

## ผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติ ในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์\*

ณิชาภัทร มณีพันธ์ ปร.ด.\*\* ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ ปร.ด.\*\*\*

### บทคัดย่อ

ปัจจุบันผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชน มีแนวโน้มประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตประจำวัน การส่งเสริมทักษะทางจิตใจ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับปัญหาทางอารมณ์และจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based counseling program) ต่อระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมทั่วไป เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินระดับสติ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .86, .84 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และมีค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับสติสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังนั้นควรสนับสนุนให้ทีมสุขภาพนำโปรแกรมนี้ ไปประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเครียดและอารมณ์ ลดความทุกข์ทรมาน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

**คำสำคัญ:** การบำบัดและให้คำปรึกษา การใช้สติเป็นฐาน ความเครียด ชุมชน ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ภาวะซึมเศร้า

เลขที่จริยธรรมการวิจัย 10/2567 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 30 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 12 มิถุนายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 18 กรกฎาคม 2568

\*งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund) ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประสานงานบรรณกิจ อีเมล sariju@kku.ac.th

**Effects of mindfulness-based therapy and counseling program on stress, depression,  
and mindfulness level in elderly people living alone in the community  
of Chum Het Municipality, Buriram Province\***

Nichapat Maneephun Ph.D.\*\* Sarinrut Juntapim Ph.D.\*\*\*

**Abstract**

Currently, elderly people living alone in the community tend to experience more mental health problems, especially stress and depression, which affect their quality of life and daily life. Therefore, promoting mental skills to help the elderly cope with emotional and mental problems effectively is essential. This quasi-experimental research aimed to study the effects of a mindfulness-based therapy and counseling program on the levels of stress, depression, and mindfulness levels in elderly people living alone in the community.

The sample consisted of 60 elderly people living alone in the community, divided into an experimental group and a control group, 30 people in each group. The experimental group received a mindfulness-based therapy and counseling program, while the control group received general psychosocial counseling. Data were collected using a stress assessment, a depression assessment, and a mindfulness assessment, which had Cronbach's alpha coefficient reliability values of .86, .84, and .87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency percentages, means, standard deviations; and an independent t-test.

The results of the research found that after receiving the mindfulness-based therapy and counseling program, the experimental group had significantly lower mean stress scores and depression scores than the control group ( $p < .05$ ) and significantly higher mean mindfulness scores than the control group ( $p < .05$ ). Therefore, the health team should be encouraged to apply this program to promote and prevent mental health problems in the elderly to enhance their ability to manage thoughts and emotions, reduce suffering, and improve the quality of life of the elderly in the long term.

**keywords:** mindfulness-based; therapy and counseling; stress; community; elderly people living alone; depression

Ethical approval: HE 10/2567, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 30 March 2025, Revised 12 June 2025, Accepted 18 July 2025

\*This research was supported funding by the Fundamental Fund of the Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

\*\*Assistant professor, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

\*\*\*Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author,

E-mail: sariju@kku.ac.th

## บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง ร้อยละ 20.8 ของประชากรทั้งหมด สถานการณ์นี้จำเป็นต้องเป็นห่วงยิ่งขึ้น เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่เพียงลำพังหรือกับคู่สมรสสูงวัยด้วยกัน มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 10.8 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2564 สำหรับผู้ที่อยู่ลำพังคนเดียว และร้อยละ 21.1 ที่อยู่กับคู่สมรส<sup>1</sup> การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายสู่ครอบครัวเดี่ยว และการย้ายถิ่นของวัยทำงานเพื่อประกอบอาชีพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมาก โดยเฉพาะในชุมชนขาดผู้ดูแลและต้องเผชิญชีวิตตามลำพัง สภาวะเช่นนี้ทำให้พวกเขากลายเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเครียดและความรู้สึกท้อแท้ ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นได้ ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังจึงต้องการการดูแลด้านจิตใจมากเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันการถลำลึกลงสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น<sup>2</sup>

