

การพัฒนาและผลของโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติ บำบัดต่อความสิ้นหวังและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The Development and Effects of Mindfulness-Based Art of Flower Arrangement Therapy Program on Hopelessness and Risk of Suicidal with Major Depressive Disorder

สว่างจิต วสุวัต* สกาวรัตน์ พวงลัดดา

Sawangjit Wasuwat* Skaorat Puangladda

โรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี ประเทศไทย 11000

Srithanya Hospital, Nontaburi, Thailand, 11000

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และศึกษาผลของโปรแกรมด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง วิธีการพัฒนาโปรแกรมมี 5 ขั้นตอนคือ 1) การวิเคราะห์ความต้องการ 2) การกำหนดกรอบแนวคิด 3) การออกแบบและจัดทำต้นร่างโปรแกรม 4) การตรวจสอบคุณภาพ 5) การนำโปรแกรมไปทดลองใช้ เปรียบเทียบผลด้วยวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ตัวแปรตาม คือ ความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวัด คือ แบบประเมินความสิ้นหวัง และแบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ประเมินก่อน-หลัง และติดตามหลังการบำบัด พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย หลังบำบัด 1 และ 2 เดือน น้อยกว่าก่อนบำบัด แต่ความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ พยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกควรพัฒนาและเรียนรู้ให้สามารถนำโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานสติบำบัด เป็นแนวทางสำคัญในการลดความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ: สติบำบัด, ศิลปะการจัดดอกไม้, ความสิ้นหวัง, ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Abstract

This research and development study aimed to develop a Mindfulness-Based Art of Flower Arrangement Therapy Program for Major depressive disorder and to study the results of the program using quasi-experimental research. The program development method consisted of 5 steps: 1) needs analysis, 2) conceptual framework determination, 3) program design and drafting, 4) quality control, and 5) program trial. The results were compared using a two-group quasi-experimental research design, measuring before and after the experiment. The dependent variables were hopelessness and suicide risk. The sample group consisted of 16 person purposive sampling in each group. The measurement instruments were a hopelessness

*Corresponding Author: E-mail: jitconc33@gmail.com

วันที่รับ (received) 15 ก.พ. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 26 มี.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 มี.ค. 2568

and a suicide risk, pre-post, and followed up. It was found that both groups had less hopelessness and suicidal risk after 1 and 2 months of treatment, as well as both were significantly reduced in the study group than in the control group at a statistical significance level of .01 Recommendation: Mindfulness-Based Art of flower Arrangement Therapy Program is an important maneuver and should be trained to psychiatric nurses, Out-Patient Department to reduce hopelessness and risk of suicidal attempt in patients with depression illness.

Keyword: Mindfulness-Based Therapy, Art of Flower Arrangement, Hopelessness, Risk of Suicidal, Major depressive disorder.

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD) จากการศึกษาระบาดวิทยาพบว่าความชุกตลอดชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 2 ถึง 21 ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาคของโลก โดยมีอัตราสูงสุดที่พบบางประเทศในยุโรป และต่ำสุดบางประเทศในเอเชีย¹ โดยมีความชุกของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 60² สำหรับทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับในการอธิบายโรคซึมเศร้าคือ ทฤษฎีทางปัญญาของเบค (Beck's Cognitive Theory)^{3,4} โรคซึมเศร้าเป็นโรคความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง มีลักษณะเป็นความคิดทางลบ และเกิดขึ้นอัตโนมัติ คือ ความคิดทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะครุ่นคิดอยู่กับความคิดลบของตนเอง จากการที่ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการศึกษา พบว่า ความสิ้นหวัง เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย และเป็นตัวแปรกลางระหว่างอาการซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย⁵ สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยซึมเศร้าของโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ร้อยละ 55.0 มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายระดับปานกลางถึงรุนแรง และร้อยละ 95.0 มีความสิ้นหวังระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องได้รับการช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ซึ่งเป็นมาตรฐานผลลัพธ์ของสภาการพยาบาล⁶ ต่อไป

