ผลของโปรแกรมประยุกต์การเจริญสติต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

The Effects of an Applied Mindfulness-based Program on Psychological Well-being of Older Adults with Major Depressive Disorders

พนัสพร ศิริงาม* รังสิมันต์ สุนทรไชยา** นุชนาถ บรรทุมพร***
Phanassaphon Siringam,* Rangsiman Soonthonchaiya,** Nutchchanart Bunthumporn***
* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จ.ปทุมธานี
* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani Province
,* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จ.ปทุมธานี
,* Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani Province
** Corresponding Author: rangsiman@nurse.tu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การเจริญสติต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชแห่งหนึ่ง ได้รับการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มละ 22 คน เครื่องมือการวิจัย คือ 1) โปรแกรมประยุกต์การเจริญสติ 2) แบบประเมินความผาสุกทางใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (Mean = 55.05, SD = 3.03) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 39.82, SD = 5.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{D}_1$ = 15.23, SD = 4.68) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2$ = 1.46, SD = 5.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะ การฝึกสมาธิและฝึกสติควรฝึกปฏิบัติต่อเนื่องทั้งทางร่างกาย ความคิดและอารมณ์ เพื่อนำมาสู่ความผาสุกทางใจ

คำสำคัญ: การเจริญสติ ความผาสุกทางใจ โรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุ สุขภาพจิต

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of an applied mindfulness-based program on the psychological well-being of older adults with major depressive disorders. The sample consisted of older adults with major depressive disorders who received treatment at

Received: October 10, 2024; Revised: December 9, 2024; Accepted: December 12, 2024

the outpatient department of a psychiatric hospital. Participants were randomly assigned to the control group and the experimental group, with 22 participants in each group. The research instruments included: (1) an applied mindfulness-based program validated by three experts, and; (2) the psychological well-being questionnaire tested for reliability. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. The results were: (1) The mean score of psychological well-being in the experimental group after the intervention (Mean = 55.05, SD = 3.03) was significantly higher than before the intervention (Mean = 39.82, SD = 5.27, with statistical significance at the .05 level.; (2) The difference in mean scores before and after the intervention for the experimental group who received the applied mindfulness-based program ($\bar{D}_1$ = 15.23, SD = 4.68) was significantly higher than the control group, who received usual care ($\bar{D}_2$ = 1.46, SD = 5.57), with statistical significance at the .05 level. This study suggests that meditation and mindfulness training should be continued to enhance physical, mental, and emotional well being, leading to psychological well-being.

Keywords: mindfulness, psychological well-being, major depressive disorders, older adults, mental health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ พบความชุกผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทั่วโลกร้อยละ 28.4[1] องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเป็นอันดับ 1 ในปี ค.ศ. 2015 มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 322 ล้านคน จากทั่วโลก ซึ่งมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายถึง 800,000 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 0.25 และเกิดความพิการมากถึง 24 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.5 ทั่วโลก ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 55 - 74 ปี[2] ประเทศไทยพบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 23.4 เพศหญิงมากกว่าเพศชายเป็น 2 เท่า[3] สถิติการเข้าถึงบริการการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 80,283, 52,561, และ 56,544 คน ตามลำดับ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q พบว่า มีภาวะซึมเศร้า 5,183, 3,218, และ 4,030 คน คิดเป็นร้อยละ 6.45, 6.12, และ 7.12 ตามลำดับ[4] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสาธารณสุข ผลกระทบต่อผู้สูงอายุ พบว่า โรคซึมเศร้าส่งผลต่ออาการด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ตื่นกลางดึกแล้วนอนต่อไม่ได้ ความอยากอาหารลดลง ด้านอารมณ์ ได้แก่ ซึมเศร้า เหนื่อยหน่าย รู้สึกว่างเปล่า ขาดความสนใจ ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ควบคุมตนเองไม่ดี เฉื่อยชา หลีกหนีจากสังคม ด้านความคิด ได้แก่ คิดคำพูดไม่ออก ไม่มีสมาธิ หมกหมุ่นในทางลบ การตัดสินใจลำบาก สิ้นหวัง หรือคิดอยากตายให้พ้นๆ[5] อาการเหล่านี้ส่งผลต่อความเสื่อมของร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานของสมอง ทำงานและสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด[2] สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุ พบว่า ร่างกายมีความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของสรีรวิทยา มีความเปราะบาง ความจำ ความยืดหยุ่นทางความคิด และการควบคุมตนเองลดลง ทำให้ความผาสุกทางใจลดลง[6] และพบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความผาสุกทางใจ (r = -0.7)[7]

ความผาสุกทางใจ (Psychological Well-being) ของ Ryff & Keyes เป็นความพอใจและความสุขใน

