

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานต่อความเข้มแข็งทางใจ ความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ในผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต

วันรับ : 24 มกราคม 2567

วันแก้ไข : 4 มิถุนายน 2567

วันตอบรับ : 8 มิถุนายน 2567

เทอดศักดิ์ เดชคง, พ.บ.¹, ศรัณยพิชญ์ อักษร, พย.ม.¹, พาสณา คุณาธิวัฒน์, ศศ.ม.¹,

ชิตชนก โอภาสวัฒนา, ศศ.ม.¹, ขวัญเรือน อัครศักดิ์, ศศ.ม.²

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต¹,

มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบพลังใจและปัญหาสุขภาพจิตระหว่างผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับบริการปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (strength-based counseling: SBC) และการให้คำปรึกษาแบบปฐมพยาบาลทางใจ (psychological first aid: PFA)

วิธีการ : ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบบันทึกการให้คำปรึกษาผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการดำเนินงานในระบบบริการปกติ ในเขตสุขภาพที่ 9 ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ความเข้มแข็งทางใจ ความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย เปรียบเทียบคะแนนพลังใจและปัญหาสุขภาพจิตระหว่างก่อน และหลังได้รับคำปรึกษาโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBC และ PFA โดยใช้สถิติ independent t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนก่อนและหลังได้รับคำปรึกษาระหว่างกลุ่ม SBC และ PFA โดยใช้สถิติ independent t-test

ผล : กลุ่มที่ได้รับ SBC 141 คน อายุเฉลี่ย 41.1 ปี (SD = 16.3) กลุ่มที่ได้รับ PFA 47 คน อายุเฉลี่ย 22.1 ปี (SD = 5.8) หลังได้รับคำปรึกษากลุ่ม SBC มีคะแนนพลังใจสูงกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาและมีคะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่ม SBC มีผลต่างของคะแนนพลังใจ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่ม PFA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลต่างคะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟและความเครียดไม่แตกต่างกัน

สรุป : การให้ SBC มีแนวโน้มได้ผลดีกับกลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต โดยส่งผลให้พลังใจเพิ่มขึ้นและระดับปัญหาสุขภาพจิตลดลง โดยมีแนวโน้มเพิ่มพลังใจ ลดภาวะซึมเศร้า และลดความเสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่าการให้ PFA

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน, ความเข้มแข็งทางใจ, ปัญหาสุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : ศรัณยพิชญ์ อักษร; e-mail: sarunyapich@gmail.com

Original article

Effects of a strength-based counseling program on resilience, stress, burnout, depression, and suicide risk in people at risk for mental health problems

Received : 24 January 2024

Revised : 4 June 2024

Accepted : 8 June 2024

Terdsak Detkong, M.D.¹, Sarunyapich Aksorn, M.N.S.¹,

Passana Gunadhipadhana, M.A.¹, Chidchanok Opaswattana, M.A.¹,

Kwanruen Assadonsak, M.A.²

Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health¹,

University of the Thai Chamber of Commerce²

Abstract

Objective: To compare resilience and mental health problems between individuals at risk for mental health problems who received strength-based counseling (SBC) and psychological first aid (PFA).

Methods: Secondary data from counseling records of individuals at risk for mental health problems within the regular service system in the Health Region 9 from May to September 2016 were used. Demographics, resilience quotient, stress, burnout, depression, suicide risk, and type of counseling were extracted. Resilience and mental health problem scores were compared before and after receiving counseling, using the paired t-test, and between those who received SBC and PFA, using the independent t-test. Pre-post changes in scores between both groups were compared using the independent t-test.

Results: The individuals who received SBC (n = 141) had a mean age of 41.1 years (SD = 16.3) while those who received PFA (n = 47) had a mean age of 22.1 years (SD = 5.8). The SBC group exhibited significantly higher level of resilience and significantly lower burnout, stress, depression, and suicide risk scores after counseling compared to before counseling. Moreover, the SBC group showed significantly larger changes in resilience, depression, and suicide risk scores compared to the PFA group. However, there was no significant difference in the change in burnout and stress scores between both groups.

Conclusion: SBC tends to yield positive effects on levels of resilience and mental health for individuals at risk for mental health problems. Compared to such a conventional approach as PFA, SBC has a tendency for better outcomes in terms of improvement in resilience, depression, and suicide risk.