ในการรักษาโรคซึมเศร้าตามมาตรฐานเป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้าร่วมกับจิตบำบัด เพื่อป้องกันการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค⁷ สำหรับจิตบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์จากการวิจัยว่ามีประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าที่พัฒนาจากทฤษฎีทางปัญญาของเบค³ คือ การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy : CT) ถือว่าเป็นคลื่นลูกที่หนึ่ง (First wave) ต่อมาได้มีการผสมผสานเทคนิคทางพฤติกรรมในการบำบัดจนมาใช้ คำว่า การปรับเปลี่ยนความคิดและ

พฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ซึ่งถือว่าเป็นคลื่นลูกที่สอง (Second wave)⁴ มีการวิจัยเพื่อพิสูจน์ให้เห็นถึงประสิทธิผลการบำบัดทั้งสองแบบเป็นจำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะพยายามแค่ไหน บางครั้งอาจไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เป็นอย่างนั้นได้ จึงมีการพัฒนาการบำบัดด้วยวิธีการสติบำบัด (Mindfulness based cognitive therapy: MBCT) นับว่าเป็นคลื่นลูกที่สาม (Third wave) ของการบำบัดทางปัญญา⁴ ลักษณะสำคัญของการบำบัดแนวทางนี้คือ การเปลี่ยนมาให้ความสำคัญกับการยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น มากกว่าเนื้อหาของสิ่งที่คนคิด หรือการกระทำ การฝึกให้มีสติจึงช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ การยอมรับตามความเป็นจริงโดยไม่ตัดสิน^{8,9} การฝึกสติช่วยส่งเสริมสมรรถภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจได้¹⁰ ต่อมามีการพัฒนาสติบำบัดโดยบูรณาการร่วมกับวิธีการอื่น เช่น ศิลปะบนพื้นฐานสติบำบัด (Mindfulness-based art therapy: MBAT) เป็นการผสมผสานการฝึกสติมาใช้ในการทำกิจกรรมศิลปะ เช่น ศิลปะการระบายสี¹¹ สำหรับศิลปะที่นำมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เช่น ศิลปะการจัดดอกไม้ เป็นทางเลือกที่สร้างสรรค์ที่สามารถผสมผสานการฝึกสติ ตั้งแต่การเลือกดอกไม้ อย่างมีสติ การตัดแต่งดอกไม้แต่ละดอกอย่างมีสติ เพื่อสังเกตและตัดใบหรือดอกไม้ที่แห้งเหี่ยว หรือเสียหายอย่างมีสติ หรือตัดก้านให้สั้นลงอย่างมีสติเช่นเดียวกัน¹² นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน ผ่อนคลายทั้งร่างกาย และจิตใจ ประกอบกับศิลปะการจัดดอกไม้ เป็นศิลปะที่ไม่ต้องฝึกฝนจนเกิดทักษะ แค้นความงามของธรรมชาติที่มีอยู่แล้วมาจัด เพื่อให้ความงามของดอกไม้ได้เปิดเผยความงามออกมา ให้ชื่นชมความงามได้อย่างเต็มที่¹³ จากการศึกษาพบว่าจิตบำบัดบนพื้นฐานสติ ผลการบำบัดช่วยลดความสิ้นหวัง¹⁴ ลดความเสี่ยงฆ่าตัวตาย¹⁵ การนำสติบำบัดมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้า นอกจากช่วยลดความสิ้นหวัง และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ยังเป็นการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความสอดคล้องกลมกลืนของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

โรงพยาบาลศรีธัญญา ให้ความสำคัญกับการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามมาตรฐาน คือ รักษาด้วยยาและจิตบำบัด โดยมีการพัฒนาโปรแกรมสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยใน^{16,17} ส่วนสติบำบัดแบบผู้ป่วยนอกนั้นดำเนินการตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่เป็นนักจิตบำบัดตามโปรแกรมสติบำบัด⁹ ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยซึมเศร้ามารับการบำบัดไม่ต่อเนื่องถึงร้อยละ 70 และร้อยละ 65 เห็นว่าเหมาะสมน้อย เนื่องจากต้องเดินทางมาพบผู้บำบัดทุกสัปดาห์ รวมถึงปัญหาการลางาน และการเดินทาง จากข้อมูลจะเห็นว่ายังมีความแตกต่างระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากการวิจัย กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในสถานการณ์จริงซึ่งยังเป็นช่องว่างของการวิจัย แต่อย่างไรก็ตาม สติบำบัดยังเป็นมาตรฐานจิตบำบัด ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับการรักษาด้วยยา⁷ ทั้งนี้หากมีการนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป ต้องมีการลดช่องว่างดังกล่าวผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้จริง และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดต่อความสิ้นหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และ 3) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดต่อความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันหลังการทดลอง 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันหลังการทดลอง 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานสติบำบัดเป็นโปรแกรมที่ใช้แนวคิดต่างๆ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้แก่ 1) โรคซึมเศร้า³ 2) สติบำบัด^{8,9} 3) ศิลปะการจัดดอกไม้¹³ และ 4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษาอธิบายเป็นกรอบแนวคิดได้ ดังนี้

