

ผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model

รพีพร คำแก้ว

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุดรธานี

วันที่รับ 2 กันยายน 2567, วันที่แก้ไข 19 พฤศจิกายน 2567, วันที่ตอบรับ 25 ธันวาคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลตรอน จำนวน 60 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง (ใช้โปรแกรมบำบัด) และกลุ่มควบคุม (ที่ได้รับการรักษาตามปกติ) อย่างละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบบันทึกโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model 2) แบบวัดความสุข 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q 4) แบบประเมินฆ่าตัวตาย 8Q ในขั้นตอนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจการใช้โปรแกรม โดยวัดก่อนการบำบัด หลังการบำบัด และติดตามการบำบัด 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดย ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบที่ใช้สถิติ The Mann-Whitney U Test

ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัด 1) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่า ก่อนได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสุข สูงกว่าผู้รับบริการกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลความพึงพอใจต่อโปรแกรมบำบัดที่พัฒนาขึ้น อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การบำบัด, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าประยุกต์ใช้ Satire' model

The effect of the treatment program for depression by applying Satire' model

Rapeeporn Kumkeaw

Registered Nurse, Professional Level

Tron Hospital, Uttaradit

Received 2 September 2024, Revised 19 November 2024, Accepted 25 December 2024

Abstract

This research and development (R&D) study aimed to examine the effects of a depression treatment program utilizing the Satir Model. The sample comprised 60 patients diagnosed with depression at Tron Hospital, selected through purposive sampling and randomly assigned to either an experimental group (treatment program) or a control group (standard care), with 30 participants in each group. The research instruments consisted of 1) a treatment record form for the depression treatment program using the Satir Model, 2) a happiness assessment scale, 3) the 9Q depression assessment, 4) the 8Q suicide risk assessment, and in step 4, a program satisfaction questionnaire. Measurements were taken pre-treatment, post-treatment, and at one-month follow-up. Data were analyzed using means, standard deviations, t-test statistics, and The Mann-Whitney U Test.

The findings revealed that after treatment: 1) The experimental group showed significantly higher mean happiness scores compared to their pre-treatment scores ($p < .05$), and 2) The experimental group demonstrated significantly higher mean happiness scores compared to the control group ($p < .05$). Additionally, satisfaction with the developed treatment program was rated at a high level.

Keywords: Treatment, Depression Patients, Depression Treatment Program using Satir Model

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงชีวิตของคนเรา เหมือนกับโรคเรื้อรังทางกายอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การเป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้หมายความว่า ผู้ที่เป็นนั้นเป็นคนอ่อนแอ ล้มเหลว หรือไม่สามารถแต่เป็นเพียงการเจ็บป่วยอย่างหนึ่งเกิดขึ้นได้โดยมีสาเหตุ เช่น การสูญเสีย การหย่าร้าง ความผิดหวัง การเกิดภาวะวิกฤติในชีวิต^[1] สถานการณ์ในสังคมที่เปลี่ยนไป เช่น การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ การเกิดโรคระบาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม หรือเกิดได้เองโดยไม่มีสาเหตุใด ๆ ซึ่งในปัจจุบันโรคนี้สามารถรักษาหายได้ด้วยการใช้ยาการรักษาทางจิตใจ หรือทั้งสองอย่างรวมกัน โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพ โดยในประเทศไทยพบความชุก ของโรคซึมเศร้า (major depressive disorders) ในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.4 (ประมาณการ 1,311,797 คน) และโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (dysthymia) ร้อยละ 0.3 (ประมาณการ 181,809 คน)^[2]

จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้า ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลตรอนและโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 179 ราย พบว่า การเข้าถึงการบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ การได้รับการค้นหาและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการค้นหาในกลุ่มโรคเสี่ยง ผู้ป่วยทั่วไป และประชาชนทั่วไป เมื่อพบได้นำเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ซึ่งเป้าหมายในปี 2563 ร้อยละ 2.3 ของประชากรที่อายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อให้ครอบคลุมและนำเข้าสู่การรักษาเพิ่มขึ้น ดังข้อมูลการเข้าถึงซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงในระหว่างปี 2560 - 2564 ร้อยละ 68.00, 70.00, 74.00, 69.63 และ 70.36 ตามลำดับ ซึ่งสัมพันธ์

