



ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สมพงษ์ นาคพรม¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.749 และแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) สำหรับผู้สูงอายุ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Repeated Measure ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า ความเข้มแข็งทางใจ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและการติดตามผล 4 สัปดาห์ โดยมีค่าเฉลี่ย 48.20, 58.70 และ 60.10 ตามลำดับ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลอง, หลังการทดลองและการติดตามผล 4 สัปดาห์ โดยมีค่าเฉลี่ย จาก 3.73, 4.20 และ 4.60 ตามลำดับ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง, หลังการทดลองและการติดตามผล 4 สัปดาห์ โดยมีค่าเฉลี่ย จาก 17.40, 12.10 และ 10.8 ตามลำดับ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีประสิทธิผลจริงต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการบูรณาการงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 กรมสุขภาพจิต, sompong06279@gmail.com



Effectiveness of a mental strengthening program for depression prevention among elderly people

Sompong Nakprom¹

ABSTRACT

This quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design aimed to study the Effectiveness of a mental strengthening program for depression prevention among elderly people. Participants were 60 elderly people. Participants were randomized to the experimental group (n=30) and the control group (n=30). The research instruments comprised the mental strengthening program, the personal information questionnaire, Thai Geriatric Depression Scale: TGDS with reliability as .93, the Resilience Quotient Questionnaire (RQ 20 items) with reliability as .749, and the self-esteem questionnaire for elderly people with reliability as .82. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and Repeated Measure ANOVA.

The research results revealed that. Resilience before the experiment, after the experiment, and at the 4-week follow-up, showed a statistically significant increase ($p < .001$) with mean scores of 48.20, 58.70, and 60.10, respectively. Self-esteem before the experiment, after the experiment, and at the 4-week follow-up, showed a statistically significant increase ($p < .001$) with mean scores of 3.73, 4.20 and 4.60, respectively. Depression before the experiment, after the experiment, and at the 4-week follow-up, showed a statistically significant decrease ($p < .001$) with mean scores of 17.40, 12.10, and 10.80, respectively.

This study suggested that mental strengthening program are effective in preventing depression in elderly people and can be used as a guideline for integrating Mental Health of the Elderly services into primary care systems to more effectively promote and prevent mental health problems and depression in elderly people.

Keywords : mental strengthening program, depression, elderly

¹Public Health Technical Officer (Professional Level) Mental Health Center 3 Department of Mental Health, sompong06279@gmail.com

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น โดยในปี 2020 องค์การอนามัยโลก (world health Organization: WHO) คาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับที่ 2 รองลงมาจากโรคหัวใจหลอดเลือด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดการสูญเสียสุขภาพ (disability adjusted life years, DALYs) เป็นอันดับ 1 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มโรคทางจิตเวช จากสถิติประชากรทั่วโลกมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.80 หรือประมาณ 280 ล้านคน สำหรับสถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทย สถิติจากกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับบริการในปี พ.ศ. 2560 - 2562 จำนวน 1,430,563 ราย, 1,439,710 ราย, และ 1,212,684 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2563; World Health Organization, 2018) สถิติภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบได้มากถึงร้อยละ 10 และยังมีอายุมากความเสี่ยงยิ่งเพิ่มมากขึ้น โรคซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุ ช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 2 แบบ คือ อาการซึมเศร้าที่เป็นมาก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและที่เกิดในช่วงที่เข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบมากถึงร้อยละ 10-20 ของประชากร และส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะผู้ที่หย่าร้าง อยู่ตัวคนเดียว หรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจะมีความเสี่ยงกับภาวะนี้มากขึ้น อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักไม่ค่อยตรงไปตรงมา มีตั้งแต่เศร้าเล็กน้อย อารมณ์ไม่แจ่มใสไปจนถึงรุนแรงมากจนกระทั่งเป็นโรคหรือมีอาการจิตเวชร่วมด้วย อาจมีอาการหลงทางจิต หรือขนาดคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งกลุ่มคนที่มีอาการซึมเศร้าแต่ไม่แสดงออก อาจมีเพียงจิตใจไม่แจ่มใส ความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน จะถูกปล่อยปละละเลยจนกลายเป็นอันตรายในที่สุด (Siriphanich, 2016)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และความคิด โดยอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในแต่ละวันอย่างมาก เช่น รับประทานอาหารได้น้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สิ้นหวัง หดหู่ รู้สึกว่าตัวเองไม่มีความสุขกับชีวิต วิตกกังวลตลอดเวลา และที่สำคัญคือ ผู้ป่วยจะไม่สามารถรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญได้ดีพอทำให้เกิดความรู้สึกมีดমন เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองเองในที่สุด (Phongto & Lueboonthawatchai, 2014) เป็นกลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (Emotional) ความคิด (Cognitive) ร่างกาย (Physical) และพฤติกรรม (Behavioral) ซึ่งอาการแสดงออกแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน การประเมินภาวะซึมเศร้าจึงต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบหลักดังกล่าว คือ มีอาการรู้สึกเศร้าใจ หม่นหมอง หงุดหงิด หรือรู้สึกกังวลใจ ไม่สบายใจ ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบข้าง หรือสิ่งที่เคยให้ความสนุกสนานในอดีต น้ำหนักลดลง หรือเพิ่มขึ้น ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป การแสดงออกทางพฤติกรรมโดยมีความสัมพันธ์กับคนอื่นแย่งลง เข้าร่วมกิจกรรม