โรคซึมเศร้าเป็นความคิดผิดปกติ³ ผลการวิจัยพบความสิ้นหวังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย และเป็นตัวแปรกลางระหว่างซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย⁵ ดังนั้นจำเป็นต้องมีการบำบัดรักษาเพื่อลดความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย การบำบัดโรคซึมเศร้าตามมาตรฐาน คือ การรักษาด้วยยาและจิตบำบัด⁷ สำหรับจิตบำบัดที่มีประสิทธิผลและมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน คือ สติบำบัดช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ การยอมรับตามความเป็นจริงโดยไม่ตัดสิน^{8,9} และมีการพัฒนาการบำบัดตามแนวทางนี้อีกอย่างต่อเนื่อง เช่น ศิลปะบนพื้นฐานสติของบำบัด¹¹ ส่วนศิลปะที่นำมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เช่น ศิลปะการจัดดอกไม้ เป็นศิลปะที่ไม่ต้องฝึกฝนจนเกิดทักษะ แค่นำความงามของธรรมชาติที่มีอยู่แล้วมาจัด เพื่อให้ความงามของดอกไม้ได้เปิดเผยความงามออกมาให้ชื่นชมความงามได้อย่างเต็มที่ส่งผลให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลายทั้งร่างกาย และจิตใจ¹³ ผลการใช้สติบำบัดในผู้ป่วยซึมเศร้าช่วยลดความสิ้นหวัง¹⁴ ลดความเสี่ยงฆ่าตัวตาย¹⁵ แต่ในทางปฏิบัติยังมีความแตกต่างระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากการวิจัยกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในสถานการณ์จริง ซึ่งเป็นช่องว่างของการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงบรรยาย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน โดยสรุปดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการ และความจำเป็นในการพัฒนา ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิด เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำต้นร่าง เป็นการกำหนดรายละเอียด จัดระบบเนื้อหา ออกแบบกระบวนการ กิจกรรม เพื่อจัดทำต้นร่าง ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ เป็นการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ขั้นตอนที่ 5 ทดลองใช้ และปรับปรุง

ระยะที่ 2 ดำเนินการในขั้นตอนที่ 6 ของการวิจัยและพัฒนา เป็นการขยายผลการวางแผนการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก

เพื่อให้สามารถใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน และการประเมินผล โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 วิจัยเชิงบรรยายเพื่อพัฒนาโปรแกรม
ประชากร คือ ผู้เชี่ยวชาญ เรื่อง สติบำบัดสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า
ศิลปะการจัดดอกไม้ พยาบาลจิตเวช และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง และสมัครใจให้ข้อมูล
ประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 คน อาจารย์สอนศิลปะการจัดดอกไม้
2 คน พยาบาลจิตเวช 6 คน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 6 คน
เครื่องมือที่ใช้ คือ แนวทางการการสัมภาษณ์ เช่น ท่านคิดว่า
สติบำบัดเป็นอย่างไร มีความเหมาะสมในการบำบัดซึมเศร้า
อย่างไร อุปสรรคในการมารับการบำบัดมีอะไรบ้าง เป็นต้น
และสนทนากลุ่ม เช่น แต่ละท่านมีประสบการณ์ในการทำ
สติบำบัดอย่างไร การทำบำบัดในผู้ป่วยซึมเศร้าของแต่ละท่าน
มีอุปสรรคอะไรบ้าง แต่ละท่านมีข้อเสนอแนะในการแก้ไข
(Thematic analysis) อย่างไร เป็นต้น วิเคราะห์ขั้นตอน
ดำเนินการ 1) การวิเคราะห์ความต้องการความจำเป็นใน
การพัฒนา โดยทบทวนเอกสารงานวิจัยทั้ง ในประเทศและ
ต่างประเทศ ระหว่าง เดือนตุลาคม 2566-ธันวาคม 2566
2) การกำหนดกรอบแนวคิด คณะผู้วิจัยประชุมวิเคราะห์
ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1) ในวันที่ 12 และ 14 ธันวาคม 2566
เพื่อสรุปข้อค้นพบจากการทบทวนเอกสาร และกำหนดกรอบ

