

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า
โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย*

THE EFFECT OF RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAM ON
DEPRESSION PATIENTS AT SI NAKHON HOSPITAL SUKHOTHAI PROVINCE

สายรุ้ง ตรีพุด, ทศนีย์ ระย้า, บัวพลอย พรหมแจ้ง, บุญนาค พวงทอง, วาสนา บุญยมนี่*

Sairung Treeput, Tassanee Raya, Buaplay Phrompeang, Boonark Phuangthong, Wasana Boonyamaneer*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ อุดรดิตถ์ ประเทศไทย

Faculty of Nursing, Uttaradit Rajabhat University, Uttaradit, Thailand

*Corresponding author E-mail: wasana49@gmail.com

*Tel: 089-704-7949

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน คัดเลือกเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และ 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q แบบประเมินความสุขคนไทย แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคเท่ากับ 0.89 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความสุข เท่ากับ 0.87 และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลทั่วไป สถิติทดสอบ Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า แนวโน้มการจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ความสุข และความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังทดลอง ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีภาวะซึมเศร้า และแนวโน้มของการจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันต่ำลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.417, p < .001$) และ ($t = 17.157, p < .001$) มีระดับความสุข และความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 23.911, p < .001$) และ ($t = 30.892, p < .001$) ดังนั้น จึงควรส่งเสริมการสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและความคิดจะฆ่าตัวตาย ทำให้เพิ่มความสุขและความเข้มแข็งทางใจ

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งทางใจ, ภาวะซึมเศร้า, แนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน, ความสุข

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of a resilience enhancement program among patients with depression. The sample consisted of 40 patients receiving treatment at the outpatient department. Inclusion criteria and selected by purposive sampling. The research instruments included 1) Resilience enhancement program and 2) Personal data form, the 2Q and 9Q depression screening questionnaires, the 8Q suicide risk assessment, the Thai Happiness Indicator, and the Resilience Quotient Assessment. All instruments were validated by three experts. The reliability coefficients of the instruments were 0.89, 0.87, and 0.83, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The results showed that after participating in the program, patients had significantly lower depression and suicidal tendency scores ($p < .001$), while happiness and resilience scores were significantly higher than before the intervention ($p < .001$). The findings suggest that resilience enhancement programs can help reduce depression and suicidal ideation, while improving happiness and resilience among patients with depression.

Keywords: Resilience, Depression, Current Suicidal Tendencies, Happiness

บทนำ

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้า ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการทางสุขภาพทั่วโลกส่งผลให้เกิด ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากสถิติพบเป็นปัญหาการตายอันดับที่ 2 ของโลก องค์การอนามัยโลกพยากรณ์ใน ปี พ.ศ. 2564 - 2572 ร้อยละ 60 อัตราเฉลี่ยการฆ่าตัวตายวันละ 3,000 คน ในช่วงอายุ 15 - 19 ปี ส่งผลกระทบต่อเพศชาติและจิตใจของบุคคลรอบข้าง และครอบครัว เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขและสังคมทั่วโลก (World Health Organization, 2020) ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม และการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง และสูญเสียความสนใจหรือความเพลิดเพลิน ในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคม (ธณินทร์ กองสุข, 2566) องค์การอนามัยโลกจัดให้ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการทางสุขภาพทั่วโลก ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์โดยตรงกับแนวโน้มการฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ป่วยมักมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองในแง่ลบ และรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น ซึ่งอาจนำไปสู่ความคิดอยากตายหรือการทำร้ายตนเองได้ ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.2 หรือมีจำนวน 1.5 ล้านคน จากประชากร 69 ล้านคน ฆ่าตัวตายสำเร็จ 4,000 คนต่อปี ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จกว่า 50,000 ราย ในภาพรวมประเทศและเขตสุขภาพที่ 2 สาเหตุการฆ่าตัวตายเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคซึมเศร้า ร่วมกับปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2566) จังหวัดสุโขทัย อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในระยะ 4 ปี คือ ปีงบประมาณ 2563 - 2566 มีฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 11.4, 11.4, 12.4 และ 13.5 ต่อแสนประชากร ซึ่งเกินเกณฑ์ < 8 ต่อแสนประชากร