ทางสังคมลดลง หากปล่อยให้เรื้อรังจนกระทั่งส่งผลเสียต่อร่างกายจิตใจ สังคม เกิดเป็นการเจ็บป่วยโรคซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์การเจ็บป่วยของโรคนี้ทำให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวันสร้างความเสียหาย ต่อคุณภาพชีวิตได้สูงกว่าโรคอื่น ๆ (Pliendkerd, 2014)

ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวคืนสู่สภาพเดิม เปรียบได้กับสิ่งที่มีความยืดหยุ่นที่ถึงแม้ว่าจะมีแรงกดดันไปแต่ก็สามารถคืนตัวและกลับมาเหมือนเดิมได้ ความสามารถในการปรับตัวของบุคคลเมื่อต้องประสบกับสถานการณ์วิกฤต เป็นพลังที่ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้าย ๆ ไปได้ รวมถึงสามารถฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วไม่จมอยู่กับความทุกข์ เรียกว่ามีการปรับตัวได้ดี จนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขอีกครั้ง (Grotberg, 1999) บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมักจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียทางด้านสังคมและเศรษฐกิจส่งผลให้ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวได้จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลวัยอื่น โดยมีรายงานว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เคยมีประสบการณ์ของการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งหากไม่สามารถผ่านพ้นวิกฤตนี้ไปได้จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำหรือเกิดอาการรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจและ ส่งผลให้ผู้สูงอายุตระหนักในความสามารถที่ตนเองมีนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ในสังคม (Khuanet, Dangdomyout, & Upasen, 2018)

พลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ คือ ความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดี เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Grotberg, 2003; Wagnild & Young, 1993) ซึ่งแนวคิดพลังสุขภาพจิตได้มีนักวิชาการนำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาหลากหลายกลุ่มอายุ สำหรับผู้สูงอายุ พบว่า แนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) ได้รับการยอมรับ และถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษามากที่สุด ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการคือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง

สถานการณ์ของเขตสุขภาพที่ 3 จากรายงานรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง (รง 506) ปีงบประมาณ 2566 พบอัตราพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุ 11.60 ต่อแสนประชากร และพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้สูงอายุ 12.07 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเกินเกณฑ์เป้าหมาย สำหรับสถานการณ์ของจังหวัด นครสวรรค์ พบอัตราพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุ 13.48 ต่อแสนประชากร และพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้สูงอายุ 8.26 ต่อแสนประชากร (ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย, 2566) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในกลุ่ม

ผู้สูงอายุที่มีการฆ่าตัวตาย ทั้งหมด 62 คน พบเกิดจากโรคประจำตัวทางกาย จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 75.81 และพบจากโรคประจำตัวทางจิตเวช จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 11.29 โดยในจำนวน 7 คนนี้ พบป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.84 ของผู้สูงอายุที่มีการฆ่าตัวตายทั้งหมด (กองตรวจราชการ, 2566) จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิตในผู้สูงอายุของจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ร้อยละผู้ใช้บริการที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมและผู้ที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง ปี 2565-2567 พบอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 43.74, ร้อยละ 40.67 และร้อยละ 40.64 ตามลำดับ การคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q Plus ของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ ปี พ.ศ. 2566 พบผิดปกติ จำนวน 662 ราย และมีจำนวนผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จ 12 คน คิดเป็น 6.36 ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, 2567; ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 กรมสุขภาพจิต, 2566)