แนวคิดในการพัฒนา 3) การออกแบบและ จัดทำต้นร่าง
โปรแกรม โดยการ 3.1) สนทนากลุ่มพยาบาลจิตเวช 6 คน
สัมภาษณ์ จิตแพทย์ 2 คน อาจารย์สอนศิลปะการจัดดอกไม้
2 คน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 6 คน ระหว่าง 17
พฤษภาคม 2567-31 พฤษภาคม 2567 3.2) ประชุมผู้เชี่ยวชาญ
ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญเรื่องสติบำบัด 1 คน
จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1 คน
พยาบาลจิตเวชที่ได้รับการอบรมเรื่องสติบำบัด จำนวน 3 คน
พยาบาลจิตเวชที่ได้รับการอบรมศิลปะการจัดดอกไม้กลาง
จำนวน 3 คน ระหว่างวันที่ 10-11 มิถุนายน 2567 เพื่อจัดทำ
ต้นร่างโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัด
4) การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการส่งต้นร่างโปรแกรม
ศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดที่จัดทำขึ้นให้
ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเนื้อหา จำนวน 5 คน คำนวณหา
ค่าความสอดคล้อง IOC ค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง 0.6-1.0
และปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 5) นำโปรแกรม
ศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานสติบำบัดไปทดลองใช้
ศึกษานำร่อง 1 กลุ่ม จำนวน 4 คน ระหว่างวันที่ 14-15
กันยายน 2567 เพื่อดูความเป็นไปได้ในการปฏิบัติใน
สถานการณ์จริง และปรับปรุง

ระยะที่ 2 การศึกษาผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นต่อความสิ้นหวังและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental designs) ดำเนินการระหว่าง 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 มกราคม 2568

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32.xx-F3-xx) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ในระหว่างเดือน 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 มกราคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา เพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20 - 59 ปี

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารหัสการวินิจฉัยโรค F32 - F34 2) อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) ระดับอาการซึมเศร้า ≤ 18 คะแนน ประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม 4) ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ≤ 16 คะแนน ประเมินด้วยแบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม 5) คะแนนความสิ้นหวัง ≥ 9 คะแนน 6) มีความสามารถในการใช้เครื่องมือสื่อสารด้วยไลน์ การใช้มือถือบันทึกภาพเคลื่อนไหว และยินยอมติดต่อสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม

เกณฑ์การคัดออก 1) ระดับคะแนนอาการซึมเศร้าไม่เปลี่ยนแปลงหลังการรักษาไปแล้ว 2 สัปดาห์ 2) ไม่ร่วมมือหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม 3) บกพร่องด้านภาษา พูดสื่อสารไม่เข้าใจ 4) มีโรคร่วมทางจิตเวช

การคำนวณขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มด้วยโปรแกรม G* Power (Version 3.1.9.7) Power ร้อยละ 99 ระดับนัยสำคัญ .05 ขนาดอิทธิพล .5014 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 22 คน จำนวนอัตราการออกจากการวิจัยโดยประมาณ ร้อยละ 40 ในที่สุดได้กลุ่มตัวอย่าง 32 คน แบ่งเป็น 16 คนต่อกลุ่ม คือ 1) กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาพร้อมกับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น 2) กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาพร้อมกับวิธีมาตรฐานของโรงพยาบาล เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) ให้แต่ละกลุ่มมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1) เครื่องมือประกอบด้วย 1.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 1.2) แบบประเมินความสิ้นหวังของแบค¹⁸ จำนวน 20 ข้อ มีการนำมาใช้ในคนไทยมีค่าความเที่ยง .92 จำนวนคะแนนที่สูงกว่าบ่งบอกถึงความสิ้นหวังในระดับที่สูงขึ้น ในขณะที่คะแนนที่ต่ำกว่าบ่งบอกถึงความสิ้นหวังในระดับที่ต่ำกว่า มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-20 คะแนน แบ่งออกเป็นระดับ ดังนี้ คะแนน 0-3 หมายถึง ปกติ คะแนน 4-8 หมายถึง สิ้นหวังเล็กน้อย คะแนน 9-14 หมายถึง สิ้นหวังปานกลาง คะแนน 15 ขึ้นไป หมายถึง สิ้นหวังอย่างรุนแรง 1.3) แบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .89 แปลผลเป็นความเสี่ยงการฆ่าตัวตายโดยใช้คะแนนรวมทุกข้อ แบ่งคะแนนเป็นระดับดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีแนวโน้มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน คะแนน 1-8 หมายถึง มีแนวโน้มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย คะแนน 9-16 หมายถึง มีแนวโน้มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 17 หมายถึง มีแนวโน้ม ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง 1.4) โปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดจากการพัฒนาโปรแกรมฯ ในระยะที่ 1

2) การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยเครื่องมือไม่มีการปรับแก้ จึงไม่ได้หาค่าความเที่ยงซ้ำ ส่วนโปรแกรมมีการแก้ไขตาม ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ คำนวณหาค่าความสอดคล้อง (IOC) ได้ระหว่าง 0.6-1.0 สำหรับผู้บำบัดตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยทั้งสองคนได้รับการรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระตามแนวทางสติบำบัด และผ่านการอบรมศิลปะการจัดดอกไม้ระดับสูง โดยผู้วิจัยทั้งสองคนทำหน้าที่เป็นผู้บำบัดทั้งหมดตามโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละเมื่อข้อมูลเป็นข้อมูลแจกแจง (Categorical data) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหากเป็นข้อมูลต่อเนื่อง 2) เปรียบเทียบคะแนนความสิ้นหวัง และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง และหลังได้รับโปรแกรมโดยทดสอบค่าสถิติ Repeated measured ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างการศึกษาคั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาล ศิริธัญญา เลขที่ใบรับรอง STY.CO.A 028/2567 เมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2567 การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลัง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยเข้าพบและ อธิบายวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลที่ ให้ความยินยอมด้วยการลงลายมือให้ความยินยอมใน หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยซึ่งผู้ให้ข้อมูล มีสิทธิให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการได้โดยไม่มีผลต่อ การรักษาการเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยในภาพรวมไม่เปิดเผย ข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยระยะที่ 1 ลักษณะของโปรแกรม ศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานสติบำบัดสำหรับผู้ป่วย โรคซึมเศร้า ลักษณะของโปรแกรมเป็นการบำบัดแบบกลุ่มปิด จำนวนสมาชิกต่อกลุ่ม 8 คน จำนวน 6 กิจกรรม ในแต่ละ กิจกรรมเวลาอยู่ระหว่าง 60 - 90 นาที ดำเนินการ 2 วัน แบ่งเป็น 3 กิจกรรมต่อวัน หลังจากนั้นนัดพบผู้บำบัดในไลน์ กลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผู้บำบัดมี 2 คน คือ คณะผู้วิจัย โดยที่ผู้บำบัดต้องได้รับการรับรองเป็นผู้บำบัด อิสระ และผ่านการอบรมศิลปวัฒนธรรมการจัดดอกไม้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสิ้นหวังก่อนบำบัด หลังบำบัด และติดตาม 1 เดือน และ 2 เดือน

กลุ่ม	ตัวแปร	ก่อนบำบัด		หลังบำบัด 1 เดือน		หลังบำบัด 2 เดือน		F	η_p^2
		ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
ทดลอง	ความสิ้นหวัง	12.12	3.57	8.40	4.29	5.13	2.92	41.29**	0.59
ควบคุม	ความสิ้นหวัง	12.69	2.89	11.81	2.76	10.56	1.59		

หมายเหตุ ** $p < .01$; ค่า Levene's test ก่อนบำบัด หลังบำบัด ติดตามผล = 0.82 5.42 และ 0.02, $ps > .05$

จากตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของคะแนนความสิ้นหวังของคนที่กลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองจำแนกตามระยะทั้ง 3 ระยะ (ก่อนบำบัด หลังบำบัด และติดตามผล) ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนความสิ้นหวัง ทั้ง 3 ระยะมีการแจกแจงแบบปกติ เมื่อพิจารณาจากทั้ง

