha as of .90. Data were analyzed using mean, standard deviation and t-test. Major findings were as follows: (1) the depression in older persons with major depressive disorder was significantly lower, at the .05 level, after receiving the resilience quotient emphasizing mindfulness-based program as compared to before receiving the program. (2) Depression in older persons with major depressive disorder who received the resilience quotient emphasizing mindfulness-based program was significantly lower than those who received routine nursing care at the .05 level.

Key words: Depression, Older persons, Resilience, Mindfulness

บทนำ

ประเทศไทยมีแนวโน้มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) (วิพรรณ ประจวบเหมาะและศิริวรรณ ศิริบุญ, 2552) ซึ่งการศึกษาของ Goud and Nikhade (2015) พบว่า การมีอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ ภาวะซึมเศร้า (Blazer, Hybels, & Pieper, 2001) การศึกษาในประเทศไทยพบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 72.30 มีอัตราการฆ่าตัวตายร้อยละ 1.17 (ศุภนิวิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า, 2560) จากสถิติผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2559 มีจำนวน 1,103 ราย 1,113 ราย 1,114 ราย และ 1,296 ราย ตามลำดับ (ฝ่ายเวชระเบียนสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2559) จะพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจำนวนมากขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่า มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ด้านชีวภาพ เช่น สารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุล ด้านจิตวิทยา เช่น ความคิดบิดเบือน ด้านจิตสังคม เช่น ภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสีย การขาดแรงสนับสนุน เป็นต้น ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ได้แก่ การเจ็บป่วยร้ายแรง ความยากลำบากในชีวิต และปัจจัยปกป้อง ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ สิ่งสนับสนุนทางสังคม

ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา (Blazer & Hybels, 2005) การมีความเข้มแข็งทางใจในระดับต่ำส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความคิดทางลบตลอดเวลา ความสามารถในการรู้คิดและการควบคุมตนเองต่อการดำรงชีวิตลดลง ไม่สามารถปรับตัวต่อการเผชิญกับปัญหาได้ (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ, 2556)

ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นความสามารถของบุคคลในการป้องกัน หรือลดความเสียหายที่เป็นผลกระทบจากความทุกข์ยาก ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งทางใจจะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ยากลำบากในชีวิตได้ ช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุได้ถึงร้อยละ 9.20 ความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุสร้างได้โดยการฝึกสติ การให้ความหมายในสิ่งที่รับรู้ใหม่ และการพัฒนาตนเอง (Grotberg, 1995) ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าใช้การทำสมาธิ การฝึกสติ การปล่อยวางกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงพอใจเป็นที่พึงและพร้อมที่จะเผชิญปัญหาต่อไป สติ (Mindfulness) เป็นการตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน ฝึกให้เห็นความจริงของความคิดและอารมณ์เปลี่ยนแปลงตามเหตุปัจจัย เป็นจุดเริ่มต้นของการปล่อยวางไม่ติดสินใจว่าถูกหรือผิด ยอมรับปัญหาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเป็นจริง (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) มีการศึกษาถึงรูปแบบการฝึกสติที่ช่วยให้ความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น คือ การเรียนรู้การทำงานของสภาวะจิต โดยการฝึกสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย และการฝึกอธิบายความคิดที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องใช้พลังในการควบคุมจิตใจ โดยไปสะท้อนกลับให้รู้เท่าทันอารมณ์และความคิดทางลบที่จะไปลดทอนการ

ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นตามความเคยชิน เพื่อให้เกิดการปรับตัวในทางบวกตามมาซึ่งการไม่ตอบโต้ อย่างทันทีทันใด การไม่ยึดติดกับอารมณ์ และความคิดทางลบเป็นการตั้งตนเองออกจากความทุกข์ช่วยให้ฟื้นกลับสู่ภาวะปกติได้โดยเร็ว (Nila, Holt, Ditzen, & Aguilar-Raab, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ สามารถช่วยได้ด้วยการจัดการกับความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ได้เหมาะสมและลดภาวะซึมเศร้าลงได้ นอกจากนี้ การศึกษาในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ พบว่า การสร้างความเข้มแข็งทางใจ ช่วยให้มีความเชื่อมั่นในการจัดการกับอารมณ์ มีทักษะในการเผชิญปัญหา มีการคิดสร้างสรรค์ให้กับตนเอง (พัชรี คำตา อัมพวรรณ ธากาศ และชนากานต์ แสงสิงห์ชัย, 2550) ซึ่งถูกนำไปใช้กับวัยเด็ก วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ที่ประสบกับความยากลำบากในชีวิต หากมีการนำ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจมาใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยของการค้นหาความหมายของชีวิต และการฝึกสติเป็นวิธีตามธรรมชาติของผู้สูงอายุจะช่วยให้ความสามารถในการฟื้นฟูด้านอารมณ์ได้ดีกว่าวัยอื่น (Geiger et al., 2016)