ชีวิตในหลายด้านทั้งในอดีตที่ผ่านมาและปัจจุบัน มีความเฉพาะในแต่ละบุคคล เน้นคุณค่าทางจิตวิญญาณ (Eudaemonic) ที่ได้บรรลุความสำเร็จและความหมายในชีวิต[8] มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การยอมรับและเข้าใจตนเอง 2) การเป็นตัวของตัวเอง มีความภาคภูมิใจ 3) มีความเชี่ยวชาญสิ่งแวดล้อม จัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ 4) การมีสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น มีความเมตตา ผูกพันกับคนในครอบครัว 5) การมีเป้าหมายในชีวิตไม่อยู่ไปวันๆ และ 6) การเจริญเติบโตส่วนบุคคล มีมุมมองเปิดกว้าง คิดว่ามีสิ่งที่สวยงามและน่าเรียนรู้และพัฒนาได้[8,9]

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีความคิดบิดเบือนในทางลบ (Distortion of negative thought) มีมุมมองในด้านลบต่อสถานการณ์ตามความคิดอัตโนมัติและความเคยชินเดิม มองว่าตนเองไม่ดี คิดว่าตนเองเป็นภาระ ลูกหลานไม่สนใจ และโลกนี้ไม่น่าอยู่ คิดอยากตาย[10] หมกหมุ่นกับความคิด (Rumination) ที่เคยล้มเหลวและผิดหวังกับตนเอง ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าและไร้ค่า[11] มีการศึกษา พบว่า เมื่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตใจดี ร้อยละ 54.1 ซึ่งเป็นการมีมุมมองต่อโรคที่เป็นอยู่ในทางบวก ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรค รับมือกับความเจ็บป่วยและมีความผาสุกทางใจมากขึ้น จิตใจมั่นคง มีความหวัง ตระหนักว่าทุกสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ได้เลวร้าย และสามารถแก้ไขได้[12] สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุที่เผชิญเหตุการณ์ยากลำบากและไม่สามารถปรับตัวได้ของคนเลี้ยงสัตว์ฟูลานี ประเทศแอฟริกา พบว่า การฝึกเจริญสติทำให้ผู้สูงอายุมีมุมมองที่ดีต่อเหตุการณ์และตอบสนองทางด้านบวกมากขึ้น (Positive appraisal) ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้น[13]

การเจริญสติลดความเครียด (Mind-fulness Base Stress Reduction: MBSR)[14] เป็นจิตวิทยาตามแนวคิดจิตสังคมที่ประยุกต์มาจากพุทธธรรมทางศาสนา[15] โดยการใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปัจจุบัน (Attention to moment) เรียกว่า “สติ” (Mindfulness) และทำสมาธิ การรับรู้ความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body scan) การรับรู้กิจวัตรประจำวัน มีการพัฒนาให้ลึกซึ้งในเรื่องการปรับคุณภาพการรู้คิด 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การไม่ตัดสิน (No-judging) 2) ความอดทน (Patience) 3) ไม่ดิ้นรนขวนขวาย (Non-striving) 4) ใจผู้เริ่มต้น (Beginner’s mind) 5) ความไว้วางใจ (Trust) 6) การยอมรับ (Acceptance) และ 7) การปล่อยวาง (Letting go) และเพิ่มความเมตตา การเจริญสติเป็นการหันเหความสนใจและกลับมารับรู้ที่ลมหายใจในปัจจุบันโดยไม่ตัดสินความคิด อารมณ์หรือความรู้สึกที่มากระทบประสาทสัมผัส อดทนไม่ตอบโต้ ทำให้ตระหนักรู้ในตนเอง ยอมรับอารมณ์ ความคิดและความรู้สึกประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจของตนตามที่เป็นอยู่ ทำให้เข้าใจตนเอง มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นและปล่อยวางได้[16] เมื่อผู้สูงอายุได้รับรู้ตามความเป็นจริงว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ส่งผลในการตระหนักรู้ในตนเอง ยอมรับตนเองในทางที่ดีและไม่ดีของตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบัน ไม่ตัดสินการเจ็บป่วยและความเสื่อมของร่างกายว่าไม่ดี ซึ่งจะทำให้เกิดความทุกข์ใจ อดทนต่อความเจ็บป่วย ไม่ดิ้นรนที่จะคงอยู่ในความเป็นปกติเช่นเดิม มองเห็นความไม่เที่ยงของชีวิต เปิดใจยอมรับและเติบโตมากขึ้น มั่นใจในตนเองและเห็นอกเห็นใจผู้อื่นและปล่อยวางจากความทางทุกข์ได้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความผาสุกทางใจ[9]

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Meta-analysis) ของ van Dierendonck & Lam[17] จาก 5 ฐานข้อมูลพบ 10,052 บทความ ค.ศ. 1990 - 2021 พบการศึกษา 59 เรื่องเป็นวิจัยเชิงทดลองที่มีผลลัพธ์ครอบคลุมถึงความผาสุกทางใจของ Ryff ทั้ง 6 องค์ประกอบ[11] พบว่าโปรแกรมที่มีค่าอิทธิพลสูงสุด ได้แก่ โปรแกรมเจริญสติลดความเครียด (Mindfulness -Based Stress Reduction: MBSR)[14] ซึ่งมีข้อจำกัดการวัดผลเพียงด้านอารมณ์ เช่น ความผาสุกแบบอัตวิสัย[18] เพิ่มความเห็นอกเห็นใจ[19] แต่ยังขาดผลลัพธ์ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่อธิบายองค์ประกอบของ