ผลกระทบของภาวะเครียดเรื้อรังและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่อย่างลำพัง ไม่เพียงแต่ทำให้ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุลดลงเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อบุคลิกภาพและพฤติกรรมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางลบอย่างชัดเจน และส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง<sup>3</sup> นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่ายังจัดเป็นสาเหตุสำคัญลำดับที่สองของการเสียชีวิตและการสูญเสียทั่วโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีรายงานว่าผู้สูงอายุที่มีอัตราภาวะซึมเศร้าสูงถึง ร้อยละ 77 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่มีความชุกสูงที่สุด อีกทั้ง ยังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึง ร้อยละ 8.7

สาเหตุหลักของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมักเกี่ยวเนื่องกับปัจจัยทางจิตสังคมหลายประการ ได้แก่ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว การขาดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคมที่เพียงพอ ความรู้สึกหมดหวังในชีวิต และความเชื่อมั่นในตนเองที่ลดลง<sup>4</sup> นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ภาวะสุขภาพร่างกายที่เสื่อมถอย รายได้ที่ไม่เพียงพอ และการขาดทักษะในการจัดการปัญหา ก็เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้สถานการณ์เลวร้ายลง ปัญหาเหล่านี้ ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นเมื่อผู้สูงอายุขาดการเข้าถึงหรือขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตใจ การให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ หรือการฝึกฝนทักษะทางใจ<sup>5</sup>

แนวทางการดูแลช่วยเหลือและการรักษาผู้สูงอายุที่มีความเครียด และภาวะซึมเศร้ามีหลายวิธีขึ้นกับระดับความรุนแรง สาเหตุและบริบทของแต่ละคน ได้แก่ การรักษาด้วยยา จิตบำบัด ที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด การค้นหาความขัดแย้งภายในจิตใจ ที่มุ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในระดับจิตใจและความสัมพันธ์กับผู้อื่น การให้การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง การบำบัดตามแนวพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมและการฝึกสติหรือสติบำบัด<sup>6</sup> ทางออกหนึ่งที่มีศักยภาพสูงในการแก้ไขปัญหาภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง คือ โปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based therapy and counseling: MBTC)" ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต โดยผสมผสานแนวคิดจากหลักสูตร mindfulness-based stress reduction (MBSR) ของ Kabat-Zinn และการพัฒนาความสุขในองค์กร<sup>7</sup> โดยสติบำบัด (mindfulness therapy) มีแกนหลัก คือ การฝึกให้บุคคลรับรู้และตระหนักถึงอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยไม่ตัดสินคุณค่าไม่ว่าจะเป็นบวกหรือลบ กลไกสำคัญ คือ การช่วยให้ผู้ฝึก (1) ตระหนักรู้ (awareness) ในสภาวะภายในตนเอง (ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกทางกาย) (2) ไม่ตัดสิน (non-judgment) ทำให้สามารถเห็นสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง (3) ยอมรับ (acceptance) สิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยลดการทำงานของความคิด

เชิงลบอัตโนมัติ ลดการครุ่นคิด (rumination) ส่งเสริมการพัฒนาความคิดใหม่ที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมมากขึ้น<sup>8</sup>

โดยบูรณาการโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐานร่วมกับการให้คำปรึกษาแนวพุทธ ซึ่งเน้นการเข้าใจตนเองเพื่อช่วยลดความทุกข์ทางจิตใจ ลดการหมกมุ่นกับอดีตหรือกังวลอนาคต การสะท้อนความคิดและอารมณ์ เห็นความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ตามหลักอนิจจัง การให้คำปรึกษาแนวพุทธ มองความทุกข์ในแง่ของการเรียนรู้ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุพัฒนาปัญญาในการยอมรับตนเองและสถานการณ์ชีวิต โดยการให้คำปรึกษาช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้ข้อมูล สร้างแรงจูงใจ และสนับสนุนผู้สูงอายุในการเผชิญปัญหาเบื้องต้น ส่วนองค์ประกอบของการบำบัดด้วยสติจะช่วยให้ผู้สูงอายุพัฒนาทักษะทางใจในการจัดการกับความเครียดและอารมณ์เชิงลบในระยะยาว การผสมผสานนี้ จึงเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ต้องการทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ในการจัดการกับความเครียดและการพัฒนาเครื่องมือภายใน เพื่อรับมือกับความท้าทายลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยงานวิจัยจำนวนมากสนับสนุนว่า โปรแกรมสติบำบัด เช่น mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) ซึ่งเป็นรากฐานหนึ่งของ MBTC มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า และลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำได้เทียบเท่ากับการใช้ยาต้านซึมเศร้าแบบต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ที่มีประวัติซึมเศร้าซ้ำหลายครั้ง<sup>9</sup> ผลลัพธ์สามารถคงอยู่ได้นานถึง 26 เดือน สติเพิ่มการตระหนักรู้ ลดการครุ่นคิด และเพิ่มความเมตตาต่อตนเอง