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติมาประยุกต์ใช้ตามบริบทของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) ที่ Maneerat, Isaramalai, and Boonyasopun (2011) ศึกษากับผู้สูงอายุไทยที่มีประสบการณ์

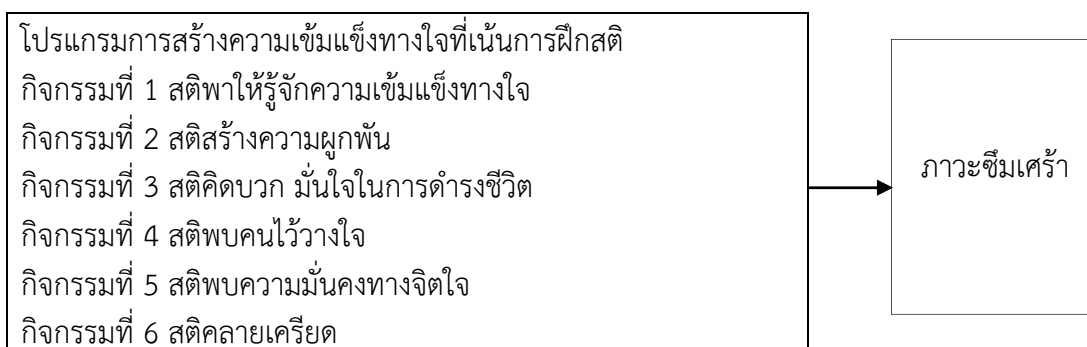
ประสบกับความยากลำบากในชีวิตมาเป็นเนื้อหา ของกิจกรรม และใช้แนวคิดการฝึกสติของ Segal, Williams, and Teasdale (2002) ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ การทำงานของจิตที่มีการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ตามความเคยชินแล้วฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบัน เพื่อมีสภาวะจิตที่ปราศจากอคติ พร้อมเปิดรับการ เรียนรู้ในสิ่งใหม่ โดยนำรูปแบบการฝึกสังเกต ความรู้สึกทั่วร่างกาย และการฝึกอธิบายความคิด ของยงยุทธ์ วงศ์ภิรมย์ศานต์ (2559) ซึ่งเป็น รูปแบบการฝึกสติที่ทำให้ความเข้มแข็งทางใจ เพิ่มขึ้น มาเป็นกระบวนการในการดำเนินกิจกรรม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานงานวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติมีภาวะซึมเศร่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติมีภาวะซึมเศร่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองศึกษาแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest Quasi-Experimental Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยเป็นผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) โดยกลุ่มรหัสโรคคือ F32- F33

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์และได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) มีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เพศชาย และเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป (ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) 3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (จุดตัดที่ 17 คะแนน) 4) สามารถพูด ฟัง อ่าน

และเขียนภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทั้ง 6 กิจกรรม มีอาการทางจิตและอาการทางกายที่รุนแรง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ระดับ 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 หรือระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ค่าขนาดอิทธิพลกลุ่ม (effect size) ที่ระดับ 0.97 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 14 คน จากงานวิจัยของพรเพ็ญ อารีกิจ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้ในส่วนของโปรแกรมและตัวแปรตาม นอกจากนี้ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลอง และกึ่งทดลอง คืออย่างน้อยที่สุดกลุ่มละไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการ

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ควรจะมีมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเข้าสู่โค้งปกติ มีผลให้อำนาจทดสอบเพิ่มมากขึ้น และค่าความแปรปรวนลดลง ซึ่งมีผลให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างมีค่าใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ของประชากร นั่นคือสามารถอ้างอิงไปสู่กลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Polit & Beck, 2004) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 1 กลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจเข้าร่วมการทำกิจกรรมจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Grotberg (1995) และ Segal, William, and Teasdale. (2002) และยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2559) โปรแกรมนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ปรับตามคำชี้แนะและนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ป่วยยังไม่เข้าใจความหมายของความเข้มแข็งทางใจอย่างครอบคลุม จึงเพิ่มสื่อความรู้ด้วยการใช้รูปภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจความหมายของความเข้มแข็งทางใจมากขึ้น ทั้งนี้ เพื่อดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น นำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ปรับปรุงโดย วัชรวิทย์ แสงสาย (2557) เป็นแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าได้ด้วยตนเอง ใช้ได้กับบุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 13 – 80 ปี มีจำนวน 21 ข้อ คะแนนภาวะซึมเศร้า มีคะแนนรวม เท่ากับ 0 – 63 คะแนน นำไปทดลองกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับที่จะทำวิจัย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Cronbach'Alpha Coefficient เท่ากับ .90

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยของ Maneerat, Isaramalai, and Boonyasopun (2011) ตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) ที่เป็นพื้นฐานในการศึกษาแบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการลดความเครียดและการจัดการกับปัญหา ซึ่งผ่านการพัฒนาแนวคิดให้มีความสอดคล้องกับผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ เป็นแบบวัดแบบ Likert's scale มีคะแนนรวมเท่ากับ 0-96 คะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .96 และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Cronbach'Alpha Coefficient เท่ากับ .95 ใช้แบบประเมินนี้หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ทันที โดยผู้สูงอายุโรคซึม

เศร้้าหลังได้รับโปรแกรมต้องมีระดับพลังสุขภาพจิตระดับสูง (ตั้งแต่ 73 คะแนนขึ้นไป) (Min, Lee, & Chae., 2015)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์จากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ในการทำวิจัยเมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2560 เลขที่ 05-2560 กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้อ่านเอกสารเข้าร่วมวิจัยและได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยและขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลรวมทั้งหากมีคำถามในระหว่างการทำวิจัย สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง เน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ ผลของการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น และมีการลงลายมือไว้ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ขั้นเตรียมการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจและสติ โดยเข้ารับการอบรมโปรแกรมสติบำบัดจากนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ และได้รับการรับรองเป็นผู้บำบัดเบื้องต้น เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เตรียมสถานที่โดยใช้ห้องกิจกรรมของคลินิกผู้สูงอายุที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งมีความสงบเป็นส่วนตัว เตรียมกลุ่มตัวอย่าง

โดยนัดวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินกิจกรรม และเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยให้ทำหน้าที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมสังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่มขึ้นดำเนินการวิจัย

ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ครั้งละ 60-90 นาที รวม 6 กิจกรรมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้ง โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม ละคร 8-9 คน กลุ่มทดลอง สรุปลงขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

ครั้งที่ 1 **กิจกรรมที่ 1** สติพาให้รู้จักความเข้มแข็งทางใจ การสร้างสัมพันธภาพให้มีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งทางใจ และสติ ค้นหาความเข้มแข็งทางใจของตนเอง มีการปฏิบัติฝึกสติในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นพื้นฐานในการฝึกกิจกรรมในครั้งต่อไป มอบหมายการบ้านให้ฝึกสติต่อเนื่อง

ครั้งที่ 2 **กิจกรรมที่ 2** สติสร้างความผูกพัน ให้สมาชิกทบทวนปัญหาสัมพันธภาพในอดีต ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย เพื่อให้มีการเผชิญกับอารมณ์ทางลบที่ส่งผลต่อการมีปัญหาในการมีสัมพันธภาพต่อผู้อื่นได้ จากนั้นให้ความรู้ปรับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพด้วยการใช้ภาษาฉัน มีการจำลองสถานการณ์และแสดงบทบาทสมมติ มอบหมายการบ้านให้ฝึกสติต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 2

ครั้งที่ 1 **กิจกรรมที่ 3** สติคิดบวก มั่นใจในการดำรงชีวิต ให้สมาชิกสำรวจความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง ให้ความรู้และ

ฝึกปฏิบัติการอธิบายความคิดที่เกิดขึ้นด้วยการตีความความคิด เมื่อรู้เท่าทันความคิดที่เกิดขึ้นไม่คิดตาม ดึงตัวเองกลับมาอยู่กับปัจจุบัน ช่วยให้สมาชิกได้แยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบออกจากความจริง ให้ความรู้การคิดบวกอย่างสร้างสรรค์และการคิดแบบใจเขาใจเรา มีการให้ความหมายในสิ่งที่รับรู้ใหม่ ช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญปัญหาได้มากขึ้น มอบหมายการบ้านให้ฝึกสติต่อเนื่อง

