



ผลของโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด
ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

THE EFFECTS OF A SELF-REGULATION MINDFULNESS-BASED COGNITIVE
PROGRAM ON DEPRESSION IN GERIATRIC PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES

จารุวรรณ ก้านศรี¹

Jaruwan Kansri

นภัสร ยอดทองดี²

Napatsorn Yodthongde

ประกาศิต พูลวงษ์²

Prakasit Poonwong

สุวรรณี โตแก้ว³

Suwannee TaoKauw

ศศิวิมล บุรณเรช^{4,*}

Sasiwimon Booranarak

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดชัยนาท 17000

Assistance Professor, Ph.D., Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Chainat, 17000, Thailand

²อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดชัยนาท 17000

Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Chainat, Chainat, 17000, Thailand

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท 17000

Registered Nurse, Chainat Town Municipality, Chainat, 17000, Thailand

⁴อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพมหานคร 10400

Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Bangkok, 10400, Thailand

*Corresponding author E-mail: sasiwimon.b@bcn.ac.th

Received: August 15, 2024

Revised: November 21, 2024

Accepted: December 21, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด กับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ป้องกันจรรยา 7 ส” (11Q) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติที

ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M = 13.53$, $SD = 2.39$ และ $M = 4.87$, $SD = 1.63$; $t = 3.32$, $p = .000$) และ 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M = 4.87$, $SD = 1.63$ และ $M = 13.47$, $SD = 2.11$; $t = 3.14$, $p = .000$)

ข้อเสนอแนะ ควรสนับสนุนให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ นำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ : การกำกับตนเอง, การเจริญสติตระหนักรู้ความคิด, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

Abstract

This study employs a quasi-experimental research design with a pretest-posttest control group to 1) compare the average depression scores of geriatric patients with chronic diseases in the experimental group before and after participating in the self-regulation mindfulness-based cognitive program, and 2) compare the average depression scores between the experimental and control groups before and after the intervention. The sample consisted of sixty geriatric patients with chronic diseases, selected using purposive sampling. The research instruments included a self-regulation mindfulness-based cognitive program conducted weekly and the 7-color ball depression assessment form (11Q). Data analysis was performed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and t -tests to compare means.

The result revealed that 1) the experimental group exhibited significantly lower average depression scores after the intervention compared to before ($M = 13.53$, $SD = 2.39$ and $M = 4.87$, $SD = 1.63$; $t = 3.32$, $p = .000$) and 2) the experimental group had significantly lower depression scores after the intervention compared to the control group ($M = 4.87$, $SD = 1.63$ and $M = 13.47$, $SD = 2.11$; $t = 3.14$, $p = .000$).

The findings suggest that healthcare professionals should implement this program to reduce depression among geriatric patients with chronic diseases.

Keywords: self-regulation, mindfulness-based cognitive program, depression, geriatric patients with chronic diseases

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสังคมปัจจุบันที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งประเทศไทยมีผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 3 ของทวีปเอเชีย ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง และสมองเสื่อม เป็นต้น (Ratchabut, Chantamungkhun, & Saehor, 2017) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีปัญหาด้านจิตใจและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งจากข้อมูล

ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวนกว่าสองแสนคน และได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q พบมีความผิดปกติจำนวนกว่าหนึ่งพันคน (Health Data Center, 2024) สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาท 1 จากการประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) พบผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28.8

และการประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool: T-GMHA-15) พบผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติร้อยละ 24.4 (Chainat Municipal Public Health Service Center1, 2019)