งานวิจัยส่วนใหญ่ในปัจจุบัน มุ่งเน้นผู้สูงอายุทั่วไปหรือผู้ป่วยซึมเศร้าโดยรวม แต่ยังคงขาดการศึกษาที่เจาะจงถึงประสิทธิผลและกลไกการทำงานของ MBTC ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ซึ่งมีลักษณะทางจิตสังคมที่แตกต่าง เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยวที่รุนแรงกว่าและการขาดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่ชัดเจน โปรแกรมสติบำบัดที่ใช้ในงานวิจัยส่วนใหญ่มักเป็นโปรแกรมมาตรฐานสากล ซึ่งอาจยังไม่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในสังคมไทย ที่มีปัจจัยทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อเรื่องครอบครัว การพึ่งพิงทางศาสนา และความสัมพันธ์ในชุมชน ซึ่งอาจส่งผลต่อการยอมรับและประสิทธิภาพของโปรแกรม<sup>10-12</sup>

จังหวัดบุรีรัมย์มีประชากรทั้งหมด จำนวน 1,017,574 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 214,032 คน คิดเป็นร้อยละ 21.03 โดยพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเพียงคนเดียวหรืออยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน มีแนวโน้มสูงขึ้น จากโครงสร้างของสังคมและขนาดของครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้สัมพันธภาพของคนในครอบครัวห่างเหินเพราะการออกไปประกอบอาชีพของวัยทำงาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล ทั้งให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง<sup>13</sup> ทำให้เกิดความรู้สึกลัวว่าเหว่ หมดหวังในชีวิต ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ความรู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด ซึ่งพบว่า ยังขาดแคลนโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานที่ออกแบบมาเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง และรูปแบบที่มีอยู่อาจไม่ตอบโจทย์ความต้องการของคนในพื้นที่

การศึกษานี้ จึงมุ่งเน้นศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐาน (MBTC) ที่อาจมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบท ต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยคาดหวังว่าผลการศึกษานี้จะช่วยยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรม MBTC ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะนี้ และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เหมาะสมสอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในประเทศไทย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ลดความทุกข์ทรมานจากภาวะเครียดและซึมเศร้า และป้องกันผลกระทบร้ายแรงที่อาจตามมาในที่สุด

## วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังก่อนและหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐาน
- 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในระยะหลังทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐานกับกลุ่มควบคุม

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐานที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต<sup>14</sup> ที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดของ Kabat-Zinn<sup>15</sup> เพื่อฝึกสติ (การรับรู้ปัจจุบันขณะ) และปัญญา (ความเข้าใจชีวิต) ผสมผสานกับการให้คำปรึกษาแนวพุทธ<sup>16</sup> ที่ช่วยเสริมความเข้าใจและการยอมรับ โดยตัวแปรอิสระ คือโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับความเครียด ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับสติ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน จะมีค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับสติหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน จะมีค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับสติสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐานต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้า และระดับสติในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนเขตเมืองจังหวัดบุรีรัมย์