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 4 สติพบคนที่ไว้วางใจ ให้สมาชิกทบทวนนึกถึงแหล่งที่เคยให้ความช่วยเหลือในอดีตที่ผ่านมา จากนั้นฝึกสติสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกายและฝึกสติอธิบายความคิดที่เกิดขึ้น เพื่อให้มีสภาวะจิตที่เป็นกลาง ปราศจากอคติ ทำให้มองเห็นบุคคลที่สามารถไว้วางใจ ให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ มอบหมายการบ้านให้ฝึกสติต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 3

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 5 สติพบความมั่นคงทางจิตใจ ให้สมาชิกทบทวนการดูแลใส่ใจสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาที่ผ่านมา จากนั้นฝึกสติสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกายและฝึกสติอธิบายความคิดที่เกิดขึ้น เพื่อให้มีสภาวะจิตที่เป็นกลาง ปราศจากอคติ นำเข้าสู่การแผ่เมตตาให้อภัยแก่ตนเอง และผู้อื่น ให้โอบกอดตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกดีต่อตนเอง มองชีวิตยังมีคุณค่า มีที่พึ่งทางจิตใจ ส่งเสริมให้ได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา มอบหมายการบ้านให้ฝึกสติต่อเนื่อง

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 6 สติคลายเครียด ให้สมาชิกทบทวนการจัดการความเครียดในอดีต จากนั้นฝึกสติสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกายและฝึกสติอธิบายความคิดที่เกิดขึ้น ให้ความรู้การจัดการความเครียดที่เหมาะสม และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การชกประวัติ การประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การรับประทานยาต่อเนื่อง การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การออกกำลังกายและการมาพบแพทย์ตามนัด

ขั้นประเมินผล

เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 กลุ่มทดลองได้รับการกำกับทดลองด้วยแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจทันที หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยติดตามการประเมินภาวะซึมเศร้าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Post-test) และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยมอบคู่มือโปรแกรมและของที่ระลึก เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่ผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่แบบ Paired t-test และ เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการทดลองกับกลุ่มที่ได้รับการ

พยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่แบบ Independent t-test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.60 มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.10 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 47.10 สัมพันธภาพใน

ครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 76.50 มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 70.60 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.20

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ที่เน้นการฝึกสติ ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ย ก่อนทดลองเท่ากับ 24.6 และหลังทดลองเท่ากับ 7.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็ง ที่ใจที่เน้นการฝึกสติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Paired t test)

ภาวะซึมเศร้า	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Df	t	p-value	
	Mean	SD	Mean	SD				
กลุ่มทดลอง	24.6	4.69	7.5	2.32	17.1	16	20.0	.00*
กลุ่มควบคุม	24.5	5.48	18.4	6.06	6.1	16	4.5	.00*

*P < .01

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ที่เน้นการฝึกสติ ต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.5 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 18.4 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการให้โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งที่ใจที่เน้นการฝึกสติ (Independent t-test)

ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Df	t	p-value	
	\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D				
ก่อนทดลอง	24.6	4.69	24.5	5.48	0.1	32	-3.7	.71
หลังทดลอง	7.5	2.32	18.4	6.06	10.9	20.5	6.9	.00*

*p < .01

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ สามารถลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ จากกิจกรรมของโปรแกรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สติพาให้รู้จักความเข้มแข็งทางใจ ผู้วิจัยอธิบายให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งทางใจและสติ สมาชิกได้เข้าใจว่าคุณลักษณะความเข้มแข็งทางใจล้วนมีอยู่ในตัวทุกคน และสามารถสร้างขึ้นได้ด้วยตัวเองจากการฝึกสติ สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ ผ่องโต (2557) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเข้าใจถึงความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาให้ฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้