อำเภอศรีนคร ปี 2563 - 2566 พบฆ่าตัวตายสำเร็จ ในกลุ่มอายุ 35 - 60 ปี มีฆ่าตัวตายสำเร็จ 7.6, 7.8, 11.7 และ 19.7 ต่อแสนประชากร สาเหตุ คือ ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค หรือ มะเร็ง สารเสพติด และโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรคจิตหรือการใช้สารเสพติดแล้ว ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการส่งต่อ โรงพยาบาลแม่ข่ายมีอาการดีขึ้นแล้ว แต่เมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิตส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ากลับมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2566) เมื่อระดับภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ระดับความสุขและความพึงพอใจในชีวิตจะลดลง ผู้ป่วยมักขาดความหวัง มองอนาคตในแง่ลบ และไม่สามารถรับรู้คุณค่าหรือความสุขจากกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ ส่วนหนึ่งของการทำร้ายตนเองเกิดจากผู้ป่วยขาดความเข้มแข็งทางใจหรือขาดภูมิต้านทาน (Resilience) ซึ่งหมายถึง มีความอดทนต่อแรงกดดันในระดับต่ำ ขาดความหวังและกำลังใจ และรู้สึกพ่ายแพ้ไม่กล้าต่อสู้เอาชนะอุปสรรค (ธณินทร์ กองสุข, 2566) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร้อยละ 19.4 ได้แก่ ทางกายมีอาการปวดเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจทำให้อาการของโรคเรื้อรังทางกายรุนแรงมากขึ้น คุณภาพชีวิตลดลง รู้สึกหมดกำลังใจ สิ้นหวัง รู้สึกไม่มีประโยชน์ เกิดความกังวลว่าตนเองเป็นภาระของบุคคลใกล้ชิด ไร้ค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ (ทัศนีย์ เชื้อมทอง และคณะ, 2565) และการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงและส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงสอดคล้องกับ ไพจิตร พุทธรอด ที่ศึกษาผลโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 19.47 < 20.35$) (ไพจิตร พุทธรอด, 2563)

ความเข้มแข็งทางใจ ความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่สภาวะปกติ ทำให้บุคคลเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จในการปรับตัว และสามารถฟื้นตัวอุปสรรคมีความหวังและกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดระดับภาวะซึมเศร้าในจิตใจลงได้ กล้าที่จะยืนหยัดต่อสู้กับความทุกข์ทรมานทางกายอย่างเข้มแข็ง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (ดลฤดี ทับทิม และคณะ, 2563) และแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันเน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า ลดแนวโน้มการฆ่าตัวตาย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ทัศนีย์ เชื้อมทอง และคณะ, 2565)

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่นเน้นการรักษาทางยาและการบำบัดทางจิตทั่วไป มากกว่าการพัฒนาโปรแกรมที่มุ่งเสริมสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ มีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อ แนวโน้มการฆ่าตัวตาย และ ภาวะซึมเศร้า และยังไม่พบโปรแกรมที่ออกแบบอย่างเป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย ซึ่งมีปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัวที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากบริบทอื่น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาแนวทางเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้ใช้ความเข้มแข็งทางใจเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงและส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง (One Groups Pretest-posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ระหว่างวันที่ 1 เดือนมกราคม 2567 - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนคร ปี พ.ศ. 2566 (โรงพยาบาลศรีนคร, 2566) โดยเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 40 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Power Analysis ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.70 อำนาจการทดสอบทางสถิติเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 คน (ดลฤดี ทับทิม และคณะ, 2563) เพื่อป้องกัน การสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ถึง 60 ปี 2) มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย - ปานกลาง ($9Q = 7 - 18$ คะแนน) 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์ยุติเข้าร่วมโครงการ มีดังนี้ 1) เกิดภาวะวิกฤตทางกายหรือทางจิต 2) ทำกิจกรรมไม่ครบร้อยละ 80 และ 3) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ปี 2557 ของกรมสุขภาพจิตเป็นการสอบถามถึงประสบการณ์ในช่วง 14 วัน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบประเมินค่า (Rating Scale) 2 ระดับ คือ ไม่มี 0 คะแนน และมี 1 คะแนน การแปลผล ค่าผิปกติมี 1 คะแนนขึ้นไป ร่วมกับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย 0 คะแนน เป็นบางวัน (1 - 7 วัน) 1 คะแนน เป็นบ่อย (>7 วัน) 2 คะแนน เป็นทุกวัน 3 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 7 - 12 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง 13 - 18 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลางระดับสูง ≥ 19 คะแนน