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ตามเกณฑ์การคัดเลือก 1) ผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยอาศัยอยู่เพียงลำพังคนเดียว 2) เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4) มีระยะเวลาอาศัยอยู่เพียงลำพังต่อเนื่อง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 5) มีระดับคะแนนความเครียด ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย

เกณฑ์การคัดออก 1) โรคประจำตัวทางกายที่รุนแรงและยังควบคุมอาการไม่ได้ เช่น โรคหัวใจล้มเหลวรุนแรง โรคไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกไตเป็นประจำ หรือมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรง ที่เป็นอุปสรรคต่อการเดินทางหรือการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ 2) เป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่า เป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือมีอาการทางจิต หรือมีภาวะการรับรู้ที่บกพร่อง (cognitive impairment)

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G\*Power วิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่า ที่ .80 ระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size)=0.5 ซึ่งคำนวณได้จากงานวิจัยของบุษบา ทองโพธิ์ศรี<sup>17</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 50 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20<sup>18</sup> เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัย ช่วงดำเนินการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนครบกำหนด ไม่พบการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยจับสลากจากรายชื่อผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เพื่อให้การเปรียบเทียบผลการทดลองมีความน่าเชื่อถือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงมาจากชุมชนลักษณะเดียวกัน ใช้เกณฑ์คัดเลือกเดียวกัน และผ่านการสุ่มอย่างเป็นระบบ ซึ่งช่วยลดความลำเอียงจากตัวแปรแทรกซ้อน เช่น ระดับรายได้ การศึกษา หรือสถานะสุขภาพเบื้องต้น

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยได้มาจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การฝึกสมาธิ ระยะเวลาในการฝึก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด (SPST-20) ของกรมสุขภาพจิต<sup>19</sup> เป็นแบบประเมินตนเอง จำนวน 20 ข้อ ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการเครียดที่บุคคลรับรู้และประสบ ในช่วงระยะเวลาประมาณ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยครอบคลุมอาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากความเครียด ประกอบด้วย คำถาม 20 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จาก (1) ไม่รู้สึกเครียด ถึง (5) มีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง คะแนนรวมความเครียด มีค่าระหว่าง 0-100 โดยการแปลผล คือ ระดับคะแนน 0-23 หมายถึง มีความเครียดอยู่ใน ระดับน้อย คะแนน 24-41 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ใน ระดับปานกลาง คะแนน 42-61 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ใน ระดับสูง คะแนน 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดอยู่ใน ระดับรุนแรง การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยการนำแบบประเมิน ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ .86

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ (9Q) ของกรมสุขภาพจิต<sup>20</sup> ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) คะแนน 0-27 คะแนน การแปลผล คือ 0-6 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ  $\geq 19$  คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยแบบประเมินภาวะ

ซีเมตรา 9 ข้อ คำถามนี้ มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 86.2 และมีค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 83.1<sup>21</sup> การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยการนำแบบประเมิน ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ .84

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสติ (philadelphia mindfulness scale: PHLMS-awareness scale) ฉบับภาษาไทย โดยชัชวาลย์ ศิลปกิจ และคณะ<sup>22</sup> โดยแบบวัดนี้วัดการตระหนักรู้ (awareness) และการยอมรับ (acceptance) ประกอบด้วย ข้อคำถามการตระหนักรู้ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงการมีสติรับรู้ตนเองมาก โดยการนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .87

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต<sup>14</sup> โดยมีหลักคิดคือการฝึกให้บุคคล รับรู้และตระหนักถึงอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะ โดยไม่ตัดสินคุณค่า ไม่ว่าจะ เป็นบวกหรือลบ ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก 8 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 20 นาที ถึง 2 ชั่วโมง กิจกรรมแต่ละสัปดาห์ มีดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 การจัดการกับความว้าวุ่น สัปดาห์ที่ 2 การดำเนินชีวิตด้วยความสงบ สัปดาห์ที่ 3 การรู้จักปล่อยวางอารมณ์ สัปดาห์ที่ 4 การมีสติกับความคิดและปล่อยวาง สัปดาห์ที่ 5 การทบทวนสัมพันธ์ภาพใหม่ สัปดาห์ที่ 6 การปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น สัปดาห์ที่ 7 การเมตตาและให้อภัย และสัปดาห์ที่ 8 ชีวิตต้องเดินหน้า