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่พบได้บ่อยคือ ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย (World Health Organization, 2021) จึงจำเป็นที่บุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องให้การช่วยเหลือโดยต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงกลไกทางจิตและแนวทางการจัดการภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง มีศักยภาพและพลังใจในการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถพึ่งพาตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง การจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีหลายวิธีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) เกิดจากการประยุกต์การลดความเครียดด้วยการเจริญสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction Program: MBSR) ร่วมกับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) (Segal, Williams, & Teasdale, 2003) โดยเน้นการมีสติรู้ที่กำลังคิดอะไร และสามารถแยกตนเองออกจากความคิดที่ไม่ใช่ความจริงได้ การฝึกสติและสมาธิอย่างเป็นรูปแบบด้วยการเดินจงกรม การนั่งสมาธิ ฝึกให้ตระหนักรู้ในอารมณ์และความคิดด้านลบที่เกิดขึ้น ทั้งอดีต ปัจจุบัน และอนาคต จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า การมีสติจะช่วยให้เกิดการปรับมุมมองใหม่เหมือนการรับรู้ความคิดความรู้สึกที่ตรงกับความเป็นจริง รับรู้สาเหตุและปัญหาของการเกิดภาวะซึมเศร้าของตนเองมากขึ้น การบำบัดด้วยวิธีการนี้สามารถทำกับตนเองด้านความคิด รับรู้อารมณ์ความรู้สึกอย่างเป็นกลางมากขึ้น (Losatiankij, 2015)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Musaa et al. (2020) พบว่าการบำบัดด้วย

การเจริญสติตระหนักรู้ความสามารถลดอาการของภาวะซึมเศร้า ลดอัตราการกำเริบของโรคซึมเศร้าและมีสติมากขึ้น ซึ่งการมีสติตระหนักรู้เป็นส่วนหนึ่งตามหลักคำสอนของพุทธศาสนาและสังคมไทยที่มีความเชื่อสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น ผ่านกระบวนการถ่ายทอดทางสังคม ทั้งเรื่องกรรม การกระทำบนพื้นฐานของเหตุและผล การแก้ไขปัญหา การจัดการ การปรับตัวและการเรียนรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตที่มีลักษณะเชื่อมโยงกับวิถีของธรรมชาติ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพกายและจิต (Thitasaro, Katapunyo & Senphunga, 2019) ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบัน หยุดความคิดซ้ำ ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้น การลดภาวะซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการดำเนินชีวิต การสวดมนต์ เดินจงกรม การทำสมาธิสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายได้ มีผลทำให้เกิดความสงบ ผ่อนคลายทางกายและใจ (Cheaplamp, Dangdomyouth, & Malai, 2019) ผลที่เกิดจากการรับรู้ตนเอง และการรับรู้ความคิดความความรู้สึกของตนเอง จะก่อให้เกิดการกำกับตนเอง (self-regulation) ได้ดีขึ้น (Losatiankij, 2015)

การกำกับตนเองในทฤษฎีเชิงปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่ต้องการด้วยตัวบุคคลเอง มีการนำการกำกับตนเองมาใช้ในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพราะมีเพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่สามารถรับผิดชอบดูแลตนเองได้ตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย ทั้งนี้การกำกับตนเองเป็นกลยุทธ์การเพิ่มความสามารถของตนเองที่มีประสิทธิภาพในการรักษา การจัดการภาวะซึมเศร้าให้ลดลง ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Duggal, 2019) ซึ่ง Biesheuvel-Leliefeld et al. (2018) ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาบำบัดกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แล้วพบว่า สามารถลดอาการซึมเศร้าได้นานกว่า 12 เดือน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hagerty, Bathish, and Kuchman

(2018) ที่พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเอง เพื่อควบคุมภาวะซึมเศร้าจะสามารถจัดการกับ ภาวะซึมเศร้าและควบคุมภาวะซึมเศร้าได้ถึง 6 เดือน

ดังนั้น ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพของ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาท จึงได้นำการกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ ความคิดมาใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง และศึกษาผลที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังเกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเอง ได้ฝึกสติกับปัจจุบัน หยุดความคิดซ้ำ ๆ ความคิด หาแนวทางวางแผนและตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน นำไปสู่การลดลงภาวะซึมเศร้า สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลอง ก่อนและ หลังร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ ความคิด กับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