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยพบว่าการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณค่าในตนเอง ซึ่งหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจิตใจที่เข้มแข็งจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากซึ่งเป็นปัญหา ที่ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออก จากสังคมและเห็นคุณค่าในตนเองน้อยลง ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมาทำวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อพิสูจน์ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการศึกษา อาจนำไปเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการ แผนงานโครงการ และยกระดับป้องกันภาวะซึมเศร้าได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อเปรียบเทียบความต่างของความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามหลังการทดลอง 4 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบความต่างของความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ
(Grotberg, 1999, pp. 66-72)

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สร้างสุขสมวัย พัฒนาความคิดด้านบวกและมองเห็นคุณค่าตนเอง (I am)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างกันในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิด

กิจกรรมที่ 3 คุณค่าของตนเองและการสร้างกำลังใจ

กิจกรรมที่ 4 ฝึกมองโลกแง่ดี

ครั้งที่ 2 การสื่อสารเชิงบวกและการแก้ไขปัญหาเชิงสร้างสรรค์ (I have)

กิจกรรมที่ 1 การสื่อสารเชิงบวก

กิจกรรมที่ 2 การคิดบวกอย่างสร้างสรรค์

กิจกรรมที่ 3 การจัดการอารมณ์

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการฟัง

ครั้งที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหา (I can)

กิจกรรมที่ 1 แก้ไขปัญหาพาชีวิตสุขใจ

กิจกรรมที่ 2 การฝึกกายและใจให้สงบด้วยการสร้างสุข
ด้วยสติ (Mindfulness) และการผ่อนคลาย
ความเครียด



ประสิทธิผลของโปรแกรม

- ความเข้มแข็งทางใจ
- ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- ระดับภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Repeated Measures Design) วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีประชากรเป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีแนวโน้มภาวะซึมเศร้า โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Polit and Beck (2004) สำหรับการวิจัยกึ่งทดลอง รวมทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย จากพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่ง และกลุ่มควบคุม 30 ราย จากพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดไทรใต้ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ใช้วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามคะแนนภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นเพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีระดับความรุนแรงใกล้เคียงกันก่อนเริ่มโปรแกรม โดยผู้เข้าร่วมต้องมีอายุครบ 60 ปี มีคะแนน TGDS อยู่ระหว่าง 13-24 คะแนน ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วย TMSE และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ได้คัดออกผู้ที่ไม่สมัครใจ ผู้ที่มีความบกพร่องด้านการได้ยินหรือการสื่อสาร และผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของ Grotberg ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60-90 นาที ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และมีการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 ครั้ง ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความคิดเชิงบวกและการเห็นคุณค่าในตนเอง (I am) การฝึกการสื่อสารเชิงบวกและการแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (I have) การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการปัญหา การฝึกสติและการผ่อนคลายความเครียด (I can) และการทบทวนประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อสร้างพลังใจและความเข้มแข็งทางใจในระยะยาว ทั้งนี้หลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยได้ประเมินผลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ 2. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) จำนวน 30 ข้อ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 ใช้ประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 3. แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ) ฉบับ 20 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น 0.749 ประเมินความสามารถในการปรับตัวของบุคคลใน 3 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ และการจัดการกับปัญหา และ 4. แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของ Coopersmith และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบ

ควบคุมร้อยละ 40.0 ส่วนอาชีพเกษตรกร อยู่ที่ ร้อยละ 26.7 และ 23.3 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 2,450 บาท (SD = 1,020) และกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 2,380 บาท (SD = 980) โดยกลุ่มที่ไม่มีรายได้มีสัดส่วนร้อยละ 20.0 และ 23.3 ตามลำดับ ด้านรูปแบบการอยู่อาศัย พบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลาน โดยกลุ่มทดลองอยู่กับคู่สมรสร้อยละ 36.7 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 33.3 ขณะที่ผู้ที่อยู่คนเดียวมีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 23.3 และ 26.7 ในด้านสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์บัตรทอง โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 70.0 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 66.7 และมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสัดส่วนร้อยละ 50.0 และ 53.3 ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมการรักษาเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่เลือกไปสถานพยาบาล โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 73.3 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 76.7 ขณะที่แหล่งข้อมูลสุขภาพสำคัญที่สุดมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในสัดส่วนร้อยละ 36.7 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 40.0 ของกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความต่างของความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความต่างของความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA

ตัวแปร	ก่อน $\bar{x}(SD)$	หลัง $\bar{x}(SD)$	ติดตาม 4 สัปดาห์ $\bar{x}(SD)$	SS	df	MS	F	p-value
ความเข้มแข็งทางใจ	48.20 (6.10)	58.70 (5.80)	60.10 (5.50)	1,518.90	2	759.45	32.45	< .001*
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	3.73 (0.60)	4.20 (0.48)	4.60 (0.38)	35.60	2	6.60	29.45	< .001*
ภาวะซึมเศร้า	17.40 (2.80)	12.10 (2.50)	10.80 (2.40)	1,445.25	2	722.63	45.88	< .001*

d = Sphericity Assumed, SS = Sum of Square, DF = Degree of Freedom, MS = Mean Square, *p-value < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ

ภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลอง ก่อน-หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ เป็นรายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni (n=30)

ตัวแปร	Mean difference	p-value
คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ		
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	+10.50	< .001*
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	+11.90	< .001*
หลังการทดลอง - ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	+1.40	.045*
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	+6.30	< .001*
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	+7.60	< .001*
หลังการทดลอง - ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	+1.30	.032*
ภาวะซึมเศร้า		
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	-5.30	< .001*
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	-6.60	< .001*
หลังการทดลอง - ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	-1.30	.021*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งทางใจ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (\bar{X} =48.20, SD=6.10) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (\bar{X} =58.70, SD =5.80) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (\bar{X} =60.10, SD =5.50) แสดงได้ว่า ระดับความเข้มแข็งทางใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตาม 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิต ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ โดยคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences=10.50, 1.40 ตามลำดับ, p<0.05) (ตารางที่ 2)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 3.73, SD = 0.60$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 4.20, SD = 0.45$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ($\bar{X} = 4.60, SD = 0.38$) แสดงได้ว่า ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตาม 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ (ตารางที่ 2) จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ โดยคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง หลังการทดลองและระยะติดตาม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences=6.30, 1.30 ตามลำดับ, $p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 17.40, SD = 2.80$) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 12.10, SD = 2.50$) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ($\bar{X} = 10.80, SD = 2.40$) แสดงได้ว่า ระดับภาวะซึมเศร้า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ (ตารางที่ 2) จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้า ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences=5.30, 1.30 ตามลำดับ, $p < 0.05$ (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมตาม ตัวแปรตามทั้งสาม ได้แก่ ความเข้มแข็งทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า

เปรียบเทียบความต่างของความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

1. ความเข้มแข็งทางใจ

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์

กลุ่ม	\bar{X}	SD	SS	df	MS	F	p-value
กลุ่มทดลอง (n=30)							
- ก่อนการทดลอง	48.20	6.10	2,145.80				
- หลังการทดลอง	58.70	5.80		2	1,518.90	32.45	< .001*
- ติดตามผล 4 สัปดาห์	60.10	5.50					
กลุ่มควบคุม (n=30)							
- ก่อนการทดลอง	47.90	6.00	128.70				
- หลังการทดลอง	48.30	5.90		2	64.35	0.82	.445
- ติดตามผล 4 สัปดาห์	48.10	6.10					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ($\bar{X} = 58.70, SD = 5.80$), ($\bar{X} = 60.10, SD = 5.50$) สูงกว่า กลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 48.30, SD = 5.90$), ($\bar{X} = 48.10, SD = 6.10$) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <.001

2. การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์

กลุ่ม	\bar{X}	SD	SS	df	MS	F	p-value
กลุ่มทดลอง							
- ก่อนการทดลอง	3.73	0.60	35.60				
- หลังการทดลอง	4.20	0.48		2	6.60	29.45	< .001*
- ติดตามผล 4 สัปดาห์	4.60	0.38					
กลุ่มควบคุม							
- ก่อนการทดลอง	3.67	0.62	23.30				
- หลังการทดลอง	3.80	0.55		2	1.05	4.85	.250
- ติดตามผล 4 สัปดาห์	3.80	0.53					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (\bar{X} = 4.20, SD = 0.48), (\bar{X} = 4.60, SD = 0.38) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (\bar{X} = 3.80, SD = 0.55), (\bar{X} = 3.80, SD = 0.53) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .001

3. ภาวะซึมเศร้า (TGDS)

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์

กลุ่ม	\bar{X}	SD	SS	df	MS	F	p-value
กลุ่มทดลอง							
- ก่อนการทดลอง	17.40	2.80	2,890.50				
- หลังการทดลอง	12.10	2.50		2	1,445.25	45.88	< .001*
- ติดตามผล 4 สัปดาห์	10.80	2.40					
กลุ่มควบคุม							
- ก่อนการทดลอง	17.10	2.70	134.50				
- หลังการทดลอง	17.00	2.60		2	67.25	0.29	.751
- ติดตามผล 4 สัปดาห์	16.90	2.70					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (\bar{X} = 12.10,SD = 2.50), (\bar{X} = 10.80,SD = 2.40) ต่ำกว่า กลุ่มควบคุม (\bar{X} = 17.00,SD = 2.60), (\bar{X} = 16.90, SD = 2.70) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .001

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (n=30)

ระดับภาวะซึมเศร้า	ระดับปกติ คะแนน 0-12 คะแนน		มีความเศร้า ระดับเล็กน้อย (Mild depression) คะแนน 13-18 คะแนน		มีความเศร้า ระดับปานกลาง (Moderate depression) คะแนน 19-24 คะแนน		มีความเศร้า ระดับรุนแรง (Severe depression) คะแนน 25-30 คะแนน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง								
ก่อนทดลอง	0	(0.0%)	24	(80.0%)	6	(20.0%)	0	(0.0%)
หลังทดลอง	20	(66.7%)	8	(26.7%)	2	(6.6%)	0	(0.0%)
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	24	(80.0%)	5	(16.7%)	1	(3.3%)	0	(0.0%)
กลุ่มควบคุม								
ก่อนทดลอง	0	(0.0%)	25	(83.3%)	5	(16.7%)	0	(0.0%)
หลังทดลอง	0	(0.0%)	25	(83.3%)	5	(16.7%)	0	(0.0%)
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	0	(0.0%)	25	(83.3%)	5	(16.7%)	0	(0.0%)

จากตารางที่ 7 **กลุ่มทดลอง** พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ระดับภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Moderate depression) (19 – 24 คะแนน) จำนวน 6 คน (ร้อยละ 20) ระดับเล็กน้อย (Mild depression) (13 – 18 คะแนน) จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80) ไม่มีทดลองที่อยู่ในระดับปกติ (0 – 12 คะแนน) หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีระดับภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Moderate depression) (19 – 24 คะแนน) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.6) ระดับเล็กน้อย (Mild depression) (13 – 18 คะแนน) จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.7) ระดับปกติ (0 – 12 คะแนน) จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.7) ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Moderate depression) (19 – 24 คะแนน) จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.3) ระดับเล็กน้อย (Mild depression) (13 – 18 คะแนน) จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.7) ระดับปกติ (0 – 12 คะแนน) จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80)

กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง มีระดับภาวะซึมเศร้า ไม่แตกต่างกัน ดังนี้ ระดับปานกลาง (Moderate depression) (19 – 24 คะแนน) จำนวน