ความผาสุกทางใจตามแนวคิดของ Ryff ทั้งนี้ความผาสุกทางใจมีส่วนทำให้ชีวิตมีคุณค่าและความหมายในความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์มากขึ้น[8,9] ส่งเสริมสุขภาวะ เป็นปัจจัยปกป้องโรคเรื้อรังและอายุยืนยาวขึ้น[20] การเจริญสติสอดคล้องกับวัฒนธรรมชาวพุทธ สามารถปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดี ค่าใช้จ่ายน้อย และเหมาะกับวัยผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มีความตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลลัพธ์ของการเจริญสติต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อช่วยให้ยอมรับตนเอง มีความพึงพอใจในชีวิตแม้อยู่ในภาวะเจ็บป่วย ปรับตัวอยู่กับโรคซึมเศร้าได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามศักยภาพ จัดการกับอารมณ์ของตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ มีเมตตา มีความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และมีการเจริญเติบโตส่วนบุคคล ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความผาสุกทางใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมประยุกต์การเจริญสติ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การเจริญสติ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

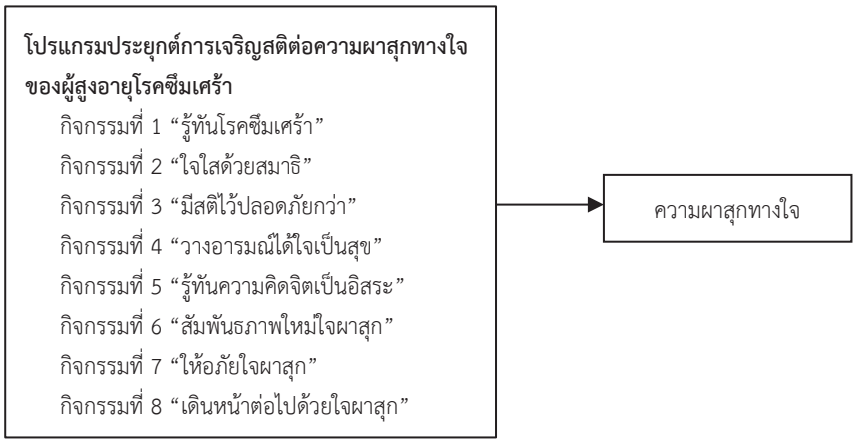
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมประยุกต์การเจริญสติ สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมประยุกต์การเจริญสติ

2. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การเจริญสติ สูงกว่ากลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดการเจริญสติของ Kabat-Zinn[16] โดยการใส่ใจกับปัจจุบันไม่ตัดสินเพื่อให้เกิดการยอมรับตนเอง โดยใช้กลไกการปรับคุณภาพการรู้คิด 7 ขั้นตอน เชื่อมโยงกัน ได้แก่ 1) การไม่ตัดสิน (No-judging) ความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้มีมุมมองที่เปิดกว้างยอมรับตนเองและการเจ็บป่วย 2) ความอดทน (Patience) ต่ออาการที่ทำให้ทุกข์กายและทุกข์ใจ 3) ไม่ดิ้นรนขวนขวาย (Non-striving) และไม่พยายามหลีกหนีความจริงในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ 4) ใจผู้เริ่มต้น (Beginner's mind) เฝ้ามองด้วยใจเป็นกลาง เพื่อลดการคาดหวังและจมกับประสบการณ์เดิม 5) ความไว้วางใจ (Trust) เชื่อมั่นและรับผิดชอบตนเอง 6) การยอมรับ (Acceptance) ตามความเป็นจริงและการเจ็บป่วยตามธรรมชาติของชีวิต และ7) การปล่อยวาง (Letting go) จากความยึดติดทางใจและเป็นอิสระจากความทุกข์ทางใจ โดยใช้รูปแบบกิจกรรมบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานของ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์[21] ซึ่งประกอบด้วย การทำสมาธิ ฝึกสติการสำรวจความรู้สึกบนร่างกายอย่างเป็นระบบ (Body scan) เพื่อให้เกิดคุณภาพของจิตใหม่ การฝึกสัมพันธภาพใหม่ และการเจริญเมตตาร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า อาการและอาการแสดงที่ส่งผลในเรื่องความผาสุกทางใจ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้พัฒนามาเป็นโปรแกรมประยุกต์การเจริญสติต่อความผาสุกทางใจเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับรู้การเจ็บป่วยตามความจริง การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) เข้าใจตนเองมากขึ้น มีความภูมิใจในตนเอง มีความรู้สึก