กับการเข้าถึงโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ผู้รับผิดชอบงานจึงได้ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานบำบัดโรคซึมเศร้าในอำเภอตรอน^[3] พบว่าทีมสหวิชาชีพในคลินิก โรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลตรอน และผู้มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่อำเภอตรอนที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลตรอน ส่วนใหญ่ดำเนินการให้บริการตามองค์ประกอบของ Chronic Care Model: CCM อยู่ในระดับสูงและพบว่าปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์ การให้บริการบริการของทีมสหวิชาชีพตามองค์ประกอบของ CCM ในคลินิกโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลตรอน และในพื้นที่อำเภอตรอน มี 3 ปัจจัย ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์กรภายนอก ความรู้เกี่ยวกับ CCM การสนับสนุนจากองค์กรภายนอกความรู้เกี่ยวกับ CCM และนโยบายและการสนับสนุนขององค์กรจากการศึกษา พบว่า ทีมสหวิชาชีพในคลินิกโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลตรอนและในพื้นที่ให้บริการในเขตอำเภอตรอนตามองค์ประกอบทั้งหมดของ CCM อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับสถานการณ์ ในปัจจุบันของการดำเนินงานดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยซึมเศร้าของโรงพยาบาลตรอน ซึ่งมีการปรับปรุงและ พัฒนาระบบและคุณภาพการบริการตามแนวทางการปฏิบัติงาน และความคาดหวังของกลุ่มเป้าหมาย ของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข 348 คน พบว่าทีมสหวิชาชีพในคลินิกโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลตรอนและในพื้นที่ ให้บริการในเขตอำเภอตรอนตามองค์ประกอบทั้งหมดของ CCM อยู่ในระดับสูง ที่สะท้อนให้เห็นถึงความสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันของการดำเนินงานดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยซึมเศร้าของโรงพยาบาลตรอนที่มีการปรับปรุงและพัฒนาระบบและคุณภาพการบริการตามมาตรฐาน และแนวทางการปฏิบัติงาน

โรคซึมเศร้า จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) โดยมีความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการเด่น มีอารมณ์เศร้า ซึม เฉย มีพฤติกรรมอยากเก็บตัวอยู่คนเดียว หงุดหงิดง่าย อารมณ์รุนแรงง่าย เมื่อถูกกระตุ้น บางรายมีอาการกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่งสมาธิเสื่อม เหม่อลอย ความคิดช้า หลงลืมง่าย ตัดสินใจช้า ต่ำหนืดตัวเอง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองทุกข์มาก ไม่มีใครช่วยได้และอยากตาย นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ความอยากอาหารแปรปรวน (appetite disturbance) การนอนแปรปรวน (sleep disturbance) นอนหลับน้อยลงหรือนอนไม่หลับ (insomnia) ด้านพฤติกรรม (behavioral symptoms) ผู้ป่วยจะมีอาการเชื่องช้า คิดช้าพูดน้อยลง ไม่ได้ตอบ ไม่อยากทำอะไรผิดลูกผิดนั่นหงุดหงิดง่าย ไม่สนใจความสะอาดของตนเองและด้านความคิด (cognitive symptoms) คิดช้า ๆ คิดอะไรไม่ออก ไม่มีสมาธิ รู้สึกผิดคิดว่าตนเองไร้ค่า (worthlessness) และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (low self-esteem) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองจะสามารถทำนายอาการซึมเศร้าในอนาคตได้^[4] ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อมซึ่งเป็นผลจากอาการ ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความเสียสมดุล และความมั่นคง ปลอดภัยในชีวิตของผู้มีภาวะซึมเศร้า จากผลการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บ 135 ประเภท โดยวัดจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากมีความพิการและความเจ็บป่วยที่ผ่านมาพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียสุขภาพ (Disability Adjusted life years: DALYs) เป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย และเมื่อพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lost due to Disability) ของโรคซึมเศร้าพบเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 2 ในผู้ชายไทย การเกิดภาวะ