หลังโปรแกรมผ่านการตรวจสอบคณะผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ เพื่อทำความเข้าใจโปรแกรมในการปฏิบัติจริงทั้ง 6 กิจกรรม กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การฝึกสติอยู่กับลมหายใจ กิจกรรมที่ 2 การฝึกสติพื้นฐาน กิจกรรมที่ 3 การฝึกสติปล่อย วางความรู้สึก กิจกรรมที่ 4 ศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐาน ของสติแบบ 1 ดอก กิจกรรมที่ 5 ศิลปะการจัดดอกไม้บน พื้นฐานของสติแบบ 1 ช่อ กิจกรรมที่ 6 ศิลปะการจัดดอกไม้ บนพื้นฐานของสติแบบผสมผสาน

2. ผลการวิจัยระยะที่ 2 เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัด ต่อความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย โรคซึมเศร้า ผลการวิจัยมีดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 24.0 เพศหญิง ร้อยละ 75. อายุเฉลี่ย 30.44 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่โสดร้อยละ 75.0 ด้านการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรี ร้อยละ 81.3 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 87.5 ส่วนใหญ่กำลังศึกษา ร้อยละ 37.5 และระยะเวลาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่น้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 68.8 ส่วนในกลุ่มควบคุมเป็น เพศชาย ร้อยละ 18.8 เพศหญิง ร้อยละ 81.2 อายุเฉลี่ย 32.38 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 68.8 ด้านการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรี ร้อยละ 62.5 นับถือ ศาสนาพุทธร้อยละ 100 และระยะเวลาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 68.8 ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ความแบ่และความโด่ง คะแนนเฉลี่ยของความสิ้นหวังระยะ ก่อนบำบัดของทั้ง 2 กลุ่มไม่ต่างกัน แต่คะแนนดังกล่าวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหลังบำบัดและติดตามผล โดยคะแนนเฉลี่ยของความสิ้นหวังของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมทั้ง 2 ระยะในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.59$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายก่อนบำบัด หลังบำบัด และติดตาม 1 เดือน และ 2 เดือน

กลุ่ม	ตัวแปร	ก่อนบำบัด		หลังบำบัด 1 เดือน		หลังบำบัด 2 เดือน		F	η_p^2
		ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
ทดลอง	ความเสี่ยงฯ	12.81	2.56	5.87	4.72	2.87	3.11	12.79**	0.31
ควบคุม	ความเสี่ยงฯ	12.81	3.51	12.62	2.99	11.19	2.95		

หมายเหตุ ** $p < .01$; ค่า Levene's test ก่อนบำบัด หลังบำบัด ติดตามผล = 0.82 5.42 และ 0.02, $ps > .05$

จากตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามระยะทั้ง 3 ระยะ (ก่อนบำบัด หลังบำบัด และติดตามผล) ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายทั้ง 3 ระยะมีการแจกแจงแบบปกติ เมื่อพิจารณาจากทั้งความเบ้และความโด่ง คะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงการฆ่าตัวตายระยะก่อนบำบัดของทั้ง 2 กลุ่มไม่ต่างกัน แต่คะแนนดังกล่าวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหลังบำบัดและติดตามผล โดยคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 2 ระยะในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.31$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาในกิจกรรมแต่ละข้อและวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.6–1.0 เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีลักษณะเป็นความคิดลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต³ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะครุ่นคิดอยู่กับความคิดลบของตนเอง การพัฒนาโปรแกรมต้องช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีทักษะในการจัดการความคิดดังกล่าว รวมถึงสามารถใช้ได้จริงในสถานการณ์ของการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก ลักษณะของโปรแกรมเป็นกลุ่มกลุ่มบำบัดแบบปิด ประกอบกับหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง นัดพบผู้บำบัดในไลน์ปิดเฉพาะสมาชิกกลุ่มเท่านั้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อฝึกสติร่วมกัน การอภิปรายประสบการณ์การนำสติและศิลปะการจัดดอกไม้ ไปใช้ในการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา จึงช่วยให้เกิดปัจจัยการบำบัดจากกระบวนการกลุ่ม¹⁰ ส่วนการนำศิลปะที่นำมาใช้ในการฝึกสติช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายทั้งร่างกาย จิตใจ และเฟลิดเฟลิน¹³ รวมถึงเป็นการบูรณาการการฝึกสติไปใช้ในการ