มั่นใจในตนเอง (Self-autonomy) รับผิดชอบชีวิตตนเอง ดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคได้ และจัดการสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น (Environment mastery) มีสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น (Positive relationship) มีเป้าหมายในชีวิต (Purpose in Life) มีมุมมองที่เปิดกว้างและพัฒนาชีวิตตนเองให้ดีกว่านี้ได้ (Personal growth) ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความผาสุกทางใจ[12] ดังแผนภาพดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32.00-F33.90) มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32.00-F33.90) กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) คะแนนซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (7 - 18 คะแนน) โดยใช้แบบประเมิน 9Q 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยแบบทดสอบสภาพสมองของไทยได้ 23 คะแนนขึ้นไป และ 3) สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ผู้ที่มีโรคทางกายหรือและเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ ปวดศีรษะ สับสนและไม่สามารถทรงตัวได้ 2) มีความผิดปกติการได้ยินและมองเห็น 3) มีอาการทางจิต ได้แก่ หูแว่ว ประสาทหลอน และ 4) ผู้ที่ฝึกเจริญสติเป็นประจำ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากค่าอิทธิพลของงานวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า”[22] ได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) 1.15 วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1 ความเชื่อมั่น 95% ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 36 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) จึงเก็บข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง 44 คน และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบเลือกตอบและมีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ความร่วมมือรับประทานยา ความเพียงพอของรายได้ การทำกิจวัตรประจำวัน และผู้ดูแล

1.2 แบบประเมินความผาสุกทางใจ พัฒนาโดย Ryff & Keyes แปลเป็นไทยโดย ปิยะกมล วิจิตรศิริ[23]

มีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น เป็นตัวของตัวเอง ความเชี่ยวชาญในสิ่งแวดล้อม การมีเป้าหมายในชีวิต และการเจริญเติบโตส่วนบุคคล มีทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1) เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2) เห็นด้วย 3) ไม่เห็นด้วย และ 4) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ การแปลผล 1) คะแนน 54.1 - 72 หมายถึง ความผาสุกทางใจอยู่ระดับสูง 2) คะแนน 36.1 - 54 หมายถึง ความผาสุกทางใจอยู่ระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 18 - 36 หมายถึง ความผาสุกทางใจอยู่ระดับต่ำ

แบบประเมินความผาสุกทางใจนี้ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเท่ากับ 1 และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81

2. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง[24] ใช้คัดกรองสมองเสื่อม 6 ด้าน คือ 1) ด้านการรับรู้วันเวลา สถานที่และบุคคล (6 คะแนน) 2) ความจำ (3 คะแนน) 3) ความตั้งใจ (5 คะแนน) 4) การคำนวณ (3 คะแนน) 5) การใช้ภาษา (10 คะแนน) และ 6) การระลึกได้ (3 คะแนน) จุดตัดที่ 23 คะแนน ขึ้นไป

2.2 แบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต[25] ประเมินความรุนแรงโรคซึมเศร้า ถามช่วง 2 สัปดาห์รวมถึงวันนี้ ไม่มี = 0 คะแนน เป็นบางวัน 1 - 7 วัน = 1 คะแนน เป็นบ่อย = 2 คะแนน เป็นทุกวัน = 3 คะแนน การแปลผล 1) น้อยกว่า 7 คะแนน คือ ไม่มีอาการซึมเศร้า 2) 7 - 12 คะแนน คือ มีอาการ ซึมเศร้าเล็กน้อย 3) 13 - 18 คะแนน คือ มีอาการซึมเศร้าปานกลาง และ 4) 19 คะแนน ขึ้นไป คือ มีอาการซึมเศร้ารุนแรง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 โปรแกรมประยุกต์การเจริญสติตามแนวคิดการเจริญสติของ Kabat-Zinn[16] และรูปแบบกิจกรรมบำบัดของ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์[21] ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที 8 สัปดาห์ และให้การบ้านโดยการฝึกเจริญสติวันละ 10 - 15 นาที และวัดผลด้วยแบบประเมินความผาสุกทางใจหลังทำกิจกรรมเสร็จสิ้นทันที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “รู้ทันโรคซึมเศร้า” โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเรื่องโรคซึมเศร้า และอาการเจ็บป่วย ให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และให้กำลังใจกัน

กิจกรรมที่ 2 “ใจใสด้วยสมาธิ” เป็นการฝึกสมาธิ เพื่อจัดการกับความคิดที่มากระทบ เพื่อให้ตระหนักถึงผลของอารมณ์และความคิดลบที่บดบังความดีงามภายในตนเอง

กิจกรรมที่ 3 “มีสติไว้ปลอดภัยกว่า” โดยการทำสมาธิและฝึกสติ เพื่อจดจ่อกับปัจจุบันที่กำลังกระทำอยู่ โดยไม่ตัดสินสิ่งที่มากระทบหรือสิ่งเร้า โดยทำกิจกรรมอย่างมีสติ (เพิ่มความใส่ใจ)

กิจกรรมที่ 4 “วางอารมณ์ได้ใจเป็นสุข” เป็นการทำสมาธิและฝึกสติรับรู้ความรู้สึกบนร่างกายเป็นระบบ สังเกตอารมณ์ที่หวั่นไหวเมื่อเผลอคิดลบ โดยไม่ตัดสิน อดทนไม่ตอบโต้ และเปลี่ยนการรู้สึกเป็นการเห็น (แยกความรู้สึกและอารมณ์ทางลบ)