ซึมเศร้าจนกระทั่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีหลายสาเหตุทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางสังคม (Bio-psycho-social factors) จากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาท ซีโรโทนิน โดพามีน นอร์อิพิเนฟริน และกาบา ส่วนด้านจิตใจ มีหลายแนวคิด เช่นแนวคิดของเบคอธิบายว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะเกิดภาวะวิกฤติในชีวิตแล้วมีความคิดอัตโนมัติทางลบกับตัวเองกับโลก และอนาคตตนจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ส่วนแนวคิดของเดอซูริลลาและเนชู ตามทฤษฎีการแก้ปัญหา (Problem Solving Theory: PST)^[5] ได้อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลเกิดจากความบกพร่องในการแก้ปัญหา จากการมีมุมมองแก้ปัญหาในทางลบและ การแก้ไขปัญหโดยการหลีกเลี่ยงและการแก้ปัญหาอย่างหุ่นยนต์พลันเล่น ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ว่าเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กับสิ่งแวดล้อมในสังคม ทั้งมีความผูกพันกับสังคมมากเกินไป (Altruistic Suicide) และขาดความรู้สึผูกพันกับสังคม (Egoistic Suicide) และบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Anomic Suicide) จึงนำไปสู่การเกิดความแปรปรวนทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีอารมณ์ซึมเศร้า และมีความคิดทำร้ายตนเองได้ เมื่อมีภาวะซึมเศร้าหรืออาการซึมเศร่ายังไม่มาก หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา อาการก็จะมากขึ้นเรื่อย ๆ และป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้^[6]

การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันมีทั้งการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า เพื่อปรับความสมดุลของสารสื่อประสาทและการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT)^[7] เป็นวิธีการทำจิตบำบัดรูปแบบหนึ่งมีเป้าหมายเพื่อจัดการสภาวะอารมณ์และกระบวนการคิด

ที่เป็นปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้กลับมาเป็นปกติ และการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาก็หรือแนวคิดหรือทฤษฎีการแก้ไขปัญหา Problem Solving Therapy: PST เป็นการบำบัดอย่างหนึ่งที่ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาทางบวกและมีการแก้ไขปัญหามีเหตุผลมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหามาของ Satir model ซึ่งได้อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่าเป็นการสะสมอารมณ์ที่เก็บกดหรือการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่ผิดไป ขาดทักษะในการเผชิญความเครียด ขาดความรู้ความเข้าใจในธรรมชาติความเป็นคนของตนเอง มีการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้องในชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก ยึดถือเป็นความเชื่อ ความเข้าใจ ทศนคติหรือกฎเกณฑ์ที่ผิด ๆ นั้นไว้ ส่งผลให้การจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่ผิดวิธี [8]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าจิตบำบัดแนว Satir [9] ให้ความสำคัญกับเป้าหมายของการบำบัดอย่างมาก โดยการบำบัดในแต่ละครั้ง ถ้าขาดเป้าหมายที่ชัดเจนย่อมไม่เกิดการบำบัด หรือการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับ Problem Solving Therapy: PST ที่เน้นการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหามา [10] การปรับความคิดทางลบให้ผู้ป่วยมองปัญหาในทางบวก มีการแก้ไขปัญหามีเหตุผลมากขึ้น การบำบัดตามแนวซาเทียร์เป็นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความสอดคล้องกลมกลืน (congruence) มากขึ้นนำไปสู่การเรียนรู้เข้าใจตนเอง สามารถรัก ยอมรับและให้อภัยตนเอง 10 Satir Model ถูกพัฒนาและคิดค้นโดย Virginia Satir สตรีชาวอเมริกัน โดยเป็นแนวคิดค่านิยมที่มุ่งเน้นการเรียนรู้ความเข้าใจตนเอง ขั้นตอนการทำจิตบำบัดโดยใช้ Satir model ประกอบด้วยขั้นตอนและพัฒนาระบบการคิดในการมองปัญหาตนเอง เชื่อว่าตนเองมีศักยภาพส่วนการบำบัดโดยการแก้ปัญหาก็จะเป็นวิธีการบำบัด

ที่ช่วยบรรเทาความทุกข์และความเศร้าโศกในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หมดพลังในการใช้ชีวิต หรือบุคคลที่คิดทำร้ายตนเอง มีความเหมาะสมต่อผู้ป่วยและสามารถเพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหามา ลดความคิดการฆ่าตัวตาย และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากแนวคิดทฤษฎีทั้งสอง จึงได้นำข้อมูลและศึกษาข้อดีและข้อจำกัด โดยการนำกระบวนการสำคัญของทั้งสองแนวคิดมาผสมผสานใช้ในการพัฒนาโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model เป็นหลัก [11] เพื่อให้สามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งกระบวนการที่เกิดขึ้นจะเป็นการวิจัยและพัฒนางานที่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่บริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการนำไปสู่แนวทางในการดูแลที่มีมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model ต่ออาการซึมเศร้าและความสุขของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าประยุกต์ใช้ Satire' model สามารถลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความสุขได้