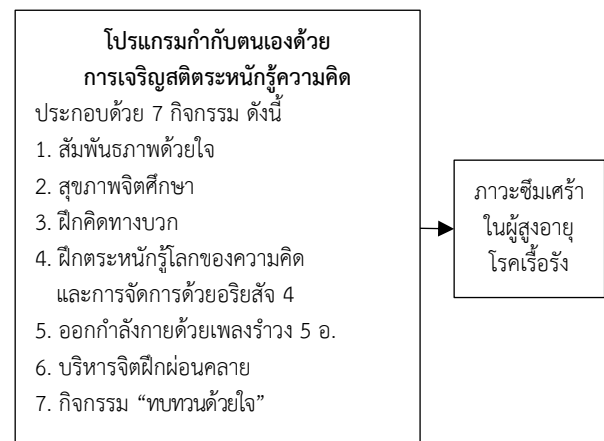
สมมุติฐานวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเอง ด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด หลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม กำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ ความคิด (MBCT) เกิดจากการประยุกต์การลด ความเครียดด้วยการเจริญสติ (MBSR) และการปรับ

ความคิดและพฤติกรรม (CBT) (Segal, Williams, & Teasdale, 2003) ซึ่งในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกสมาธิทั้งในขณะร่างกาย เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย เดินจงกรม และ ไม่เคลื่อนไหว เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ฝึก ไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ นำไปสู่การเข้าใจปัญหาและสาเหตุ แล้วคิดหา แนวทางแก้ไขปัญหา และใช้สติในการแก้ปัญหาใน ระยะยาว (Segal et al., 2003) ร่วมกับให้ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังได้นำประสบการณ์ของตนเองมาฝึกคิด อย่างสมเหตุสมผล คิดทางบวก ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ประกอบกับการประยุกต์ใช้การกำกับตนเอง ตาม แนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่มุ่งเน้น การควบคุมความคิด อารมณ์ด้านลบ และเพิ่ม อารมณ์ด้านบวก และการแสดงพฤติกรรมที่ ตอบสนองอารมณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้ภาวะ ซึมเศร้าลดลง ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest- posttest design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท จำนวน 2,617 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์สาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาท 1 อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท จำนวน 60 คน คำนวณมาจากโปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพลจากคะแนนภาวะซึมเศร้าในผลการศึกษาของ Pantong and Dangdomyouth (2018) เรื่องผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .75 และกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .08 นับสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย จำนวน 23 คน ซึ่งในการศึกษานี้กลุ่มที่ศึกษาเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีโอกาสออกจากการวิจัยได้ง่าย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เพื่อให้เพียงพอต่อการนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ได้ตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ปิงปองจรรยา 7 สี” (11Q) ระหว่าง 7 - 18 คะแนน 2) ช่วยเหลือตัวเองได้ดี 3) ไม่มีประวัติการรักษาด้วยโรคกายและโรคทางจิตเวชรุนแรง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคจิต โรคติดต่อทางเดินหายใจ เป็นต้น 4) ยินดีร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยจนครบทุกกิจกรรม 5) อ่านออก เขียนได้ และพูดคุยด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีการเจ็บป่วยทางกายและจิตเวชกำเริบรุนแรง และ/หรือเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลขณะดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ผู้วิจัยสร้างและออกแบบตามกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อใช้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย 7 กิจกรรม การดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 7 สัปดาห์ ทุกวันจันทร์

(เฉพาะวันทำการ) ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 - มกราคม พ.ศ. 2567 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม “สัมพันธ์ภาพด้วยใจ” โดยผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีร่วมกัน การทำความรู้จักกัน พร้อมอธิบายหลักการขั้นตอน วัตถุประสงค์ กฎกติกา การรักษาความลับ และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “สุขภาพจิตศึกษา” ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และอธิบายวิธีการใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ปิงปองจรรยา 7 สี” (11Q) และการแปลผลเพื่อให้เข้าใจปัญหา สาเหตุ และวิธีการลดภาวะซึมเศร้าและทำการประเมินภาวะซึมเศร้า

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “ฝึกคิดทางบวก” ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองฝึกจำแนกสถานการณ์เมื่อสัมผัสสิ่งกระตุ้นเชิงบวกและลบ และการฝึกเปลี่ยนความคิดเชิงลบให้เป็นบวก เพื่อให้รู้เท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น สามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติด้านลบ และด้านบวกอย่างสร้างสรรค์