กิจกรรมที่ 5 “รู้ทันคิดจิตเป็นอิสระ” เป็นการทำสมาธิและฝึกสติรับรู้ความรู้สึกบนร่างกายเป็นระบบ และสังเกตความคิด ไม่ตัดสิน อดทนไม่ตอบโต้ (แยกความคิดให้เห็นความจริง)

กิจกรรมที่ 6 “สัมพันธภาพใหม่ใจผาสุก” โดยการทำสมาธิและฝึกสติรับรู้ความรู้สึกบนร่างกายเป็นระบบ และเพิ่มการทำกิจกรรม “ความคิดลบที่มีต่อคนใกล้ชิด” และ “การใคร่ครวญสัมพันธภาพใหม่”

กิจกรรมที่ 7 “ให้อภัยได้ใจผาสุก” โดยการทำสมาธิ และฝึกสติรับรู้ความรู้สึกบนร่างกายเป็นระบบ และเพิ่มกิจกรรมการเมตตาตนเอง ผู้อื่น และสรรพสัตว์

กิจกรรมที่ 8 “เดินหน้าต่อไปด้วยใจผาสุก” ทบทวนการทำสมาธิและฝึกสติ การแผ่เมตตา การวางแผนการใช้สติในชีวิตประจำวัน และตั้งเป้าหมายในชีวิต

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองนี้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นจิตแพทย์ 1 ท่าน เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (APN) 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และมีความเชี่ยวชาญด้านการฝึกเจริญสติ 1 ท่าน ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า 5 ราย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง โดยดำเนินการจบครบทั้ง 8 กิจกรรม และปรับแก้ไขอีกครั้งก่อนการนำไปใช้จริง

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

ผู้วิจัยเตรียมความรู้จากตำรา ทบทวนวรรณกรรมในงานเกี่ยวข้อง อบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการเจริญสติ และพัฒนาโปรแกรมประยุกต์การเจริญสติ จากนั้นผู้วิจัยขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ แล้วขอความร่วมมือในการทำวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล ขอความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่ดำเนินการกลุ่ม และขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จากนั้นผู้วิจัยพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก พร้อมหนังสืออนุมัติให้เข้าถึงข้อมูลและเวชระเบียนผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และประสานงานเพื่อเข้าไปดำเนินการทดลองในกลุ่มงานพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง รวมทั้งเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต อายุงานมากกว่า 5 ปี

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากเวชระเบียน จากนั้นเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมคัดกรองตามความสมัครใจ โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทยและแบบประเมิน 9Q เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าดังกล่าว และจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน

กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมด้วยความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความผาสุกทางใจก่อนทดลอง (Pretest)

2) กลุ่มทดลองได้รับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมประยุกต์การเจริญสติ โดยผู้วิจัยทำกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 7 - 8 คน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 8 สัปดาห์ และมอบหมายการบ้านทุกวัน โดยการฝึกสมาธิวันละ 10 - 15 นาที เช้าและก่อนนอน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3) การประเมินผลจากการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยประเมินความผาสุกทางใจหลังการทดลอง (Posttest) ทันที

กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมด้วยความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความผาสุกทางใจก่อนทดลอง (Pretest)

2) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตเบื้องต้น คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา ให้การปรึกษารายบุคคล และติดตามผล เมื่อครบ 8 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือทำแบบประเมินความผาสุกทางใจ (Posttest) และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจในการเข้ารับโปรแกรมฯ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่หนังสือรับรอง COA No.020/2567 วันที่รับรอง 26 กุมภาพันธ์ 2567 วันหมดอายุ 25 กุมภาพันธ์ 2568 และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง เอกสารเลขที่ใบรับรอง STY.COA029/2567 วันที่รับรอง 20 พฤษภาคม 2567 วันหมดอายุ 19 พฤษภาคม 2568 และให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย โดยการแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ การรักษาความลับของข้อมูล และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการรักษา รวมทั้งการถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent samples t-test)

3. เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจ ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบที ชนิดเป็นอิสระต่อกัน (Independent samples t-test) ที่ระดับ .05 โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นว่าการกระจายตัวของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 65.68 ปี กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 66.09 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 60 - 65 ปี ร้อยละ 54.54 รองลงมา มีอายุระหว่าง 66 - 70 ปี ร้อยละ 22.72 และร้อยละ 27.27 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน โดยมีเพศชาย ร้อยละ 40.90 เพศหญิง ร้อยละ 59.10 กลุ่มควบคุม มีเพศชาย ร้อยละ 45.50 เพศหญิง ร้อยละ 54.50 กลุ่มทดลอง สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 40.91 ชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 31.82 และชั้นปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 27.27 กลุ่มควบคุม สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 54.54 มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 31.81 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 9.09 และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 4.55 ตามลำดับ

สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มทดลอง มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 59.09 รองลงมา คือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 27.27 และสถานภาพโสด ร้อยละ 13.64 ตามลำดับ และกลุ่มควบคุม มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 59.09 รองลงมาเป็น สถานภาพหม่าย/หย่า/แยก ร้อยละ 36.36 และสถานภาพโสด ร้อยละ 4.55 ตามลำดับ ความเพียงพอของรายได้ พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 68.18 และรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 31.82 กลุ่มควบคุม มีสัดส่วนการมีรายได้เพียงพอและมีรายได้ไม่เพียงพอเท่ากัน ร้อยละ 50

กลุ่มทดลอง มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.63 กลุ่มทดลอง มีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 71.42 และโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 28.57 กลุ่มควบคุมที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.09 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 40.91 โรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 88.89 และโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 11.11 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 86.36 และ 81.82 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองทั้งหมด ร้อยละ 81.81 มีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ร้อยละ 18.19 กลุ่มควบคุมสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองทั้งหมด ร้อยละ 86.36 มีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ร้อยละ 13.64 โดยกลุ่มทดลองมีผู้ดูแล ร้อยละ 77.27 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 22.73 กลุ่มควบคุมมีผู้ดูแล ร้อยละ 90.91 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 9.09 ตามลำดับ

การทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติทั่วไปที่ไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ (Mean = 55.05, SD = 3.03) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 39.82, SD = 5.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลตามปกติ (Mean = 40.32, SD = 5.40) และก่อนการทดลอง (Mean = 38.86, SD = 4.85) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 22) และกลุ่มควบคุม (n = 22)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจ	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
- ก่อนการทดลอง	39.82	5.27	15.27	0.00
- หลังการทดลอง	55.05	3.03		
กลุ่มควบคุม				
- ก่อนการทดลอง	38.86	4.85	1.21	0.24
- หลังการทดลอง	40.32	5.40		

4. เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1$ = 15.23, SD = 4.68) ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2$ = 1.46, SD = 5.57) ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 44)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจ	กลุ่มทดลอง (n = 22)				กลุ่มควบคุม (n = 22)				t	p-value
	Mean	SD	$\bar{D}_1$	SD	Mean	SD	$\bar{D}_2$	SD		
ก่อนทดลอง	39.82	5.27	15.23	4.68	38.86	4.85	1.46	5.57	11.17	.00
หลังทดลอง	55.05	3.03			40.32	5.40				

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย 2 ข้อ ดังนี้

จากสมมติฐานการวิจัย ข้อ 1 ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างถูกต้องจากกิจกรรมการฝึกเจริญสติและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้กำลังใจกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งลดปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้[26] สอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์ และคณะ พบว่า ผู้สูงอายุได้เรียนรู้จากประสบการณ์เดิมด้านบวกและด้านลบที่มีผลต่อความคิด พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเอง เข้าใจและยอมรับตนเองในสิ่งที่เกิดความคับข้องใจที่รบกวนความผาสุกทางใจ และนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้า ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้น[27]

การเจริญสติ โดยมีสติอยู่กับปัจจุบันไม่ตัดสินสิ่งที่มากระทบประสาทสัมผัส ทำให้ผู้สูงอายุว่างจากความคิด เกิดความผ่อนคลาย สิ่งที่ดีงามซึ่งเป็นพื้นฐานภายในของบุคคล และอัตลักษณ์ด้านดีได้แก่ ความเมตตา การมองโลกในแง่ดี ทำให้มีอารมณ์ทางบวกต่อตนเองและผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาที่มีการฝึกเจริญสติในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าช่วยให้ลดความหมกหมุ่นครุ่นคิด โดยการจดจ่อกับปัจจุบันมากกว่า เมื่อจิตเกิดความสงบเกิดความตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง อารมณ์เศร้าลดลง มีความพึงพอใจตนเอง มีมุมมองต่อสถานการณ์และตอบสนองต่อเหตุการณ์ในด้านบวก[13] สอดคล้องกับ กษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ พบว่า เมื่อมีสติอยู่กับปัจจุบัน ทำให้รู้ทันความคิดและอารมณ์ทางลบ รู้ทันอารมณ์เศร้า จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นและดูแลตนเอง และป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้ในระยะ 3 และ 6 เดือน[28] สอดคล้องกับการศึกษาของ จินดามาศ ชีมหาสัจคุณ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ พบว่า การฝึกเจริญสติทำให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยลดลง เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยตระหนักในตนเองและยอมรับอาการซึมเศร้า ไม่หนีปัญหา[29]