Keywords: mental health problems, resilience, strength-based counseling

Corresponding author: Sarunyapich Aksorn; e-mail: sarunyapich@gmail.com

ความรู้เดิม : ผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ ได้รับการบริการสุขภาพจิตพื้นฐานตามองค์ความรู้ของผู้ให้คำปรึกษา เช่น การให้คำปรึกษาแบบปฐมพยาบาลทางใจ และการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน

ความรู้ใหม่: การให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน มีแนวโน้มได้ผลดีกับกลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตในการเพิ่มพลังใจหรือความเข้มแข็งทางใจ การลดภาวะซึมเศร้า และการลดความเสี่ยงฆ่าตัวตาย เมื่อเทียบกับการให้คำปรึกษาแบบปฐมพยาบาลทางใจ ขณะที่ผลในการลดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟและความเครียดมีแนวโน้มไม่แตกต่างกัน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การพัฒนาระบบดูแลผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตด้วยการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานซึ่งใช้เวลากระชับและมีโครงสร้างที่ชัดเจน

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งด้านวิถีชีวิต การประกอบอาชีพ และการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ การสำรวจดัชนีสันติภาพโลก (global peace index) ในปี พ.ศ. 2565 รายงานว่าความสงบสุขทั่วโลกลดลงติดต่อกันเป็นปีที่ 9 โดยประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความสงบสุขลำดับที่ 103¹ จากสถิติใบมรณบัตรของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2565 พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในรอบ 5 ปี² นอกจากนี้การสำรวจสุขภาพคนไทยในปี พ.ศ. 2564 พบสัดส่วนผู้มีภาวะเครียดสูงเสี่ยงซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตายในประชาชนทั่วไปร้อยละ 14.5, 16.8 และ 9.5 ตามลำดับ โดยมีสัดส่วนสูงมากในกลุ่มเด็กและเยาวชน ส่วนผู้ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการตกงานและสูญเสียรายได้มีความเสี่ยงความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายสูงกว่าคนทั่วไป 2 - 3 เท่า³ ผู้มีความเสี่ยงดังกล่าวเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องการการดูแลและเยียวยาทางจิตใจ โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาแบบ

ปฐมพยาบาลทางใจ (psychological first aid: PFA) ซึ่งเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาเบื้องต้นที่เน้นหลักการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) สอดส่องมองหา 2) ใส่ใจรับฟัง ไม่ตัดสินคุณค่า แสดงความเห็นใจ และใช้คำถามปลายเปิดเพื่อค้นหาปัญหา และ 3) ส่งต่อเชื่อมโยงให้ได้รับการช่วยเหลือ⁴ โดยในช่วงสถานการณ์โรคโควิด 19 รูปแบบการช่วยเหลือนี้ได้ถูกขยายผลในบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งหลักการดังกล่าวยังไม่มีโครงสร้างการสนทนาและการกำหนดเวลาที่ชัดเจน

ในปี พ.ศ. 2566 กรมสุขภาพจิตได้มีการทบทวนแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต โดยจัดทำมาตรฐาน คู่มือ และประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพและสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพจิตในพื้นที่ให้มีทักษะในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดยหนึ่งในโปรแกรมที่ดำเนินการจัดอบรม คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (strength based counseling: SBC)⁵ ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาโดยใช้จิตวิทยาเชิงบวกที่มีโครงสร้างชัดเจน ภายหลังการประชุมโครงการพัฒนาระบบดูแลกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้าเมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 อธิบดีกรมสุขภาพจิตมอบหมายให้สำนักวิชาการสุขภาพจิตขยายผลใช้โปรแกรมห้คำปรึกษาในผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตจากการคัดกรองเบื้องต้น เช่น การคัดกรองผ่านโปรแกรม Mental Health Check-In นอกจากนี้ได้มีการจัดอบรมโปรแกรมให้บุคลากรทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตสุขภาพที่ 2, 4, 6 และ 9 โดยอบรมให้เขตสุขภาพที่ 4 เป็นรุ่นแรกในวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2567 และอบรมให้เขตสุขภาพอื่น ๆ เป็นลำดับถัดไป ผู้ผ่านการอบรมได้นำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในการให้คำปรึกษาผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงผู้คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผ่านระบบ Mental Health Check-In โดยผู้ที่มีความเสี่ยงได้รับ SBC แบบต่อหน้าและ/หรือทางโทรศัพท์

อย่างไรก็ตาม ผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ยังได้รับการบริการสุขภาพจิตพื้นฐานตามองค์ความรู้ของผู้ให้คำปรึกษา เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแต่ละรูปแบบที่มีหลักการและโครงสร้าง