ทำกิจกรรม เพื่อให้ฝึกทักษะการมีสติในการทำกิจกรรมต่างๆ ดังนั้น การมีสติจะช่วยควบคุมความคิดสิ้นหวัง และความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้าดีขึ้น ประกอบกับปัจจัยการบำบัดที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนมุมมอง ยอมรับความจริงของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และมีทักษะในการดูแลตนเองต่อไป

2. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสิ้นหวังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน และ 2 เดือนพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหลังบำบัดและติดตามผล โดยคะแนนเฉลี่ยของความสิ้นหวังของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 2 ระยะในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.59$) อภิปรายได้ว่า จากความคิดลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคตของผู้ป่วยซึมเศร้า³ โปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัด เป็นการบำบัดแบบกลุ่มจึงช่วยให้เกิดปัจจัยการบำบัดจากกระบวนการกลุ่ม¹⁰ เช่น ความรู้สึกอันเป็นสากลจากการมีอารมณ์ซึมเศร้าเหมือนกัน ยังมีคนอื่นที่มีปัญหาเช่นเดียวกับตนเอง การมีความหวัง จากการที่เห็นคนอื่นดีขึ้น และความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของการรวมกลุ่มในครั้งนี้ เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกสติมาใช้ในการทำกิจกรรมศิลปะช่วยให้ดีขึ้นได้^{11,13} เช่นเดียวกันกับการนำมาใช้ลดการครุ่นคิดเกี่ยวกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยซึมเศร้า¹⁴ เพราะการฝึกให้มีสติช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ การยอมรับตามความเป็นจริงโดยไม่ตัดสิน^{8,9} ร่วมกับการรักษาด้วยยา ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการรักษาโรคซึมเศร้า⁷ ความสิ้นหวังจึงลดลงเพราะไม่ถูกรบกวนจากการครุ่นคิดด้านลบของตนเอง แม้ว่ากลุ่มควบคุมมีการลดลงของความสิ้นหวังเช่นเดียวกัน แต่ในกลุ่มทดลองมีความสิ้นหวังลดลงมากกว่าทั้งในระยะเวลา 1 และ 2 เดือน หลังการทดลอง

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัว

ตายก่อนบำบัด หลังบำบัด และติดตาม 1 เดือน และ 2 เดือน คะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายทั้ง 3 ระยะ คะแนนดังกล่าวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหลังบำบัด และติดตามผล โดยคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 2 ระยะในระดับมาก ($\eta^2 = 0.31$) อธิบายได้ว่า ความสิ้นหวังของผู้ป่วยซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย รวมถึงเป็น⁵ ตัวแปรกลางระหว่างอาการซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย ดังนั้น เมื่อความสิ้นหวังของผู้ป่วยซึมเศร้าดีขึ้น¹⁴ จึงส่งผลให้ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายดีขึ้นด้วย รวมถึง การบำบัดแบบกลุ่มช่วยให้เกิดปัจจัยการบำบัดจากกระบวนการกลุ่ม¹⁰ รวมถึง เป็นการสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้ารับรู้ว่าคุณเองไม่ได้อยู่คนเดียว ยังมีคนอื่นที่มีปัญหาเช่นเดียวกับตนเองเช่นกัน แม้ว่ากลุ่มควบคุมมีการลดลงของความเสี่ยงการฆ่าตัวตายเช่นเดียวกัน แต่ในกลุ่มทดลองมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายลดลงมากกว่าทั้งในเวลา 1 และ 2 เดือน หลังการทดลอง