5 คน (ร้อยละ 16.67) ระดับเล็กน้อย (Mild depression) (13 – 18 คะแนน) จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.3) ไม่มีกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในระดับปกติ (0 – 12 คะแนน)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ : ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถเพิ่มระดับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลองและต่อเนื่องถึงระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถพัฒนาทักษะด้านการฟื้นคืนสภาพจิตใจ การจัดการอารมณ์ และความสามารถในการเผชิญกับความยากลำบากของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Grotberg (1999) ที่เสนอว่าความเข้มแข็งทางใจเกิดจากองค์ประกอบสามประการ ได้แก่ “I am - ความเชื่อมั่นในตัวเอง”, “I have - แหล่งสนับสนุนที่ช่วยให้รู้สึกมั่นคง”, และ “I can - ความสามารถในการแก้ไขปัญหา” ซึ่งปรากฏว่ากิจกรรมภายในโปรแกรม เช่น การสะท้อนความคิด สามารถบอกจุดแข็งของตนเอง และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม ช่วยกระตุ้นโลกทั้ง 3 ประการได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้เกิดการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วรลักษณ์ ไพบูลย์, และชโลธร แสงอรุณ (2562) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุสามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจและลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ รวมถึงผลการศึกษาของ สุนีย์ ศรีอุดม (2563) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในกิจกรรมกลุ่ม มีผลในการเพิ่มพลังฟื้นคืนสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Luthar, Cicchetti, & Becker (2000) พบว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นกระบวนการพลวัตที่พัฒนาได้เมื่อบุคคลได้รับการเสริมแรงทางอารมณ์และสังคมอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุสามารถเพิ่มทักษะการฟื้นตัวและการปรับตัวได้หลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลของโปรแกรมต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ : ผลการวิจัยพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่หลังการทดลองจนถึงระยะติดตามผล โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณค่า ความหมาย และศักยภาพของตนเองมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากโครงสร้างของโปรแกรมที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้สำรวจความภาคภูมิใจในชีวิต เรียนรู้ที่จะให้ความหมายต่อตนเองใหม่ และรับกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับทฤษฎีการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984) ที่อธิบายว่าการเห็นคุณค่าในตนเองจะพัฒนาได้เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับ การสนับสนุน และมองเห็นความสามารถของตนเองอย่างชัดเจนมากขึ้น อีกทั้งยังมีผลการศึกษาสนับสนุนผลลัพธ์การศึกษานี้ เช่น

นวนอนงค์ ผลบุญ และศศิธร ธรรมพนิช (2561) พบว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุช่วยให้ผู้สูงอายุมีการมองเห็นคุณค่าตนเองสูงขึ้นและลดความเสี่ยงทางอารมณ์ นอกจากนี้ อรพรรณ รัตนภานุ และคณะ (2563) ยังพบว่ากิจกรรมกลุ่มที่เปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้สะท้อนตัวตนและให้กำลังใจซึ่งกันและกันช่วยสร้างความภาคภูมิใจในตนเองและทำให้เกิดการยอมรับตนเองในระดับที่สูงขึ้น ขณะทำงานวิจัยของ Wagnild & Young (1993) พบว่า ผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจมักมีภาพลักษณ์ของตนเองในทางบวกมากกว่า และความเข้มแข็งทางใจจะส่งเสริม Self-esteem โดยตรง