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

Satir เชื่อว่าปัญหาทางจิตของบุคคลต่างเกิดจากความไม่เข้าใจธรรมชาติของความเป็นคนของตนเอง และการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง ในอดีต Satir จึงมีแนวคิดในการแก้ปัญหามาเหล่านั้นด้วยการทำให้คนเป็นคนให้เต็มที่ตามธรรมชาติ (Fully Human) และพัฒนาความเป็นคน

ให้เต็มที่ด้วยการช่วยให้เขาเกิดการเรียนรู้ใหม่ เกี่ยวกับ ศักยภาพของตนเองและพัฒนาให้เต็มศักยภาพของตนเอง Satire' Model คือ คนที่มีความผิดพลาดได้ คนมีอารมณ์ความรู้สึกเกิดขึ้นได้ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์ด้านบวก หรืออารมณ์ด้านลบก็ตามคนไม่สมบูรณ์แบบ ความสมบูรณ์แบบเป็นโรคชนิดหนึ่ง (Perfection is a Disease) และคนเราเป็นคนอย่างเต็มที่ ได้บนความเป็นคนธรรมดา ซึ่งคนทุกคนสามารถทำประโยชน์ต่อโลกและบุคคลอื่น ๆ วิธีการบำบัดแบบ Satir Model มีองค์ประกอบ 5 อย่าง คือ 1) therapist's use of self การใช้ตัวตนของผู้บำบัด 2) systemic บำบัดอย่างเป็นระบบสำรวจถึงผลกระทบ ซึ่งกันและกันของแต่ละระดับของ Iceberg และผลกระทบ ในความสัมพันธ์ของบุคคล 3) change focused เน้นที่ การเปลี่ยนแปลงจากสถานะที่เป็นอยู่ 4) positive directional มีทิศทางบวก มีเป้าหมายการบำบัดไปในทาง ที่ดีขึ้น 5) experiential เกิดประสบการณ์การบำบัด ที่ได้ผลและมีการเปลี่ยนแปลงแบบ transformation จะต้องเข้าถึงประสบการณ์ภายในของผู้ป่วย และผู้ป่วย ต้องสัมผัสและเปลี่ยนแปลงประสบการณ์นั้นเอง ซึ่ง Satir ใช้ กระบวนการ 10 ขั้นตอน^[9]