การฝึกเจริญสติการตระหนักรู้จดจ่อกับปัจจุบัน ยอมรับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง แสดงถึงผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้ ร้อยละ 86.36 ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 81.81 สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองทั้งหมด นอกจากนั้นการฝึกเจริญสติเป็นเวลาต่อเนื่องทุกวัน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในตนเอง รู้สึกเป็นอิสระและสามารถกำหนดชะตากรรมของตนเอง ทำให้เกิดการเจริญเติบโตส่วนบุคคล ไม่ผูกยึดกับความไม่แน่นอน สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติได้จึงทำให้การมีเป้าหมายในชีวิตเช่นเดียวกับการศึกษาการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของความผาสุกทางใจของ Aghaie & Ghomian ในระหว่างการฝึกสติและภายหลังการฝึกสติ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของความผาสุกทางใจ ได้แก่ เกิดการยอมรับตนเองในสัปดาห์ที่ 4 การเป็นตัวของตัวเองและการเจริญเติบโตส่วนบุคคลใน

สัปดาห์ที่ 6 การมีเป้าหมายในชีวิตและการรับรู้ความรู้สึกเพลิดเพลินใจในสัปดาห์ที่ 8[30] การเจริญสติช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและมีเมตตาต่อผู้อื่น[18] สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุซึมเศร้า เมื่อฝึกการเจริญสติครบ 8 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนดีขึ้น อาการซึมเศร้าลดลง ควบคุมกำกับอารมณ์ได้ มีความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความผาสุกทางใจ[31]

สมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ผลการวิจัย พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองได้รับการฝึกเจริญสติตามกิจกรรม การฝึกสมาธิจดจ่อ และการฝึกสติรู้ตัวอยู่กับลมหายใจในปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ความรู้สึกบนร่างกาย สามารถสังเกตอารมณ์ตนเอง ทำให้เกิดการยอมรับตนเอง เข้าใจสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ ความคิดของตนเอง มีความรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง รู้สึกเป็นอิสระ การสังเกตความคิดและอารมณ์ตนเองอย่างไม่ตัดสิน ทำให้เกิดการเจริญเติบโตส่วนบุคคล มีเป้าหมายในชีวิต เป็นการส่งเสริมความผาสุกทางใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mahmoudi และคณะ ที่ศึกษาผู้หญิงที่เป็นหัวหน้าครอบครัวในเมืองอุตสาหกรรมซีรอช ประเทศอิหร่าน ซึ่งมีความผาสุกทางใจอยู่ในระดับต่ำ โดยให้ฝึกเจริญสติ จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที พบว่า ทำให้ความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ได้แก่ การเป็นตัวของตัวเอง การเติบโตส่วนบุคคล การมีเป้าหมายในชีวิต การยอมรับตนเอง และการมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น นอกจากนั้นพบว่า มีเพียงองค์ประกอบด้านความเชี่ยวชาญในสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีความแตกต่าง[32]

สรุปได้ว่าโปรแกรมประยุกต์การเจริญสติมีประสิทธิผลมากกว่าการดูแลตามปกติ ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ายอมรับตนเองในด้านการเจ็บป่วยและประสบการณ์ตนเองที่ผ่านมาในอดีต ให้อภัยตนเอง เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีความสุขกับคนรอบตัวได้ พึงพอใจและมีแนวโน้มมั่นใจตนเอง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามศักยภาพของตนเอง มีสติในกิจกรรมต่างๆ จัดการสิ่งแวดล้อมได้ดี จัดการกับความคิดและอารมณ์ทางลบได้โดยไม่หลีกหนีปัญหา ทำให้มีการเจริญเติบโตส่วนบุคคล มีความเบิกบาน จิตใจมั่นคง เปิดรับสิ่งใหม่ที่เข้ามาและมีเป้าหมายในชีวิตได้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความผาสุกทางใจ การศึกษาครั้งนี้ อาจมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มในวันและเวลาที่กำหนดได้ ทำให้ไม่ได้การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นครั้งนั้น ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดประสบการณ์ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอาจหลงลืมประสบการณ์ในการทำและอาจส่งผลต่อผลลัพธ์การวิจัยได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการฝึกอบรมให้กับบุคลากรทางการแพทย์และการใช้คู่มือโปรแกรมการเจริญสติเพื่อนำไปปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคอารมณ์อื่นๆ ในการส่งเสริมความผาสุกทางใจ

2. การฝึกการเจริญสติควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยการให้การบ้านเป็นตารางการฝึกประจำวันและระยะเวลาการฝึกอย่างน้อย 8 ครั้งขึ้นไป จึงสามารถเพิ่มความผาสุกทางใจ

ด้านการทำวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีผู้ดูแลและไม่มีผู้ดูแล ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการส่งผลความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2. ควรมีการติดตามและประเมินผลความผาสุกทางใจระยะหลังการทดลอง 1, 3 และ 6 เดือน เพื่อประเมินผลการคงอยู่ของโปรแกรมประยุกต์การเจริญสติ