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “ฝึกตระหนักรู้โลกของความคิด และการจัดการด้วยวิธี 4” ผู้วิจัยสร้างสถานการณ์และให้สมาชิกกลุ่ม เลือกลงและฝึกจัดการกับสถานการณ์ และระบุอารมณ์ที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์นั้น พร้อมบอกเหตุผลของการเลือกและการจัดการสถานการณ์อย่างสมเหตุผล โดยใช้หลักการตระหนักรู้ความคิดด้วย ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรม “ออกกำลังกายด้วยเพลงร่า 5 อ.” โดยผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่ม ฝึกทำท่าและเปิดเพลงร่า 5 อ. ที่แต่งขึ้นโดยผู้วิจัย พร้อมกับการใส่จังหวะร่าวงมาตรฐาน ซึ่งเป็นกลยุทธ์การออกกำลังกาย และช่วยเพิ่มการตระหนักรู้ความคิดจากทำนองเพลงและจังหวะการร่า เพราะจะมีการใช้สมาธิจดจ่อกับท่าท่าและเสียงเพลง

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรม “บริหารจัดการฝึกผ่อนคลาย” ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองสวดมนต์บทสวดอิติปิโส และบทสวดอื่น ๆ ที่นำไปสู่การฝึกจิต

พร้อมกับฝึกนั่งสมาธิและฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการเกร็ง-คลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ แบบซ้ำ ๆ

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรม “ทบทวนด้วยใจ” ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทบทวนและฝึกทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ทำมา 6 สัปดาห์ แล้วจึงประเมินภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ป้องกันจราจร 7 สี” (11Q)

โปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติ ตระหนักรู้ความคิดในการวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของโปรแกรมจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คือ พยาบาลวิชาชีพที่จบการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่จบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมเท่ากับ .96 ซึ่งผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่แก้ไขไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 8 คน พบว่า กิจกรรมที่ 4 การตระหนักรู้โลกของความคิดและการจัดการจิตใจที่พุ่งชนด้วยอริยสัจ 4 ควรฝึกให้เลือกจัดการกับสถานการณ์ง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนจะเหมาะสมกับเวลามากกว่า ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนใช้ในโปรแกรมจริงที่กล่าวมาข้างต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ป้องกันจราจร 7 สี” (11Q) ของ Charoensuk (2024) ที่พัฒนามาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2Q-9Q-8Q) มีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ คะแนนเต็ม 48 คะแนน ข้อที่ 1 - 8 ถามเกี่ยวกับอาการและพฤติกรรมในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ เกณฑ์การให้คะแนน มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ 0 หมายถึง ไม่มีเลย 1 หมายถึง เป็นบางวัน 1 - 7 วัน 2 หมายถึง เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน และ 3 หมายถึง เป็นทุกวัน ส่วนข้อที่ 9 - 11 ถามเกี่ยวกับอาการและพฤติกรรมในช่วง 1 เดือน

ที่ผ่านมาท่านมีพฤติกรรมเหล่านี้หรือไม่ เกณฑ์การให้คะแนนมี 2 ตัวเลือก ได้แก่ 0 หมายถึง ไม่มี และ 1 หมายถึง มี แล้วจัดกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 7 สี ดังนี้

สีเขียว คะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง กลุ่มปกติ ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

สีเหลืองอ่อน คะแนนรวม 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่เกิดการเจ็บป่วย

สีเขียวเข้ม คะแนนรวม 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และมีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยอาการซึมเศร้า และได้รับการรักษาอยู่ โดยเป็นกลุ่มป่วยที่ควบคุมอาการได้ด้วยการรักษาต่อเนื่อง

สีเหลือง คะแนนรวม 13 - 18 คะแนน และเมื่อสอบถามเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าไม่มีความคิดดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรองเพิ่มเติมจากบุคลากรทางสุขภาพ

สีส้ม คะแนนรวม 19 - 22 คะแนน และพบว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อรับการรักษาจากแพทย์หรือพยาบาลจิตเวช

สีแดง คะแนนรวม 23 - 30 คะแนน และพบว่ามีความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาจากจิตแพทย์และดูแลโดยพยาบาลจิตเวชอย่างเร่งด่วน