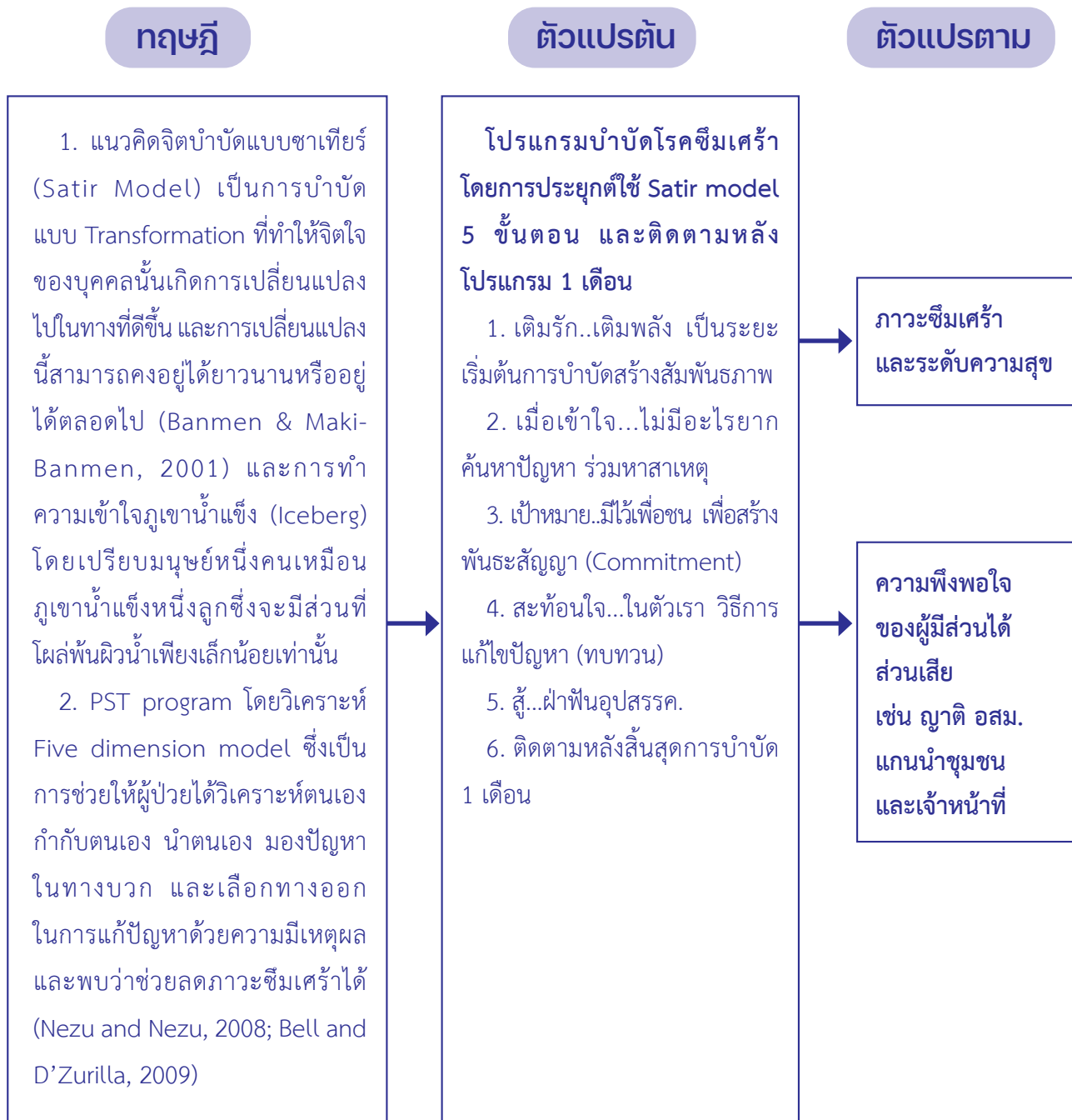
โปรแกรมบำบัด problem-solving therapy: PST) ช่วยเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา และช่วยสร้างความเชื่อมั่น ในความสามารถที่จะจัดการปัญหา ทำให้ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการจัดการกับปัญหาและมีทักษะการแก้ไขปัญหามากขึ้น และพบว่า PST ใช้บำบัดความวิตกกังวล หรือการรักษาอาการทางจิตในผู้ป่วยที่จิตเวชได้ ซึ่งโปรแกรม PST จะเน้นการบำบัดให้สามารถแก้ปัญหา หรือมีทักษะแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดความคิด และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายลงได้โดยการบำบัดด้วย PST ในผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีขั้นตอนที่มากกว่าและใช้ระยะเวลาที่ยาวนานกว่าแต่มีเป้าหมายเพียงเพื่อลดอาการ

ซึมเศร้าลง^[10] ซึ่งการผสมผสานแนวคิดทฤษฎีทั้งสองเข้าด้วยกัน จะช่วยเสริมข้อดีและลดข้อจำกัดในการนำไปใช้บำบัด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดีขึ้น

แนวคิดและทฤษฎีการบำบัดของ Satir model ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลของการให้คำปรึกษา แบบรายบุคคลตามแนวคิดซาเทียร์ ที่มีผลต่อความสุข ของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการที่มีผล ต่อความเหนื่อยหน่ายในการเรียนของนักศึกษา พบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการที่มีต่อ ผลคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการเรียนลดลง^[12] โปรแกรมการบำบัดตามแนวคิด Satir รายบุคคลไป ใช้ได้ช่วย กลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะ ซึมเศร้าได้ เพื่อเห็นคุณค่าตนเอง ปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น และมีความสุขในชีวิต^[13] สอดคล้องกับโปรแกรมบำบัด PST-PPS ช่วยเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา และช่วยสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการปัญหา ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการจัดการกับปัญหาและมีทักษะการแก้ไขปัญหามากขึ้น^[13]

กรอบแนวคิดการวิจัย 1. การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เรื่องผลโปรแกรมบำบัด โรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model ใช้ขั้นตอน หลักของการทำวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข ของพงศ์พิชญ์ บุญตา^[14] ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ออกเป็น 4 ขั้นตอน^[15] ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการจำเป็น ขั้นตอนที่ 2 การสร้าง และตรวจสอบ^[16] ขั้นตอนที่ 3 การทดลองและศึกษา ผลการใช้^[17] และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ซึ่งมีขั้นตอน ที่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์ และมุ่งเน้นสู่การแก้ปัญหา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-Post Test Design) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วัดระดับความสุข ภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัย และรับการรักษาที่โรงพยาบาลตรอน ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบบ Simple Random Sampling จำนวน 60 คน กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยมีขั้นตอนการวิจัยของพงศ์พิษณุ บุญดา^[14]