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คือ 1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบำบัดด้วยสติ 2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา 3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านพุทธจิตวิทยาและการเจริญสติ เพื่อดูความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษา พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยหาดัชนีความเหมาะสมระหว่างข้อคำถามและลักษณะของเนื้อหาได้ เท่ากับ 0.92 จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 3 คน ก่อนนำไปใช้ทดลองจริง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ภาวะซีเมตราและระดับสติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t- test ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test เนื่องจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เลขที่ 10/2567 ณ วันที่ 31 มีนาคม 2567 โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่วันที่ 31 มีนาคม 2567 - 1 สิงหาคม 2567 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนระยะเวลาดำเนินการวิจัย ประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัย สิทธิในการถอนตัว การรักษาความลับ และความเสี่ยงที่เกิดจากการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้เข้าร่วมการวิจัย

สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลที่รวบรวมไว้เป็นความลับ การบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และขอความร่วมมือจากนายกเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ ให้ขออนุญาตผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบ หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเองชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการ และระยะเวลาของการวิจัยอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับของข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ทางด้านวิชาการ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว และดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. ก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรมฯ 1 วัน ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม (pre-test) จำนวน 4 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด แบบประเมินอาการซึมเศร้า และแบบประเมินสติ โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ทีละข้อแบบตัวต่อตัว เป็นคะแนนก่อนการทดลอง

2. กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1.20 ถึง 2 ชั่วโมง ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมที่ห้องประชุมศูนย์สุขภาพชุมชน และมีการบ้านให้ไปฝึกปฏิบัติต่อภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง กำกับการทำงานบ้าน โดยให้บันทึกข้อมูลการฝึกปฏิบัติในแผ่นใบงาน กรณีผู้ช่วยวิจัยอ่านคำถามและบันทึกคำตอบแทนทันที และส่งนำเสนอในการดำเนินกิจกรรมครั้งถัดไป โดยผู้ดำเนินกิจกรรมในการทดลอง คือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ได้ผ่านการอบรมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานของกรมสุขภาพจิต เมื่อสิ้นสุดการทดลอง มีการประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินระดับสติหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีโดยผู้ช่วยวิจัยอีกคน ซึ่งเป็นคนละคนกับที่ดำเนินกิจกรรมการทดลองเพื่อป้องกันอคติ

กลุ่มควบคุม ได้รับ (1) การให้การปรึกษาด้านจิตสังคมทั่วไป ซึ่งหมายถึง การให้การสนับสนุนทางอารมณ์และข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยไม่มีเนื้อหาการฝึกสติหรือเทคนิคเฉพาะจากโปรแกรมหลัก (2) การตรวจสุขภาพประจำปี และ (3) การเชิญเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุจากพยาบาลของหน่วยการให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลในพื้นที่ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง มีการประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินระดับสติหลังสิ้นสุดการทดลองทันที

### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 82.3 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1,500-3,000 บาท ร้อยละ 75.2 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 85 และร้อยละ 15 ตามลำดับ สถานภาพสมรสอยู่ในสถานะหม้าย หย่าร้าง และโสด ร้อยละ 86, 10 และ 4 ตามลำดับ ภาวะสุขภาพพบว่า เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57 โรคเบาหวาน ร้อยละ 40 และโรคอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็ง ร้อยละ 3 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำสมาธิมาก่อน ร้อยละ 74.8 มีระยะเวลาในการทำสมาธิอยู่ที่ 15-30 นาที ร้อยละ 75.2

## 2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สถิติเป็นฐาน

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนลดลงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่ระดับมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่ระดับมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (ดังแสดงตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า และค่าเฉลี่ยคะแนนระดับสติของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
คะแนนความเครียด	20.65	0.85	11.30	0.76	9.35	.03
คะแนนภาวะซึมเศร้า	23.67	3.02	16.93	2.9	8.48	.00
คะแนนระดับสติ	35.50	1.24	38.36	1.17	2.86	.00