กิจกรรมที่ 2 สติสร้างความผูกพัน พบว่าปัญหาสัมพันธ์ภาพเกิดจากการไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธ โมโห เกิดการตอบโต้แบบทันทีโดยไม่มีมึนการยั้งคิด หลังจากฝึกปฏิบัติการใช้สติการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย สมาชิกสามารถรับรู้ต่อความรู้สึกเจ็บปวดจากร่างกายขณะฝึกและมีอดทนที่จะผ่านความรู้สึกที่รุนแรงนั้นไปให้ได้ การมีสติจะช่วยให้ยับยั้งการโต้ตอบกลับตามความเคยชิน ให้ควบคุมอารมณ์และไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกไป (Nila, Holt, Ditzen, & Raab, 2016) จากการให้ความรู้การสื่อสารอย่างมีสติ สมาชิกมีการปรึกษาหารือกัน ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ซึ่งเป็นทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Heather, Besangie, & Toni (2008) พบว่า การมีสัมพันธ์ภาพทางสังคมที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเพิ่มความเข้มแข็งทางใจได้

กิจกรรมที่ 3 สติคิดบวก มั่นใจในการดำเนินชีวิต การรู้จักกับความคิดทางลบ ทำให้

สมาชิกรับรู้ว่ามันเป็นประเภทของความคิดที่ทำให้เป็นทุกข์ ครุ่นคิดหมกมุ่นอยู่กับความคิดนั้น ดังนั้น การจะเอาชนะความทุกข์ได้ต้องมีสติเข้าไปรู้เท่าทันความคิด ไม่ตัดสินไม่คิดตาม ช่วยลดความคิดที่หมกมุ่น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Davis & Hayes, 2011) จากให้ความรู้การจัดการปัญหาด้วยการคิดบวกด้วยวิธีการคิดแบบสร้างสรรค์และการคิดแบบใจเขาใจเรา จะช่วยให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิตได้และการเพิ่มความมั่นใจในการเผชิญปัญหาช่วยทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้

กิจกรรมที่ 4 สติพบคนไว้วางใจ การให้สมาชิกสำรวจแหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุนตามการรับรู้ของตนเองก่อนการฝึกสติ พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่คิดว่าตนเองไม่มีใครให้ความช่วยเหลือ เพราะตนเองต้องช่วยเหลือพึ่งพาตนเองมาตลอด หลังจากปฏิบัติการใช้สติปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบ มีสภาวะจิตที่ปราศจากอคติ สมาชิกสามารถระบุบุคคล รวมถึงสถานที่ได้ชัดเจนมากขึ้น ทำให้สมาชิกรับรู้ว่าตนเองไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ยังมีคนที่เป็นห่วง ให้ความเอาใจใส่ดูแลตน และแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือแก่ตนได้ สมาชิกบอกได้ว่าเห็นความสำคัญของบุคคลในครอบครัว และรู้สึกขอบคุณเพื่อนบ้าน ที่คอยเป็นห่วงเป็นใยใส่ใจดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Heather, Besangie, & Toni (2008) พบว่า การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม อยู่ในชุมชนที่ปลอดภัย มั่นคง มีความสัมพันธ์กับการมีความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 5 สติพบความมั่นคงทางจิตใจ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มี

พระพุทธเจ้าเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ แต่ไม่ค่อยมีโอกาสให้ตนเองได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา รวมไปถึงการใส่ใจดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของตนเอง เมื่อได้แผ่เมตตาให้ตนเองและผู้อื่นในสภาวะจิตที่สงบ เป็นกลาง สมาชิกบอกว่ารู้สึกรักตนเองมากขึ้น ชอบคุณร่างกายของตนเอง นอกจากนั้นรู้สึกว่าคุณสามารถให้อภัยกับบุคคลที่ตนเองรู้สึกไม่ดีกับเขามาตลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Kemper et al. (2015) พบว่าการมีสติ การมีความเมตตา กรุณา รวมถึงการมีสุขภาพที่ดี มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการมีความเข้มแข็งทางใจ ส่งผลให้มีพฤติกรรมทางบวกตามมา

กิจกรรมที่ 6 สติคลายเครียด จากการใช้สติปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบ ฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การมีสติรับรู้ความรู้สึกของร่างกายจะทำให้มีความไวต่อการรับรู้ความเครียดที่เกิดกับร่างกาย สมาชิกสามารถใช้การผ่อนคลาย ลดการสะสมความตึงเครียดของกล้ามเนื้อที่ทำให้เกิดความปวด เมื่อยล้าไม่สุขสบายทางกาย ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี และมีพฤติกรรมทางบวกตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ Southwick & Charney (2012) พบว่าความสามารถในการผ่อนคลาย เป็นสิ่งสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีที่นำมาซึ่งการลดลงของภาวะซึมเศร้า