สีดำ คะแนนรวมมากกว่า 30 คะแนน และพบว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย แต่ยังฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อช่วยชีวิตจากแพทย์ ปรึกษาจิตแพทย์และดูแลโดยพยาบาลจิตเวชอย่างเร่งด่วน

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ป้องกันจราจร 7 สี” (11Q) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่ตรวจโปรแกรม มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .78 และผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท เอกสารรับรองเลขที่ BCNC-IRB 018/2566 รหัสเลขที่โครงการวิจัย 015/66 ลงวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัยทุกคน รวมทั้งได้รับการรักษาความลับ ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลกระทบต่อการรักษาหรือการใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขอขออนุญาตให้กลุ่มควบคุมที่ยินดีรับโปรแกรมหลังการทดลองโดยนัดหมายเวลาและดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง โดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองชัยนาทเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเตรียมทีมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอนและฝึกการใช้โปรแกรมและเครื่องมือวิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งผู้ช่วยวิจัยสามารถนำโปรแกรมไปใช้ได้ถูกต้องและในขณะทดลองใช้โปรแกรม ผู้วิจัยช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ปิงปองจรรยา 7 สี” (11Q) และร่วมกับทีมผู้ช่วยวิจัยในการสาธิตออกกําลังกายด้วยเพลงร่าย 5 อ. การนั่งสมาธิ และฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินภาวะซึมเศร้า “ปิงปองจรรยา 7 สี” (11Q) ในครั้งแรกก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลคนละ 8 - 10 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมกํากับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ทุกวันจันทร์ (วันทำการ) รวม 7 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

ของแพทย์ การมาตรวจตามนัด และการให้ข้อมูลทางสุขภาพจิตจากพยาบาลวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาท 1

3. ขั้นประเมินผล เมื่อสิ้นสุดการวิจัยสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้า “ปิงปองจรรยา 7 สี” (11Q) โดยนัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาทำการประเมินในวันสุดท้ายของการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ Chi-square ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกํากับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด โดยใช้ Paired *t*-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Independent *t*-test

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย *t*-test ผู้วิจัยได้ตรวจข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติแล้วพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีการกระจายเป็นแบบปกติ จึงสามารถใช้ *t*-test ในการวิเคราะห์ผลการวิจัยได้

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวิจัยนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 100 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 66.67 และ 70.00 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 กลุ่ม มีอาชีพค้าขายร้อยละ 73.30 และ 63.30 ตามลำดับ มีรายได้เพียงพอ

ร้อยละ 100 ดังนั้น ในด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

2. ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองหลังการทดลองอยู่ในกลุ่มสีเขียว ซึ่งต่ำกว่าก่อนการทดลองที่อยู่ในกลุ่มสีเหลือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M = 4.87$, $SD = 1.63$ และ $M = 13.53$, $SD = 2.39$; $t = 3.32$, $p = .000$) ดังตาราง 1

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในกลุ่มสีเขียว ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่อยู่ในกลุ่มสีเหลือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M = 4.87$, $SD = 1.63$ และ $M = 13.47$, $SD = 2.11$; $t = 3.14$, $p = .000$) ดังตาราง 2

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ($N = 60$)

คะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	P
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
กลุ่มทดลอง ($n = 30$)	13.53	2.39	สีเหลือง	4.87	1.63	สีเขียว	3.32	.000
กลุ่มควบคุม ($n = 30$)	13.20	2.15	สีเหลือง	13.47	2.11	สีเหลือง	2.61	.203

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดกับกลุ่มควบคุม ($N = 60$)

คะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)			กลุ่มควบคุม ($n = 30$)			t	P
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
ก่อนการทดลอง	13.53	2.39	สีเหลือง	13.20	2.15	สีเหลือง	2.30	.109
หลังการทดลอง	4.87	1.63	สีเขียว	13.47	2.11	สีเหลือง	3.14	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองอยู่ในกลุ่มสีเขียว ซึ่งต่ำกว่าก่อนการทดลองที่อยู่ในกลุ่มสีเหลืองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดที่ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ตามแนวคิดการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (MBCT) (Segal, Williams, & Teasdale, 2003) ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเกิดการกำกับและควบคุมอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักจะมีความคิดด้านลบ มีความคิด