\*p<.05

## 3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในระยะหลังทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สถิติเป็นฐานกับกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยหลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนระดับสติเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (ดังแสดงตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า และระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
คะแนนความเครียด	11.30	0.76	11.86	0.74	5.09	.01
คะแนนภาวะซึมเศร้า	16.93	2.96	24.93	3.42	8.48	.00
คะแนนระดับสติ	38.36	1.17	37.86	1.15	5.83	.00

\*p<.05

## อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

### 1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังก่อนและหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สถิติเป็นฐาน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา

โดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based therapy and counseling program) ในขณะเดียวกัน ระดับสติ (mindfulness) ของผู้เข้าร่วมการศึกษามีการเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>23</sup> พบว่า ค่าคะแนนระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรม mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะเดียวกัน ค่าคะแนนระดับสติเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ค่าคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญ<sup>24</sup> หลังจากผู้สูงอายุได้รับการบำบัดโดยใช้สติ ในขณะที่ค่าคะแนนของระดับสติสูงขึ้นหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งอธิบายได้ว่า ก่อนที่ผู้สูงอายุจะเข้าร่วมโปรแกรม มีการรายงานระดับความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปที่พบว่าในชุมชนไทยผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มอยู่อาศัยเพียงลำพังมากกว่าเพศชาย เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยที่ยาวกว่าและบทบาทในการดูแลครอบครัวที่มาก่อนหน้านี้<sup>25</sup> เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเหงา ความเครียด และภาวะซึมเศร้ามากขึ้น การที่ผู้เข้าร่วมเป็นเพศหญิงทั้งหมดอาจมีส่วนช่วยเสริมประสิทธิผลของโปรแกรม เนื่องจากจากการศึกษา พบว่า เพศหญิงมักมีแนวโน้มเปิดใจในการพูดคุย ปรึกษา และมีความไวต่ออารมณ์ ส่งผลให้ตอบสนองต่อการให้คำปรึกษาและกิจกรรมกลุ่มได้ดีขึ้น ทั้งนี้ การทำกิจกรรมในกลุ่มเพศเดียวกัน ยังช่วยส่งเสริมความรู้สึกลอดภัยในการเปิดเผยตนเองอีกด้วย อายุระหว่าง 60-70 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและความเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่ออยู่เพียงลำพังรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 1,500-3,000 บาท ซึ่งบ่งชี้ถึงความยากลำบากทางการเงินที่อาจส่งผลต่อภาวะความเครียดและความรู้สึกไม่มั่นคง อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจมีผลต่อการเข้าถึงข้อมูลและการสนับสนุนทางสุขภาพจิต ส่วนใหญ่ของตัวอย่างกลุ่มเป็นหม้าย หย่าร้าง ซึ่งสถานภาพเหล่านี้ มักจะสัมพันธ์กับความรู้สึกโดดเดี่ยว และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและส่วนใหญ่มีภาวะเจ็บป่วย ซึ่งโรคเหล่านี้ สามารถเพิ่มระดับความเครียด การขาดการสนับสนุนทางสังคม การรู้สึกโดดเดี่ยว และการเผชิญกับความยากลำบากในชีวิตประจำวันอย่างลำพัง อย่างไรก็ตาม หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา พบว่า ระดับความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญ การฝึกสติที่เน้นการยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยไม่ตัดสินช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น ลดความวิตกกังวลและความกดดันที่เกิดขึ้นจากความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ โปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้และยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ตัดสิน นอกจากนี้ การบำบัดยังช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถเปลี่ยนแปลงความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์และเสริมสร้างความสามารถในการปรับตัว ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง อย่างมีนัยสำคัญ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การเพิ่มขึ้นของระดับสติในผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดและให้คำปรึกษาแสดงถึงการพัฒนาความสามารถในการมีสติรู้ตัวในปัจจุบันขณะ และการยอมรับความเป็นจริงตามที่เป็นอยู่การฝึกปฏิบัติสติช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความท้าทายในชีวิตได้ดีขึ้น ลดความคิดที่วนเวียนในอดีตหรือความกังวลเกี่ยวกับอนาคต และเพิ่มความสามารถในการรักษาสุขภาพจิตที่ดี อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้มีกิจกรรมในการจัดการกับความวุ่นใจ มีการฝึกสติให้ตระหนักถึงผลของอารมณ์และความเครียด รู้เท่าทันความคิด และรู้จักปล่อย อีกทั้งในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำสมาธิ การใช้สติเป็นฐานในโปรแกรมอาจมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดและภาวะซึมเศร้า โปรแกรมนี้สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีเครื่องมือในการจัดการกับความคิดและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยเน้นการรับรู้และการอยู่กับปัจจุบัน