สรุปได้ว่า ในการรักษาโรคซึมเศร้าตามมาตรฐานของโรงพยาบาลช่วยลดความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ในระยะเวลา 1 และ 2 เดือน แต่การรักษาด้วยยาก ร่วมกับโปรแกรมศิลปะบนพื้นฐานสติบำบัด ช่วยลดความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายได้มากกว่า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านนโยบาย ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรกำหนดให้โปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัด เป็นแนวทางสำคัญในการลดความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก ควรพัฒนาและเรียนรู้ให้สามารถนำโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัด เป็นแนวทางสำคัญในการลดความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่เพื่อให้เกิดประสิทธิผลพยาบาลจิตเวชต้องผ่านการรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระ ตามแนวทางสติบำบัด และศิลปะการจัดดอกไม้ จึงจะสามารถดำเนินงานตามโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป
3. ด้านวิชาการ การศึกษานี้เป็นการศึกษาเบื้องต้น การศึกษาระยะต่อไปควรออกแบบการศึกษาแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการโปรแกรมเมื่อ

นำไปใช้ในบริบทจริงในการบูรณาการในระบบการพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามการคงอยู่ของการลดความสิ้นหวัง และลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3, 6 และ 12 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผลของความคงทนของโปรแกรม
2. รวมถึงควรมีการศึกษาในด้านการป้องกันการกำเริบ และการกลับมาป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าว่าสามารถใช้ป้องกันการกำเริบ และการกลับมาป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้หรือไม่

References

1. Gutiérrez-Rojas L, Porras-Segovia A, Dunne H, Andrade-González N, & Cervilla J. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020; 42(6): 657-72.
2. Ribeiro J, Huang X, Fox. & Franklin. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*. 2018; 212(5): 279-86.
3. Beck A. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper and Row; 1967.
4. Pittayratsathian N. Basic Skills in CBT. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2022. (in Thai)
5. Chen X. & Li S. Serial mediation of the relationship between impulsivity and suicidal ideation by depression and hopelessness in depressed patients. *BioMed Central Public health*. 2023; 23(1): 1-8.
6. Announcement of the Nursing Council on Nursing Standards 2019 Government Gazette. 2019;136 (97):30.

7. Cipriani A, Salanti G, Furukawa T, Egger M, Leucht S, Ruhe H, ...& Geddes J. Antidepressants might work for people with major depression: where do we go from here?. *The Lancet Psychiatry*. 2018; 5(6): 461-63.
8. Segal V, Williams M, & Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Second Edition. New York: Guilford Publications; 2018.
9. Wongphiromsant Y. Manual of Mindfulness base counseling. Bangkok: Beyond Publishing; 2020. (in Thai)
10. Nawai A, Phongphanngam S, Radabutr M, Saritdikul S, & Rearungchom T. The Effectiveness of Mindfulness Meditation in Relieving Chronic Pain in Older Adults: A Systematic Review. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020; 21(1): 125-35. (in Thai)
11. Joshi A, Mehta S, Pande N, Mehta A, & Randhe, K. S. Effect of Mindfulness-Based Art Therapy (MBAT) on psychological distress and spiritual wellbeing in breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Indian journal of palliative care*. 2021; 27(4): 552-60.
12. Davis B J. Mindful art therapy: A foundation for practice. Jessica Kingsley Publishers. 2015
13. Okada M. Daikorin: The flower arrangements of Mokichi Okada. Atami: MOA Foundation; 1998.
14. Aydin Ş, & Budak F. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Anxiety, Depression, and Hopelessness in Menopausal Women: An Experimental Study. *Psychiatric Annals*. 2023; 53(2): 83-94.
15. Chesin M, Brodsky B, Beeler B, Benjamin-Phillips C, Taghavi I, & Stanley B. Perceptions of adjunctive mindfulness-based cognitive therapy to prevent suicidal behavior among high suicide-risk outpatient participants. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2018; 39(6): 451-60.
16. Puangladda S, Wasuwat S, & Budsuwan P. The Development of Mindfulness-Based Nursing Program for Major Depressive Disorder. *Journal of Royal Army Nurses*. 2023; 24(1): 432-40. (in Thai)
17. Puangladda S, Wasuwat S, Budsuwan P, Sukyirun P, & Jintapathanakit N. Effects of Mindfulness-Based Nursing Program on Rumination and Executives Function in Major depressive disorder. *Journal of Royal Thai Army Nurses*. 2020; 24(2): 476-83. (in Thai)
18. Tangjitphakdisakun T. Factors related to self-esteem and hopelessness in children and adolescents who commit crimes in the Central Juvenile Observation and Protection Center. Master of Science Thesis in Clinical Psychology: Mahidol University; 2002. (in Thai)
19. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, & Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South-East Asia Journal Public Health*. 2017; 6(1): 34-8.