หมกหมุ่นกับความคิดโทษตนเอง ทำให้รู้สึกว้าวนเองไม่มีคุณค่า ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า แต่โปรแกรมนี้ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีสติอยู่กับปัจจุบัน ทบทวนความคิดความรู้สึกตรงตามความเป็นจริงและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการฝึกให้เกิดการตระหนักรู้ในอารมณ์และความคิดที่สมเหตุสมผล ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pantong and Dangdomyouth (2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ Kenbubpha, Pianthong, Saganrum, and Sukhawaha (2023) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า การเจริญสติตระหนักรู้ความคิดมีประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้าและความหมกหมุ่นครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังการทดลองทันทีและในระยะติดตามผลภายใน 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ การนำหลักอริยสัจ 4 หรือหลักความจริง 4 ประการ ได้แก่ ทุกข์ คือ ความทุกข์ที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก สมุทัย คือ สาเหตุของความทุกข์ นิโรธ คือ การดับทุกข์ที่เกิดขึ้น และ มรรค คือ หนทางแห่งการดับทุกข์ (Siribhuddo (Triviseassri), 2020) มาใช้ในกิจกรรมทำให้เกิดการเชื่อมโยง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของภาวะซึมเศร้าร่วมกัน ก่อให้เกิดการตระหนักรู้ความคิดและอารมณ์ด้านลบที่เกิดจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มากระทบจิตใจ นำไปสู่การตอบสนองอย่างมีสติและอยู่กับปัจจุบัน จึงเกิดการแก้ปัญหาและจัดการกับปัญหาอย่างสมเหตุสมผล

(Phukhothin, Pratoomkaew, & Inthawee, 2022) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจึงสามารถกำกับและดูแลตนเองได้ดีขึ้น

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในกลุ่มสีเขียว ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่อยู่ในกลุ่มสีเหลือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ประกอบด้วย กิจกรรมที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สอนการประเมินภาวะซึมเศร้า “ป้องกันจรรยา 7 สี” (11Q) วิเคราะห์เหตุการณ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการแก้ปัญหาตามหลักอริยสัจ 4 กับกลุ่มเพื่อน ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองมีความรู้ และแนวทางการจัดการตนเองเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Sermthongtip, Hengudomsab, Vatanasin, and Pratoomsri (2017) ที่พบว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานได้ โดยทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Choompubut, Kenbubpha, Sukhawaha, Leejongpermpoon, and Saima-in (2022) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลง และสามารถป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำได้

นอกจากนี้ การที่โปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดมีกิจกรรม

ฝึกคิดทางบวก ตระหนักรู้โลกของความคิด การจัดการปัญหาด้วยวิธี 4 และบริหารจัดการร่วมกับการฝึกผ่อนคลาย ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีสติตระหนักรู้เท่าทันความคิดด้านลบของตนเอง เกิดการปรับความคิดและความรู้สึกจนเห็นคุณค่าของตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ช่วยให้เห็นการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมจากสมาชิกในกลุ่ม จึงเกิดแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Biesheuvel-Leliefeld et al. (2018) ที่นำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แล้วพบว่า สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ รวมทั้ง สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อีกด้วย

สำหรับกิจกรรมออกกำลังกายด้วยท่า “5อ.” เป็นกลยุทธ์ที่ช่วยเพิ่มการมีสติ จดจ่อกับสิ่งที่ทำปัจจุบัน ทำให้เกิดการตระหนักรู้ว่าตนเองกำลังคิดและทำอะไรอยู่ จึงสามารถมีสติจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kansri, Soonthornchaiya, and Somprasert (2018) ที่พบว่า การออกกำลังกายและรำประกอบจังหวะจะช่วยเพิ่มการตระหนักรู้ในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เพราะเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น และเพิ่มการผลิตของสารสื่อประสาทเซโรโทนิน (serotonin) ที่มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด มีอารมณ์ทางบวก มองตนเองในมุมบวก และมองเห็นศักยภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น ภาวะซึมเศร้าจึงลดลงได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สามารถนำโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ไปใช้เป็นแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในแต่ละชุมชน