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เนื่องจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ตนเองประสบมากขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการมีความเข้มแข็งทางใจที่ต่ำ เมื่อใช้สติปล่อยวางอารมณ์ ความคิดทางลบและการเพิ่มทักษะของการสร้างความเข้มแข็งทางใจทั้ง 5 ด้าน ส่งผลให้คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงจากระดับมาก มาเป็นระดับปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงเช่นกันแต่น้อยกว่ากลุ่มทดลอง กล่าวคือมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก มาเป็นระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติส่งผลให้กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำรูปแบบของกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หรือในชุมชนได้
2. ด้านการวิจัย การฝึกสติในโปรแกรมนี้ไม่อ้างอิงกับศาสนาใด ๆ จึงสามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาต่างๆ ที่มีปัญหาด้านอารมณ์ และควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้่าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้่า โดยมีระยะเวลาติดตามในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำรงชีวิตอย่างมีสติ มีความเข้มแข็งทางใจที่จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ ผ่องโต.(2557). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฝ่ายเวชระเบียน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2559). การสำรวจสถิติจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรค ระหว่าง พ.ศ. 2555 - 2559. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.
- พรเพ็ญ อารีกิจ, และอรพรรณ ลีอนุธวัชชัย. (2555). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้่า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3) : 71-81.
- พัชรี คำตา, อัมพวรรณ ธาภาศ, และชนากานต์ แสงสิงห์ชัย. (2550). รูปแบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำโดยกระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจ. *การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 เรื่อง สุขภาพจิต: ชีวิตชาวเมือง วันที่ 1-3 สิงหาคม 2550.* โรงแรมปรี้นซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร.

- ยงยุทธ์ วงศ์ภิรมย์ศานต์. (2559). *คู่มือสติบำบัด Mindfulness-based therapy & counseling (MBTC) Manual*. กรุงเทพฯ. อินทิตรา ปัทมินทร.
- วัชรี้ แสงสาย. (2556). *ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ, และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2552). *ประชากรสูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.m-society.go.th/article_attach/9608/13527.pdf [5 สิงหาคม 2558].
- ศุนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2560). *เอกสาร “วันอนามัยโรค 2560 : ซึมเศร้า...เรากุ้ยกันได้”*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.thaidepression.com/www/who_depress/km_depress.pdf [19 เมษายน 2560].
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ. (2557). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological medicine*, 35(09): 1241-1252.
- Blazer, D.G., Hybels, C.F., & Pieper, C.F. (2001). The association of depression & mortality in elderly persons: A case for multiple, independent pathways. *Journals of Gerontology: Series A*, 56: M505-M509.
- Davis, D.M., & Hayes, J.A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2): 198-208.
- Goud, A. A., & Nikhade, N. S. (2015). Prevalence of depression in older adults living in old age home. *International Archives of Integrated Medicine*, 2(11), 1-5.
- Grotberg, E. H. (1995). *A Guide to promoting resilience in children: Strengthening the Human spirit*. Available from: <http://resilnet.uiuc.ed/libery/grotb95b.html>. [2015, August 1]
- Heather, F., Besangie, S., & Toni, C.A. (2008). *Resilience in Old Age: Social Relations as a Protective Factor*. Available from: <http://www.t&fonline.com> [2016, May 2]

- Kemper, K. J., et al. (2015). Are mindfulness & self-compassion associated with sleep & resilience in health professionals? *The Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 21(8): 496-503.
- Maneerat, S., Isaramalai, S., & Boonyasopun, U. (2011). A Conceptual Structure of Resilience among Thai Elderly. *International Journal of Behavioral Science*, 6(1): 25-40.
- Min, J.-A., et al. (2015). Resilience moderates the risk of depression & anxiety symptoms on suicidal ideation in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive psychiatry*, 56: 103 - 111.
- Nila, K., Holt, D.V., Ditzen, B., & Raab, C.A. (2016). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) enhances distress tolerance & resilience through changes in mindfulness. *Mental Health & Prevention*, 4: 36-41.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). Nursing research principles and methods (7th Ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science*, 338(6103): 79-82.
- World Health Organization. (2004).[online].*Schedule for clinical assessment in neuropsychiatry and Disability adjusted Life years*. Available from :<http://www.who.int>. [2015, August 1]