3. ผลของโปรแกรมต่อระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ : ผลการวิจัยพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหลังการทดลองและในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ การลดลงนี้แสดงว่าผู้สูงอายุได้รับทักษะและแนวทางจัดการอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การคิดเชิงบวก การตระหนักรู้ทางอารมณ์ และการฝึกสติ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดความถี่และความรุนแรงของความคิดด้านลบ ซึ่งเป็นแก่นกลางของภาวะซึมเศร้าตามแนวคิด Cognitive Behavioral Therapy ของ Beck et al. (1979) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร สันติวัฒนกุล (2560) แสดงให้เห็นว่าการฝึกสติแบบกลุ่มสามารถลดระดับซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่การศึกษาของ จุฑารัตน์ อธิปัญญานนท์ (2561) พบว่าการปฏิบัติตามแนวพุทธ เช่น การเจริญสติ และการทำสมาธิ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสงบทางใจมากขึ้นและมีอาการซึมเศร้าลดลง ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Khuannet et al. (2018) ที่พบว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้าและช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการฟื้นตัวจากประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสะท้อนความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างความเข้มแข็งทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ ศิริกาญจน์ เรืองฤทธิ์ (2562) ที่พบว่าทั้ง ความยืดหยุ่น (Resilience) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นตัวปัจจัยทำนายสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีความสามารถในการฟื้นตัวจากปัญหาที่ขึ้นและมีมุมมองต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น พวกเขาจะมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยทั้งหมดสามารถกล่าวได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจส่งผลด้านบวกต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและมีข้อมูลสนับสนุนทั้งจากงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ โดยโปรแกรมไม่เพียงช่วยพัฒนาความสามารถในการจัดการปัญหาและอารมณ์ แต่ยังเสริมสร้างภาพลักษณ์ตนเองที่ดีและลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. บูรณาการโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้เป็นมาตรการเชิงรุกในการป้องกันภาวะซึมเศร้า
2. เสริมศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุขด้านสุขภาพจิต ให้สามารถจัดกิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดพลังสุขภาพจิต (Resilience) ได้ในชุมชน
3. จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนและสร้างเครือข่ายพลังใจ
4. พัฒนาแนวทางการคัดกรองร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันปัญหาซึมเศร้าในระดับชุมชนตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มจำนวนพื้นที่ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบบริบทที่แตกต่างกัน
2. ควรติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 3-12 เดือน
4. ควรศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความโดดเดี่ยวทางสังคม ภาวะเรื้อรัง เพื่อวิเคราะห์บทบาทร่วมกับพลังสุขภาพจิต (Resilience)
5. ควรใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย เพื่อให้เห็นประสบการณ์ลึกซึ้งของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีดี อีดี สู้. สำนักวิชาการสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช, 45(6), 359-374.
- กองตรวจราชการ. (2566). รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 เขตสุขภาพที่ 3. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- จุฑารัตน์ ธีรปัญญานนท์. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตตามแนวพุทธต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32(2), 14-27.
- นวลอนงค์ ผลบุญ, และศศิธร ธรรมพนิช. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 48(2), 123-136.

- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. (2567). จำนวนและร้อยละผู้ใช้บริการที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมและผู้ที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง จำแนกตามกลุ่มอายุ. เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2567, จาก <https://shorturlasia/m8e5p>
- วรลักษณ์ ไพบูลย์, และชโลธร แสงอรุณ. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสาร, 46(3), 45-58.
- ศิริกาญจน์ เรืองฤทธิ์. (2562). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 25(2), 112-125.
- ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย. (2566). รายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานผลการดำเนินงานศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 ปีงบประมาณ 2566. เข้าถึงเมื่อ 11 ตุลาคม 2567, จาก <https://mhc3.dmh.go.th/2566.pdf>
- สุนีย์ ศรีอุดม. (2563). ผลของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์, 13(1), 23-34.
- สมพร สันติวัฒนกุล. (2560). ผลของโปรแกรมฝึกสติแบบกลุ่มต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 25(1), 47-60.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Coopersmith, S. (1984). *SEI : Self-Esteem Inventories*. California : Consulting Psychologist Press, Inc
- Grotberg, E. H. (1999). Countering depression with the five building blocks of resilience. *Reaching Today Youth*, 4(1), 66-72.
- Grotberg, E. H. (2003). *Resilience for Today: Gaining Strength from Adversity*. Greenwood: Praeger Publishers.
- Khuannet, P, Dangdomyout, P., & Upasen, R. (2018). The Effect of Resilience Enhancement Program on Self-Esteem Patients with Major Depressive Disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health*, 32(2), 39-51.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 71(3), 543-562
- Pliendkerd, P. (2014). Depressive disorder: Nurses role in nursing care. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(1), 18-20.

Polit, D. F., & Back, C. T. (2004). Nursing research: Principles and method (7th ed.).
Philadelphia : Lippincott.

Program on Suicidal Ideation in Suicidal Attempter. Journal of Psychiatric and Mental
Health, 28(1), 121-131.

Siriphanich, B. (2016). Situation of The Thai Elderly. Foundation of Thai Gerontology
Research and Development Institute. Bangkok : Printery Ltd.

Wagnild, G. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the
Resilience Scale. Journal of Nursing Measurement, 1(2), 165-178.

World Health Organization. (2018). Depression. Retrieved October 11, 2024, from
<http://www.emro.who.int/health-topics/depression/index.html>