1.2. ควรนำโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ไปปรับใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ

2. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หลังได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลของความสามารถในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey, NJ: Prentice Hall.
- Biesheuvel-Leliefeld, K. E. M., Bosmans, J. E., Dijkstra-Kersten, S. M. A., Smit, F., Bockting, C. L. H., van Schaik, D. J. F., van der Horst, H. E. (2018). A supported self-help for recurrent depression in primary care; An economic evaluation alongside a multi-center randomised controlled trial. *PLOS ONE*, 13(12), 1-18.
- Chainat Municipal Public Health Service Center 1. (2019). *Annual report 2019*. Chainat.
- Charoensuk, S. (2024). *Modification of the PBRI model for primary care*. Suphanburi: Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi.
- Cheaplamp, S., Dangdomyouth, P., & Malai, C. (2019). Remedy for people with depression by Dharma: Nature according to the buddhist way. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 33(3), 1-13.
- Choompubut, P., Kenbubpha, K., Sukhawaha, S., Leejongpermpoon, J., & Saima-in, H. (2022). Development and the effect of self-management with mindfulness-based cognitive therapy program for preventing relapse among people with major depressive disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 36(3), 117-140.
- Duggal, H. S. (2019). Self-management of depression: Beyond the medical model. *The Permanente Journal*, 23, 218-295.
- Health Data Center. (2024). *Screening for depression (2Q) in patients with chronic diseases, Health Region 3, fiscal year 2024*. Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=574437c29aff8d1709da55677abc4b03

- Hagerty, B. M., Bathish, M. A., & Kuchman, E. (2018). Development and testing of a self-regulation model for recurrent depression. *Journal of Health Psychology, 25*(10-11), 1732-1742.
- Kansri, J., Soonthornchaiya, R., & Somprasert, C. (2018). The effects of the cognitive rehabilitation program on depression among older adults with cognitive impairment. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 34*(1), 35-46.
- Kenbubpha, K., Pianthong, K., Saguanrum, K., & Sukhawaha, S. (2023). Mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorder in Thailand: Testing efficacy of the program. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 37*(3), 31-52.
- Losatiankij, P. (2015). Mindfulness psychotherapy in depression. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, 9*(1), 47-56.
- Musaa, Z. A., Lam, S. K., Mukhtar, F. B. M., Yan, S. K., Olalekan, O. T., & Geok, S. K. (2020). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the management of depressive disorder: Systematic review. *International Journal of Africa Nursing Sciences, 12*, 1-7.
- Pantong, K., & Dangdomyouth, P. (2018). The effective of resilience quotient emphasizing mindfulness-based program on depression in older persons with major depressive disorder. *Kuakarun Journal of Nursing, 25*(2), 105-118.
- Phukhothin, U., Pratoomkaew, S., & Inthawee, P. (2022). Management stress by using the 4 Noble Truths in the organizational management. *Journal of Buddhist Philosophy Evolved, 6*(2), 650-661.
- Ratchabut, N., Chantamungkhun, J., & Saehor, J. (2017). The study social cultural program for mental health promotion and depressive prevention in the elders Donmon sub-district, Satuek district, Buriram province. *HCU Journal, 20*(40), 115-125.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2003). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Sermthongtip, S., Hengudomsub, P., Vatanasin, D., & Pratoomsri, W. (2017). The effect of mindfulness-based cognitive therapy program on depression among persons with diabetes. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 25*(3), 66-75.
- Siribhuddo (Triviseassri), P. (2020). Prevention of depression to solve life problems in the situation of COVID-19 according to the Noble Truth 4. *The Journal of Sirindhornparidhat, 21*(2), 134-146.
- Thitasaro, P. S., Katapunyo, P. T., & Senphunga, P. (2019). Local wisdom and buddhist beliefs. *Journal of Graduate Saket Review, 4*(1), 12-20.
- World Health Organization. (2021). *Depression*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depression>