## 2. เพื่อเปรียบเทียบระดับระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐานกับกลุ่มควบคุม

จากการศึกษานี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐานมีระดับความเครียดและภาวะซึมเศร่าลดลง อย่างมีนัยสำคัญ และระดับสติเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว ผลการเปรียบเทียบนี้ ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมสติในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัด โดยใช้สติในการลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเหงาในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดมีการลดลงของระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม<sup>26</sup> ผลการศึกษาเหล่านี้ แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมสติสามารถลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้ง ยังช่วยเพิ่มระดับสติที่เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิต<sup>27</sup> พบว่า โปรแกรม MBCT สามารถลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ และเพิ่มระดับสติในกลุ่มที่ได้รับการบำบัด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม<sup>28</sup>

ประเด็นที่ค้นพบเพิ่มเติมและเป็นจุดแข็งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน มีประสิทธิภาพในการลดระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า รวมถึงเพิ่มระดับสติในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง อย่างไรก็ตาม ผลของการบำบัดอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มเป้าหมายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ

### ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิงที่อาศัยอยู่เพียงลำพังในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผู้สูงอายุเพศชายที่มีคุณสมบัติเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว ปฏิเสธหรือมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ จึงอาจไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์กับผู้สูงอายุในกลุ่มประชากรที่หลากหลายทางเพศได้อย่างครอบคลุม อีกทั้ง การเก็บข้อมูลผลลัพธ์หลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาจยังอยู่ในระยะสั้น จึงไม่สามารถประเมินผลในระยะยาวได้ว่า ผู้สูงอายุสามารถคงระดับสติที่สูงขึ้น และลดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ต่อเนื่องหรือไม่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัดอาจส่งผลกระทบต่อผลการนำไปใช้ในวงกว้าง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน มีประสิทธิภาพในการลดระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า รวมถึงเพิ่มระดับสติในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ควรนำโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานไปใช้ เป็นแนวทางในการช่วยเหลือ ส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง เพื่อให้สามารถในการพัฒนาทักษะทางใจในการจัดการกับความเครียดและอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความทุกข์ทรมานจากภาวะเครียดและซึมเศร้า เพิ่มการตระหนักรู้และป้องกันผลกระทบร้ายแรงที่อาจตามมาในที่สุด

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาว เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและความคงที่ของความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