1.2 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ปี 2557 ของกรมสุขภาพจิต ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบประเมินค่า (Rating Scale) 2 ระดับ คือ ไม่มี 0 คะแนน ข้อ 1 มี 1 คะแนน ข้อ 2 มี 2 คะแนน ข้อ 3 ส่วนที่ 1 มี 6 คะแนน ส่วนที่ 2 มี 8 คะแนน ข้อ 4 มี 8 คะแนน ข้อ 5 มี 9 คะแนน ข้อ 6 มี 4 คะแนน ข้อ 7 มี 10 คะแนน ข้อ 8 มี 4 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ 0 คะแนนไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย 1 - 8 คะแนน

มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย 9 - 16 คะแนน มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันปานกลาง >17 คะแนน มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง

1.3 แบบประเมินความสุขคนไทย Thai Mental Health Indicator Version 2007 = TMHI-15 ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 15 ข้อ สอบถามถึงประสบการณ์ในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 ไม่เลย 0 คะแนน เล็กน้อย 1 คะแนน มาก 2 คะแนน มากที่สุด 3 คะแนน กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6 ไม่เลย 3 คะแนน เล็กน้อย 2 คะแนน มาก 1 คะแนน มากที่สุด 0 คะแนน การแปลผล มีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) <27 คะแนน มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair) 28 - 34 คะแนน มีความสุขสูงกว่าคนทั่วไป (Good) 33 - 45 คะแนน

1.4 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ จำนวน 20 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามถึงความสามารถของบุคคล ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านความทนต่อแรงกดดัน 10 ข้อ 2) ด้านการมีความหวังและกำลังใจ 5 ข้อ และ 3) ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค จำนวน 5 ข้อ ในช่วงอายุ 25 - 60 ปี ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20 ไม่จริง 1 คะแนน จริงบางครั้ง 2 คะแนน ค่อนข้างจริง 3 คะแนน จริงมาก 4 คะแนน กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 1, 5, 14, 15, 16 ไม่จริง 4 คะแนน จริงบางครั้ง 3 คะแนน ค่อนข้างจริง 2 คะแนน จริงมาก 1 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านความทนต่อแรงกดดัน (ข้อ 1 - 10) ต่ำกว่าเกณฑ์ <27 คะแนน เกณฑ์ปกติ 27 - 34 คะแนน สูงกว่าเกณฑ์ >34 คะแนน 2) ด้านการมีความหวังและกำลังใจ (ข้อ 11 - 15) ต่ำกว่าเกณฑ์ < 27 คะแนน เกณฑ์ปกติ 28 - 34 คะแนน สูงกว่าเกณฑ์ 35 คะแนน ขึ้นไป และ 3) ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค (ข้อ 16 - 20) ต่ำกว่าเกณฑ์ คือ 54 คะแนนลงไป เกณฑ์ปกติ 55 - 69 คะแนน สูงกว่าเกณฑ์ > 70 คะแนน

2. โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก ดลฤดี ทับทิม และคณะ มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ มารู้จักความเข้มแข็งทางใจ เข้าใจถึงกระบวนการ ประโยชน์ของความเข้มแข็งทางใจ และความคิดเชิงบวก 2) การส่งเสริมให้สมาชิกมีความรู้สึกดีต่อตนเองชีวิตนี้มีค่า (ด้านสิ่งที่ฉันเป็น) เห็นความสำคัญ และมีความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถประยุกต์ใช้หลักการแก้ไขปัญหของตนเองได้ทั้งในเรื่องการตั้งเป้าหมาย การคิดแบบมีทางเลือก และความสำคัญของการมีคนช่วยคิด 3) ทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้ (ด้านสิ่งที่ฉันมี) 4) รู้จักตนเอง เข้าใจผู้อื่นทำอะไร (ด้านสิ่งที่ฉันสามารถ) และ 5) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ดลฤดี ทับทิม และคณะ, 2563)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์เวชศาสตร์สาขาป้องกันสุขภาพจิตชุมชนโรงพยาบาลศรีนคร หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลกงไกรลาศ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครตรัง ปรับปรุงตามคำแนะนำแบบต่อเนื่อง พบว่า มีความตรงเชิงเนื้อหาแบบประเมินความสุข เท่ากับ 0.87 และของแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ 0.88 เท่ากับ 0.86

ความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้ Cronbach's Alpha Coefficientการ ทดลอง (Try Out) ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลสวรรค์โลก จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความสุข เท่ากับ 0.87 และของแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนทำการเก็บข้อมูลการวิจัยได้ชี้แจงข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนสิทธิที่จะยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็น ภาพรวม ไม่ระบุชื่อ/สกุลกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจรายละเอียดและยินยอมเข้าร่วม การวิจัยด้วยความสมัครใจ จึงให้ลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในแบบฟอร์มการให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) โดยได้รับการรับรองจริยธรรมเลขที่ IRB152/2023 วันที่ 25 ธันวาคม 2566 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จากนั้นส่งหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูล และ การดำเนินการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระยะเวลา 5 สัปดาห์ จำนวน 5 ครั้ง ณ ห้องประชุมแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ รายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 ได้แก่ 1) เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างด้วย แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q แบบประเมินความสุขคนไทย และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจก่อนดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมใช้เวลา 1 ชั่วโมง และ 2) สนทนาสร้างสัมพันธภาพ กับกลุ่มตัวอย่างให้รู้จักความเข้มแข็งทางใจ เข้าใจถึงกระบวนการ ประโยชน์ของความเข้มแข็งทางใจ และความคิดเชิงบวก และซักถามข้อสงสัย ให้คำชี้แนะเพิ่มเติมระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และนัดหมายสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 การติดต่อทางโทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่าง ส่งเสริมให้มีความรู้สึกดีต่อตนเอง ชีวิตนี้มีค่า (ด้านสิ่งที่ฉันเป็น) เห็นความสำคัญ และมีความภาคภูมิใจในตนเองสามารถประยุกต์ใช้หลักการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ทั้งในเรื่องการตั้งเป้าหมาย การคิดแบบมีทางเลือก และความสำคัญของการมีคนช่วยคิด คิดบวกและมองโลกในแง่ดี ส่งต่อความคิดในแง่ดีให้คนอื่น ๆ ฉันมีดีอะไร การอภิปรายร่วมกันถึงการมองเห็นตนเองในแง่ดี สามารถใช้ข้อดีในการพัฒนา หรือส่งเสริมศักยภาพเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางใจได้ ใช้เวลาพูดคุยโทรศัพท์ 30 นาทีต่อ 1 คน และนัดหมายสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแสดงความคิดเห็น ตามแนวคิดทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้ (ด้านสิ่งที่ฉันมี) สามารถประยุกต์ใช้หลักการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ทั้งในเรื่องการตั้งเป้าหมาย การคิดแบบมีทางเลือก และความสำคัญของการมีคนช่วยคิดการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น กิจกรรมเกี่ยวกับการข้อดีของตนเอง การอภิปรายเกี่ยวกับการมองเห็นตนเองในแง่ดี เพื่อพัฒนาหรือส่งเสริมศักยภาพเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางใจใช้เวลา 2 ชั่วโมง และการ นัดหมายสัปดาห์ที่ 4

สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักตนเอง เข้าใจผู้อื่นอย่างไร (ด้านสิ่งที่ฉันสามารถ) ฝึกใช้คำพูดแสดงอารมณ์ ความหมายของอารมณ์ต่าง ๆ ฝึกใช้คำพูดแสดงอารมณ์ ความหมายของอารมณ์ต่าง ๆ ฝึกการรับรู้อารมณ์ตนเอง และของบุคคลอื่นเพื่อฝึกความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น การตอบสนองอารมณ์ต่ออารมณ์ผู้อื่น การตอบสนองต่ออารมณ์ผู้อื่น เพื่อฝึกการควบคุมอารมณ์ตนเอง โดยฝึกการหายใจ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที การนัดหมายสัปดาห์ที่ 5

สัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ร่วมกันประเมินผล กิจกรรม อภิปรายถึงประโยชน์ที่ได้รับ เล่าถึงความประทับใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และซักถามประเด็นที่สงสัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q แบบประเมินความสุขคนไทย และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ หลังดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูล ทัวไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า แนวโน้มการจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ความสุข และความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test โดยผู้วิจัยทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลให้เป็นไปตามโค้งปกติ (Normality Test) ด้วยสถิติ Shapiro-wilk (หรือ Kolmogorov-smirnov ตามความเหมาะสมของขนาดกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดสอบด้วยค่าสถิติ t-test เพื่อความสมบูรณ์และถูกต้องของระเบียบวิธีวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 และ ร้อยละ 82.5 อายุเฉลี่ย 52.24 ปี (S.D. = 5.78) และ 51.45 ปี (S.D. = 5.16) การศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 62.50 และ 60.00 อาชีพหลัก เกษตรกรรม ร้อยละ 40.00 และ 42.50 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 82.50 และ 77.50 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ เป็นบิดามารดา ร้อยละ 90.00 และ 92.50 ตามลำดับ
2. ภาวะซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลระดับของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีซึมเศราระดับน้อย ร้อยละ 65.0 ที่เหลือไม่มีภาวะซึมเศราร้อยละ 35.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (n = 40)

ระดับซึมเศร้า	ช่วงคะแนน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0 - 6	0	0.0	14	35.0
ซึมเศราระดับน้อย	7 - 12	5	12.5	26	65.0

ตารางที่ 1 แสดงระดับของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (n = 40) (ต่อ)

ระดับซึมเศร้า	ช่วงคะแนน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ซึมเศร้าระดับปานกลาง	13 - 18	35	87.5	0	0.0
ซึมเศร้าระดับมาก	≥ 19	0	0.0	0	0.0
รวม		40	100.0	40	100.0

และพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ($M = 14.4$, $S.D. = 2.205$) น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ($M = 5.6$, $S.D. = 2.898$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.417$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (n = 40)

หัวข้อ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	df	p-value
	M	S.D.	M	S.D.			
คะแนนภาวะซึมเศร้า	14.4	2.205	5.6	2.898	22.417	39	<.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .001$

3. แนวโน้มของการจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนแนวโน้มของการจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมโดยที่ ระดับของแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีระดับของแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันดีขึ้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับของแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (n = 40)

แนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ในระยะ 1 เดือนรวมถึงวันนี้	ช่วง คะแนน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน	0	0	0.0	5	5.0
มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย	1 - 8	4	10.0	25	62.5
มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง	9 - 16	26	65.0	13	32.5
มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง	≥ 17	10	25.0	0	0.0
รวม		40	100.0	40	100.0

และพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ($M = 12.4$, $S.D. = 4.031$) น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ($M = 5.1$, $S.D. = 2.762$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.157$, $p < .001$) ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (n = 40)

แนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน (8Q)	M	S.D.	t	df	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	12.4	4.031	17.157	39	<.001
หลังได้รับโปรแกรม	5.1	2.762			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .001

4. ความสุข หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสูงกว่าก่อนได้รับการดูแล โดยที่ระดับของความสุขของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีระดับของความสุขดีขึ้น ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับของความสุขของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (n = 40)

ระดับความสุข	ช่วงคะแนน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีความสุขระดับต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)	≤ 27	40	100.0	18	45.0
มีความสุขระดับเท่ากับคนทั่วไป (Fair)	28 - 34	0	0.0	22	55.0
มีความสุขระดับสูงกว่าคนทั่วไป (Good)	35 - 45	0	0.0	0	0.0
รวม		40	100.0	40	100.0

และพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า (M = 24.9, S.D. = 6.7003) น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า (M = 11.2, S.D. = 5.3488) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 23.911, p < .001) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (n = 40)

ความสุข	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	df	P value
ก่อนได้รับโปรแกรม	24.9	6.7003	23.911	39	<.001
หลังได้รับโปรแกรม	11.2	5.3488			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .001

5. ความเข้มแข็งทางใจ หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับของความเข้มแข็งทางใจโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับการดูแล ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระดับของความเข้มแข็งทางใจรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (n = 40)