เอกสารอ้างอิง

1. Hu T, Zhao X, Wu M, Li Z, Luo L, Yang C, et al. Prevalence of depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res 2022;311:114511.
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders global health estimates. [Internet]. [cited in 2023 Dec 18]. Available from: http://www.who.int.
3. Charoensak S, Sittironnarit G, Satra T, Muangpaisan W, Srinontprasert V. Prevalence of psychiatric disorders in elderly patients, quality of life of patients and caregivers, and their correlated factors. J Psychiatr Assoc Thailand 2018;63(1):89-98. (in Thai).
4. Health Data Center. Standards for promotion and prevention of mental health, depression questionnaire (9Q) among the elderly. [Internet]. [cited in 2023 Dec 18]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php. (in Thai).
5. Srisaenpang P. Depression in older persons: comprehensive nursing. Journal of Nursing Science & Health 2018;41(1):129-40. (in Thai).
6. Fusi G, Palmiero M, Lavolpe S, Colautti L, Crepaldi M, Antonietti A. et al. Aging and psychological well-being: the possible role of inhibition skills. Healthcare (Basel) 2022;10(8):1477.
7. Jena N, Das S, Kumar DH. Quality of life, psychological well-being and depression among elderly: a correlational study. Glob J Intellect Dev Disabil 2018;4(2):39-44.
8. Ryff, CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology 1995;69(4):719-27.
9. Ryff CD. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. Psychother Psychosom 2014;83(1):10-28.
10. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford press. 1979.
11. Nolen-Hoeksema, S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/ depressive symptoms. J Abnorm Psychol 2000;109(3):504-11.
12. Toonsiri C, Boonnate N. Psychological well-being among community-dwelling older adults living with chronic illness. Thai Pharm Health Sci J 2020;15(2):116-23. (in Thai).
13. Aliche JC, Onyishi IE. Mindfulness and wellbeing in older adults' survivors of herdsmen attack. The mediating effect of positive reappraisal. Aging Ment Health 2020;24(7):1132-40.
14. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: a practical guide to mindfulness, meditation, and healing. New York: Delacorte; 1990. p. 591-5.
15. Mackenzie MB, Kocovski NL. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: trends and developments. Psychol Res Behav Manag 2016;9:125-32.
16. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living, using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Revised and updated ed. New York: Bantam Books; 2013.

17. van Dierendonck D, Lam H. Interventions to enhance eudaemonic psychological well-being: a meta-analytic review with Ryff's sales of psychological well-being. Appl Psychol Health Well Being 2023;15(2):594-610.
18. Zessin U, Dickhäuser O, Garbade S. The relationship between self-compassion and well-being: a meta-analysis. Appl Psychol Health Well Being 2015;7(3):340-64.
19. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. J Psychosom Res 2015;78(6):519-28.
20. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. Lancet 2015;385(9968): 640-8.
21. Wongpiromsarn Y. Mindfulness-base therapy counseling program. Nonthaburi: Beyond Publishing; 2016. (in Thai).
22. Phaokuntatakorn W, Jiratjitan N. Effects of mindfulness-based therapy program on depression and quality of life among patients with major depressive disorder. J Ment Health Thai 2021;29(4):286-96. (in Thai).
23. Wijitsiri P, Sawangsopakul B. Wisdom, social support and psychological well-being of elderly in the elderly club at Wat Sarod Rat Burana District, Bangkok. J of Soc Sci & Hum 2012;38(2):139-51. (in Thai).
24. Train the Brain Forum Committee. Thai Mental State Examination (TMSE). Siriraj Medical Journal 1993;45(6):359-74. (in Thai).
25. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Clinical practice guideline of major depressive disorder for general practitioner: CPG-MDD-GP. Ubon Ratchathani: Siritham Offset; 2010. p. 55-6. (in Thai).
26. Salasawadi P, Seeherunwong A. Development of enhancing a self-esteem and decreasing depressive symptoms program for patients with schizophrenia. Thai journal of Psychiatric Nursing Mental Health 2020;34(1):13-42. (in Thai).
27. Wuthiphongpat P, Mokkhao K, Wongsala A. Effects of psychological health promotion program using experiential learning on psychological self-care behavior and psychological well-being among older adults. BCNNON Health Science Research Journal 2024;18(1):36-47. (in Thai).
28. Kenbubpha K, Pianthong K, Saguanrum K, Sukhawaha S. Mindfulness-based cognitive thaerapy for depressive disorder in Thailand: testing efficacy of the program. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2023;37(1):31-52. (in Thai).
29. C-Maharsujchakuen J, Uthis P. The effect of mindful self-compassion training program on depression pression in persons with depressive disorder. RTN Med J 2019;46(1):98-114. (in Thai).

30. Aghaie E, Ghomian S. Study of well-being changes during Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) in a non-clinical sample: a process of change study. Journal of Fundamentals of Mental Health 2021;23(6):383-95.
31. Javadzade N, Esmaeili SV, Omranifard V, Zargar F. Effect of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program on depression, emotion regulation, and sleep problems: a randomized controlled trial study on depressed elderly. BMC Public Health 2024;24(1):271.
32. Mahmoudi F, Zarnaghash M, Shegefti NS, Barzegar M. The effect of educational intervention according to mindfulness on the psychological well-being of female heads of households. BMC Women's Health 2024;24(320):1-9.