## References

1. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2021 [updated 2025; cited 2024 Nov 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Huang J, Song Y, Sheng Y, Zhang Y, Hu D. Restorative potential assessment of public open space in old urban communities in the context of aging-a case study of Dabeizhuang community in Maanshan, China. *Buildings* 2024;14(9):2671.
3. Pattra S, Pattra M, Chusak T. The mental health of elderly in Chaiyaphum province case study: Naphai sub-district, Muang Chaiyaphum district, Chaiyaphum province. *VRU Research and Development Journal Science and Technology* 2019;14(2):88-101. (in Thai)
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;2013.
5. Chacko E, Ling B, Avny N, Barak Y, Cullum S, Sundram F, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for stress reduction in family carers of people living with dementia: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(1):614.
6. Smoski MJ, McClintock A, Keeling L. Mindfulness training for emotional and cognitive health in late life. *Current Behavioral Neuroscience Reports* 2016;3(4):301–7.
7. Mao L, Li P, Wu Y, Luo L, Hu M. The effectiveness of mindfulness-based interventions for ruminative thinking: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord* 2023;321:83-95.
8. Shih VWY, Chan WC, Tai OK, Wong HL, Cheng CPW, Wong CSM. Mindfulness-based cognitive therapy for late-life depression: a randomized controlled trial. *East Asian Arch Psychiatry* 2021;31(2):27-35.
9. Salari N, Heidarian P, Hassani R, Babajani F, Abdolmaleki A, Mohammadi M. Comparison of the effectiveness of treatments based on compassion, acceptance and commitment, and mindfulness on anxiety disorders and depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord Rep* 2024;18:100847.
10. van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, et al. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clin Psychol Rev* 2015;37:26-39.
11. Kwon YC, Chung YS, Kim WJ. Mindfulness meditation program for the elderly in Korea: a preliminary review for planning the program. *Integr Med Res* 2021;10(1):100451.
12. Cladder-Micus MB, Speckens AEM, Vrijzen JN, Donders ART, Becker ES, Spijker J. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: a pragmatic randomized controlled trial. *Depress Anxiety* 2018;35(10): 914–24.
13. Burirum Provincial Statistical Office. Report on the elderly population situation in Burirum Province for the year 2023. Burirum: Provincial Statistical Office;2023. (in Thai)

14. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Clinical practice guidelines for mindfulness-based therapy in mental health services. Nonthaburi: Department of Mental Health;2020. (in Thai)
15. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delacorte;1990.
16. Losathiakit P. Buddhist psychotherapy using the four noble truths. Journal of the Somdej Chaopraya Institute of Psychiatry 2010; 4(2):33-42. (in Thai)
17. Thongphosri B. The effect of mindfulness-based therapy and counseling: MBTC program on the level of depression in patients with major depressive disorder under coronavirus disease situation 2019 Phana District, Amnat Charoen Province. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong 2022;6(2):49-60. (in Thai)
18. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. Burns and Grove's the practice of nursing research. Appraisal, synthesis and generation of evidence. 8th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier;2017.
19. Department of mental health, Ministry of public health. Suanprung stress test-20 (SPST-20). Nonthaburi: Department of mental health;2008. (in Thai)
20. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The 9-item depression screening questionnaire (9Q). Nonthaburi: Department of mental health;2009. (in Thai)
21. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. Journal Psychiatric Association Thailand 2018;63(4): 321-34. (in Thai)
22. Silpakij C, Silpakij O, Wisajun P. The validity of Philadelphia mindfulness scale Thai version. Journal of Mental Health of Thailand 2011;19(3):140-7. (in Thai)
23. Li H, Yan W, Wang Q, Liu L, Lin Xiao, Zhu Ximei, et al. Mindfulness-based cognitive therapy regulates brain connectivity in patients with late-life depression. Front Psychiatry 2022;13:841461.
24. Thimm JC, Johnsen TJ. Time trends in the effects of mindfulness-based cognitive therapy for depression: a meta-analysis. Scand J Psychol 2020;61(4):582–91.
25. Tsai CC, Lee HL, Wu CS, Chen PY, Chen TW, Chen MF. The efficacy of a mindfulness-based exercise program in older residents of a long-term care facility in Taiwan. Geriatr Nurs 2023;50:227-33.
26. Blanck P, Perleth S, Heidenreich T, Kroger P, Ditzen B, Bents H, et al. Effects of mindfulness exercises as stand-alone intervention on symptoms of anxiety and depression: systematic review and meta-analysis. Behav Res Ther 2018;102:25–35.
27. Lenz AS, Hall J, Bailey Smith LB. Meta-analysis of group mindfulness-based cognitive therapy for decreasing symptoms of acute depression. J Spec Group Work 2016;41(1):44–70.

28. Farb N, Anderson A, Ravindran A, Hawley L, Irving J, Mancuso E, et al. Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2018;86(2):200-4.