ระดับความเข้มแข็งทางใจ	ช่วงคะแนน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ด้านความอดทนต่อแรงกดดัน					
ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	< 27	38	95.0	0	0.0
ระดับปกติ	27 - 34	2	5.0	36	90.0
ระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ	> 34	0	0.0	4	10.0
2. ด้านการมีความหวังและกำลังใจ					
ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	< 14	40	100.0	0	0.0
ระดับปกติ	14 - 19	0	0.0	34	85.0
ระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ	> 19	0	0.0	6	15.0
3. ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค					
ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	< 13	37	92.5	0	0.0
ระดับปกติ	13 - 18	3	7.5	40	100.0
ระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ	> 18	0	0.0	0	0.0
4. ความเข้มแข็งทางใจโดยรวม					
ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	< 55	40	100.0	0	0.0
ระดับปกติ	55 - 69	0	0.0	40	100.0
ระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ	> 69	0	0.0	0	0.0

และพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า (M = 62.6, S.D. = 3.515) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M = 30.9, S.D. = 5.299) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 30.892, p < .001) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (n = 40)

ความเข้มแข็งทางใจ	M	S.D.	t	df	P value
หลังได้รับการเสริมสร้าง RQ	62.6	3.515	30.892	39	<.001
ก่อนได้รับการเสริมสร้าง RQ	30.9	5.299			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .001

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผล ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < .001 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ วรวิทย์ พัฒนโกครตนา ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขสำหรับ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันสูงเป็นโรคซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงระดับปานกลาง (7 - 18 คะแนน) จำนวน 35 ราย ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมสร้างสุขกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมสร้างสุขเท่ากับ 2.0 คะแนน $S.D. = 2.0$ (วรุฒิ พัฒนโกครัตนา, 2564)

2. แนวโน้มของการจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนแนวโน้มของการจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .001$ โดยก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 12.4 คะแนน $S.D. = 4.031$ และหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยคะแนนแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ลดลงเหลือเพียง 5.1 คะแนน $S.D. = 2.762$ แสดงถึงว่าโปรแกรมนี้สามารถช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัว ในการเผชิญปัญหา หรือสภาวะวิกฤต มุมมองต่อปัญหาเปลี่ยนไป มองเห็นทางออกในการแก้ปัญหาที่ไม่ใช่การทำร้ายตนเอง

3. ความสุข หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสูงกว่าก่อนได้รับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขหลังได้รับการเสริมสร้าง RQ มีเท่ากับ 24.9 คะแนน $S.D. = 6.7003$ ซึ่งจัดว่ามีความสุขระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ต่ำกว่าการศึกษาของ วรุฒิ พัฒนโกครัตนา ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันสูงเป็นโรคซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงระดับปานกลาง จำนวน 35 ราย ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมสร้างสุขกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขหลังได้รับโปรแกรมสร้างสุขมีเท่ากับ 31.1 คะแนน $S.D. = 2.8$ โดยจัดว่ามีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair คือ 28 - 34 คะแนน) (วรุฒิ พัฒนโกครัตนา, 2564) แม้ว่าหลังได้รับการเสริมสร้าง RQ กลุ่มตัวอย่างจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสูงขึ้น แต่คะแนน ≤ 27 หมายถึง มีความสุขระดับต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) ความสุขรายข้อที่ได้คะแนนต่ำ ได้แก่ ประเด็นเกี่ยวกับครอบครัว คือ ยังรู้สึกไม่ค่อยมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว หากป่วยหนักไม่เชื่อว่าคนในครอบครัวจะดูแลอย่างดี และสมาชิกในครอบครัวไม่ค่อยมีความรักและความผูกพันต่อกัน มีความรู้สึกทางด้านลบ คือ ยังคงรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน บางครั้งก็รู้สึกว่าชีวิตมีแต่ทุกข์ไม่ค่อยสบายใจไม่ค่อยรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตนเองและยังคงรู้สึกผิดหวังกับตัวเอง