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัย ยินดีให้ความร่วมมือ และสามารถทำตามนัดในการรับการตรวจรักษาพยาบาล และเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย

เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินรุนแรงระหว่างดำเนินการทดลอง เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม และถอนตัวออกจากกิจกรรม

การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design) ที่เน้นสร้างการใช้นวัตกรรม การดำเนินงานทุกขั้นตอนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารักษาที่โรงพยาบาลตรอน โดยการให้โปรแกรมบำบัดโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model แบบรายบุคคล เริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่เดือนกันยายน

2566 – พฤศจิกายน 2566 โดยนำกลุ่มทดลองมาวัดความสุขและภาวะซึมเศร้าทุก 1 – 2 สัปดาห์ คนละ 5 ครั้ง และติดตามหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน 1 ครั้ง หลังเข้ารับการบำบัดกลุ่มทดลอง สามารถจัดการกับปัญหาตนเองให้มีความสุขเพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ให้การดูแลตามปกติของโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 เดือน วัดผลก่อนและหลังเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' Model ของผู้รับบริการในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลตรอน ซึ่งการบำบัด 5 ครั้ง และติดตาม 1 ครั้ง ประกอบด้วย

1. การสร้างความไว้วางใจ สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องโรค วิเคราะห์ตัวตน (Satire' model) หัวข้อ เติมรัก เติมพลัง โดยเน้นสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย มั่นใจตนเอง
2. สำรวจรับฟังปัญหา (สำรวจภูเขาน้ำแข็ง) สร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา (คิดทางบวก) ระบุปัญหาที่จะแก้ไข หัวข้อ เมื่อเข้าใจ...ไม่มีอะไรยาก กระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ตนเอง ปัญหา สาเหตุที่เกิด
3. ตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Set Goal) สร้างพันธะสัญญา (Commitment) ค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา หัวข้อ เป้าหมายมีไว้เพื่อชน เมื่อค้นพบปัญหาที่ต้องการแก้ไข ตั้งเป้าหมาย เลือกทางแก้ไขปัญหา
4. เปลี่ยนแปลง นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติโดยนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้และเสริมพลัง(Empowerment) หัวข้อ สะท้อนใจ...ในภาพเรา วิธีการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาวิธีต่าง ๆ

5. ทบทวนและประเมินผลสำเร็จจากเป้าหมาย หัวข้อ สู้...ฝ่าฟันอุปสรรค นำผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มาวิเคราะห์ เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

6. ติดตามประเมินผลหลังบำบัด 1 เดือน หัวข้อ ชีวิตใหม่ ใจสบาย ผู้บำบัดและผู้รับบำบัด สรุปปัญหา ร่วมกัน ถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เสริมพลัง

กิจกรรมในแต่ละครั้ง เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วย ซึมเศร้า วิเคราะห์ตัวตน ปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากอะไร มุมมองต่อปัญหา สิ่งแวดล้อม การเสริมพลัง ตลอดถึง เทคนิคในการแก้ไขปัญหาจนสู่ความสำเร็จ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ทั้งหมด 9 ข้อ และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ทั้งหมด 8 ข้อ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาเป็นโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสุข สร้างโดย อภิชัย มงคล และคณะ ^[18] ทั้งหมด 15 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน ระดับ 51 - 60 คะแนน หมายถึง มีความสุข มากกว่าคนทั่วไป 44 - 50 คะแนน หมายถึง มีความสุข เท่ากับคนทั่วไป น้อยกว่าหรือเท่ากับ 43 คะแนน หมายถึง มีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' Model

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้เสียต่อการใช้โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าประยุกต์ใช้ Satire' Model ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่นญาติผู้ป่วยซึมเศร้า อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 264 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test วิเคราะห์การใช้โปรแกรมบำบัดโดยการประยุกต์ใช้ Satire' Model ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนสถิติ Independent t-test วิเคราะห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดค่าสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งโปรแกรมบำบัดโดยการประยุกต์ใช้ Satire' Model ได้ค่า Content Validity Index: CVI เท่ากับ 0.92 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความสุข ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัยโดยขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการงานวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 2.1/2565.2 และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรอน จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยโดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทั้งจากพร้อมลงลายมือให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสิทธิปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.00 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.00 ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 33.33 ทำอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.00 ไม่พบประวัติมีโรคประจำตัว ร้อยละ 46.67 มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 63.33

และระยะเวลาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 5 – 10 ปี ร้อยละ 33.33

ผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยประยุกต์ใช้ Satire' model พบว่า หลังใช้โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model ผู้ป่วยรายที่มีปัญหามานำเสนอ จำนวน 30 ราย มีอาการดีขึ้น 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนบำบัดและหลังการบำบัดทันที

ภาวะซึมเศร้า	ภาวะซึมเศร้า				t	p
	ก่อนบำบัด		หลังบำบัดทันที			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	8.8000	1.49828	4.3667	1.2352	-1.27	.0001
กลุ่มควบคุม	7.9667	1.82892	6.8667	1.7983		

*P < 0.001

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า หลังการบำบัดโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการบำบัดของกลุ่มที่บำบัดโดยใช้โปรแกรมบำบัดโรคซึม

เศร้าประยุกต์ใช้ Satire' model มีภาวะซึมเศร้ามลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .0001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการประเมินความสุขของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนบำบัด และหลังการบำบัดทันที (n = 60)

การบำบัด	ความสุข				t	p
	ก่อนบำบัด		หลังบำบัดทันที			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	1.2911	.17622	1.7644	.14814	-1.27	.0001
กลุ่มควบคุม	1.8067	.17674	1.9133	.15642		

*P < 0.001

การเปรียบเทียบคะแนนความสุขหลังการทดลอง ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสุข สูงกว่าก่อนการให้การรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสุข

หลังการได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้า โดยการประยุกต์ใช้ Satire' model สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการใช้โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าประยุกต์ใช้ Satire' model (n = 264)

ความพึงพอใจ	N = 264		ระดับความพึงพอใจ
	$\bar{X}$	S.D.	
รวมเฉลี่ยทุกข้อ	3.84	1.002	ระดับมาก

ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการใช้โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าประยุกต์ใช้ Satire' model ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น ญาติผู้ป่วย อาสาสมัคร สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวนเท่ากับ 264 ราย พบว่า จากแบบประเมิน 29 ข้อ ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.84$, S.D. = 1.002 ระดับความพึงพอใจ ระดับมาก

สรุปผล

โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model หลังได้รับการบำบัดลดภาวะซึมเศร้า และมีผลต่อความสุขของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของอำเภอตรอน หลังได้รับการบำบัด ลดอาการซึมเศร้า และมีความสุขขึ้น ซึ่งจากความคิดเห็นของผู้ป่วย อธิบายว่า มองเห็นถึงคุณค่าในตนเอง สามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้ และสามารถหาวิธีจัดการกับเหตุการณ์ที่มากระทบทางด้านจิตใจของตนเอง แสดงให้เห็นว่า การให้การรักษาบำบัดโรคซึมเศร้า โดยการประยุกต์ ใช้ Satire' model ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าการบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model สามารถพัฒนาระบบการคิด การมองปัญหาของผู้ป่วยเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น รับผิดชอบต่อ ทุกข์ สุข ของตนเอง และสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหา ได้ดีกว่าเดิม ^[9] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณะ เรืองสูงเนิน และคณะ ^[19] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการเรียนของนักศึกษา พบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ ผลให้คะแนนความเหนื่อยหน่ายในการเรียนลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการเรียนก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของนิตยา จรัสแสง และคณะ ^[20] พบว่า การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ มีความเหมาะสมที่จะใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเพิ่มความสอดคล้องกลมกลืน จึงเป็นทางเลือกหนึ่ง

ที่จะใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก และการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มและแบบรายบุคคล สามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และรูปแบบของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มและรายบุคคลไม่มีความแตกต่างในความสามารถจัดการความเครียด^[21] ส่วนการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้ problem solving therapy: PST หลังทดลองการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหากลุ่มสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 90.90^[13] ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น พบว่า การบำบัดโรคซึมเศร้า/ภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าโดยการใช้โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model ในครั้งนี้ผลคือมีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนรับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่าก่อนการได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปจากข้อมูลข้างต้น สนับสนุนสมมติฐาน การใช้โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดีกว่าและมีความสุขสูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่รับการรักษาตามปกติ แสดงให้เห็นว่าการบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นถึงคุณค่าในตนเอง สามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้ และสามารถหาวิธีจัดการกับเหตุการณ์ที่มากระทบทางด้านจิตใจของตนเอง แสดงให้เห็นว่าการให้การบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. นำเสนอผู้บริหารถึงผลการศึกษา เพื่อกำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. นำเสนอข้อมูลแก่ผู้บริหารเพื่อพิจารณาเผยแพร่ในหน่วยงานสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จัดทำแนวทางปฏิบัติเป็น CPG และใช้ในหน่วยงานและเครือข่ายสาธารณสุข
2. ควรนำโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสามารถนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มีความคิดทางลบผู้ที่ทำร้ายตนเองต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์พีรสันต์ ปั่นก้อง อาสาสมัครผู้ตอบแบบสอบถามทุก ๆ ท่าน เพื่อนร่วมงาน เครือข่ายสหวิชาชีพทุกท่านที่มีส่วนส่งเสริมให้งานวิจัยประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. [เข้าถึงเมื่อ 4 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th>
2. โรงพยาบาลตรอน. ข้อมูลผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิต. สรุปผลงานประจำปี 2565.
3. รพีพร คำแก้ว. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานบำบัดโรคซึมเศร้า ในอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี. นำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการระดับชาติ การแพทย์แผนไทยและการสาธารณสุขวิจัย ครั้งที่ 4 NC-TTM PH-CON 2023; 16-17 พฤศจิกายน 2566; ณ โรงแรมคริสตัล อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา; 2566.
4. ธวัชชัย พลศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และรัชนิกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2017;31(1):60-74.
5. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยปัญหาพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://moph.cc/i-sY1b9CM>
6. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุง. 2559.
7. ภัทร พิชัยรัตน์เสถียร และคณะ. การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 4 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaidepression.com/www/56/CBTdepression.pdf>
8. Satir, Virginia, Banmen, John The Satir Model : Family Therapy & Beyond [Paperback] Books Kinokuniya: The Satir Model :Family Therapy & Beyond / Satir, Virginia/ Banmen, John
9. นงพงา ลิ้มสุวรรณ และนิดา ลิ้มสุวรรณ. ซาเทียร์ จิตบำบัดและการพัฒนาตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
10. Nezu, A. M. Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. Journal of consulting and clinical psychology 1986;54(2):196-202.
11. รพีพร คำแก้ว. การสร้างโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model. นำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2; 27-28 มิถุนายน 2566; ณ โรงแรมท็อปแลนด์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก; 2566.
12. ไพจิตร พุทธรอด และกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. ผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563;13(1):284-292.
13. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, อรพิน ยอดกลาง, วิภาดา คณะไชย, จารุพันธ์ คำชมภู และสาคร บุปผาเฝ้า. การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563;28(1):86-98.
14. Boonda, P. Main Steps of Doing Research and Development in Public Health. Med J Clin Trials Case Stud, 2018,2(10): 000183. DOI: 10.23880/mjccs-16000183;.

15. Boonda, P. Techniques for Writing Chapter I of Research and Development in Public Health Med J Clin Trials Case Stud, 2019, 3(4): 000222. DOI: 10.23880/mjccs-16000222;.

16. Boonda, P. Process of Research and Development in Public Health. Int J Clin Case Stud Rep 2019;1(3):61-65.

17. Boonda, P. Main Steps of Doing Research and Development in Public Health: An Observational Study. New Frontiers in Medicine and Medical Research 2021;14:80-86.

18. อภิชัยมงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, ทวี ตั้งเสรี, วชิณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมช้าย และวรวรรณ จุฑา. รายงานการวิจัยการพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2552.

19. ฤกษ์สูงเนิน และรสสุคนธ์ ธีรณอม. ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวคิดซาเทียนที่มีผลต่อความสุข. วารสารมนุษยสังคมศิลปาสาร 2564;3(1):58-67.

20. นิตยาจรัสแสง, นวนันท์ปิยะวัฒน์กุล, นรัักษ์ชาติ บัญชาชัย, ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ, ดวงแก้ว รอดอ่อง และกนกกาญจน์ กองพิธิ. ผลการบำบัดตามแนวคิดซาเทียนต่ออาการซึมเศร้าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565;36(2): 97-114.

21. เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, สารีณี โต๊ะทอง และทานตะวัน แยมบุญเรือง. ผลการใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียนแบบกลุ่มและแบบรายบุคคลต่อความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563;14(1): 65-75.