5. ความเข้มแข็งทางใจ หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลผลเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความเข้มแข็งทางใจโดยรวมและรายด้านสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$ คะแนนความเข้มแข็งทางใจโดยรวมเท่ากับ 62.6 ซึ่งอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ (55 - 69 คะแนน หมายถึง มีระดับเกณฑ์ปกติ) สอดคล้องกับแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ อรวรรณ ดวงจันทร์ และเสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี ที่ระบุว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้ ฝึกฝน และสร้างขึ้นใหม่ได้ แม้ในบุคคลที่มีภาวะ

เจ็บป่วยทางจิตเวช (อรวรรณ ดวงจันทร์ และเสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2569) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรุณี ปาล ที่พบว่า การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม CBT หรือการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยเพิ่มความเข้มแข็งทางใจและช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้เร็วขึ้น (อรุณี ปาล, 2560)

การวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับกระบวนการฟื้นฟูจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้ความเข้มแข็งทางใจและ ความสุข ที่ร่วมกันเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมเสี่ยง การฆ่าตัวตาย โดยการปรับกระบวนการคิดเฉพาะบุคคล ถึงแม้ว่า จะไม่สามารถ ไปถึงเป้าหมายของความสุขในระดับปกติได้ก็ตาม เป็นความท้าทายในการเปิดมุมมองปรับเปลี่ยนรูปแบบการพัฒนาจิตใจผู้ป่วยแบบเฉพาะบุคคล ไปสู่ การเยียวยาระบบครอบครัว ที่ต้องสร้างความเข้มแข็งทางใจให้ผู้ป่วย ควบคู่ไปกับการลดภาระทางจิตใจและสร้างทัศนคติเชิงบวกให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวไปพร้อมกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตายลดลงหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจและความสุขเพิ่มสูงขึ้นทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยระดับความเข้มแข็งทางใจเฉลี่ยหลังการทดลองดีขึ้นขึ้นอยู่ในระดับเกณฑ์ ปกติแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมพฤติกรรมด้านบวกของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนในทางที่ดีขึ้นด้านจิตใจหลายด้านในระยะยาว มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้ ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ จากผลการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมนี้ส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มวัยอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้ครอบคลุมและยั่งยืนต่อไป ข้อเสนอเชิงนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารองค์กร บุคลากร ที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ต่อยอดในการสร้างเสริมสุขภาพและความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและปัญหาฆ่าตัวตายในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 1) ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เช่น ที่ระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความคงอยู่ ของระดับความเข้มแข็งทางใจ ความสุข และคู่อัตราการกลับเป็นซ้ำ ของภาวะซึมเศร้า หรือการกลับมามีแนวโน้มฆ่าตัวตายซ้ำ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมในระยะยาว และ 2) ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือชุมชนในการช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยซึมเศร้าในครอบครัวหรือชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- ดลฤดี ทับทิม และคณะ. (2563). โปรแกรมความเข้มแข็งทางใจต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานของญาติผู้ดูแล. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ, 5(10), 463-481.
- ทัศนีย์ เชื้อมทอง และคณะ. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(2), 159-196.
- ธณินทร์ กองสุข. (2566). การบรรยายโรคซึมเศร้าและระบบการดูแลเฝ้าระวัง. เรียกใช้เมื่อ 12 ตุลาคม 2566 จาก [https://web.krph.go.th/show_news.php?view_id=1481593&title=%27%](https://web.krph.go.th/show_news.php?view_id=1481593&title=%27%27)

- ไพจิตร พุทธรอด. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร, 15(1), 69-81. <https://doi.org/10.14456/nrru-rdi.2021.6>.
- โรงพยาบาลศรีนคร. (2566). รายงานผลการดำเนินงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรีนคร. ใน รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลศรีนคร.
- วรวิมล พัฒนโกครัดนา. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 35(1), 26-36.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2566). รายงานประจำปีงบประมาณ 2566. เรียกใช้เมื่อ 29 ตุลาคม 2566 จาก https://skto.moph.go.th/uploads/annual_report_66.pdf
- อรรวรรณ ดวงจันทร์ และเสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. (2569). คู่มือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหามะเร็ง. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- อรุณี ปาลี. (2560). ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มาบริการ ในหอผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. จิตเวชวิทยาสตร์, 37(3), 190-201.
- World Health Organization. (2020). Suicide prevention. Health topics. Retrieved October 22, 2023, from https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1