การให้คำปรึกษาที่ต่างกัน อันจะนำไปสู่การเลือกวิธีการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับผู้รับบริการและสามารถบริหารเวลาในการให้บริการสุขภาพจิตแก่ผู้มีความเสี่ยงที่มีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพลังใจและปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายระหว่างผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับ SBC ที่มีโครงสร้างชัดเจนและ PFA ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษารูปแบบเดิม โดยมีสมมติฐานว่ากลุ่มที่ได้รับ SBC มีคะแนนพลังใจเพิ่มขึ้นและมีคะแนนระดับความเครียด คะแนนระดับเหนื่อยล้าหมดไฟ คะแนนระดับภาวะซึมเศร้า และคะแนนความเสี่ยงฆ่าตัวตายลดลงจากก่อนได้รับคำปรึกษา และมีผลต่างของคะแนนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ PFA

วิธีการ

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.COA 024/2566 วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบบันทึกการให้คำปรึกษาซึ่งเป็นการดำเนินงานในระบบบริการปกติในเขตสุขภาพที่ 9 ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 ในผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตด้านความเข้มแข็งทางใจ ความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ภาวะซึมเศร้า หรือ ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย อย่างใดอย่างหนึ่ง และยินยอมรับการให้คำปรึกษา

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยอิงการศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของเทอดศักดิ์ เดชคง⁶ กำหนดขนาดอิทธิพล 0.8 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ PFA และ SBC ขั้นต่ำกลุ่มละ 33 คน เลือกตัวอย่างทุกคนที่ตรงกับเกณฑ์การคัดเข้า โดยตัดข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ออกก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ นามสกุล ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ แจกแจงข้อมูล (parsing) เฉพาะชุดข้อมูลส่วนที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ เช่น อายุและครั้งที่ประเมิน แก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาด (correcting) โดยแก้ไขข้อความหรือตัวเลขให้ถูกต้องตรงกับประเภทข้อมูล

ทำข้อมูลให้เป็นรูปแบบเดียวกัน (standardizing) ได้แก่ การแก้ไขข้อความที่มีความหมายเดียวกันให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน การกำหนดชื่อตัวแปรเพื่อเตรียมชุดข้อมูลในการประมวลผล และการจัดกลุ่มข้อมูลใหม่ ลบชุดข้อความซ้ำซ้อนทั้ง (duplicate elimination) โดยตัดบันทึกการประเมินซ้ำโดยไม่ตั้งใจ เช่น ชื่อผู้ประเมินเดียวกัน วันที่ประเมินเดียวกัน เวลาประเมินใกล้เคียงกัน และผลการประเมินเหมือนกัน นำข้อมูลใส่รหัสโดยไม่ระบุชื่อและวิเคราะห์ข้อมูลโดยคัดข้อมูลเฉพาะแบบบันทึกการให้คำปรึกษาแบบต่อหน้าที่มีข้อมูลครบถ้วน แบ่งเป็นผู้ได้รับ SBC 141 คนจาก 488 คนและผู้ได้รับ PFA 47 คนจาก 50 คน ซึ่งเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ

การให้บริการปรึกษากลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต

การให้บริการสุขภาพจิตในระบบบริการปกติมีการคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตทั้งการคัดกรองโดยบุคลากรสุขภาพหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการคัดกรองด้วยตนเองผ่านระบบ Mental Health Check-In หากพบความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง ผู้รับบริการจะได้รับคำปรึกษาเบื้องต้นจากบุคลากรสุขภาพ ทั้งนี้รูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นไปตามองค์ความรู้และความเชี่ยวชาญของผู้ให้คำปรึกษาแต่ละคน โดยช่วงสถานการณ์โรคโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2563 ส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาแบบ PFA ส่วน SBC เป็นโปรแกรมใหม่ที่มีการอบรมในช่วงปี พ.ศ. 2566 โดยการให้คำปรึกษาแบบ PFA ทำโดยบุคลากรที่เป็นสหวิชาชีพและเน้นหลักการดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

โปรแกรม SBC พัฒนาขึ้นโดยเทอดศักดิ์ เดชคง⁵ ในปี พ.ศ. 2566 ตามแนวคิดของ Grotberg⁷ ซึ่งมองว่าความเข้มแข็งทางใจไม่ใช่สิ่งตายตัว แต่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ เพื่อที่จะใช้ฝ่าฟันปัญหาและสามารถนำพาชีวิตให้ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วยองค์ประกอบภายใน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (I am) และด้านความสามารถ (I can) และองค์ประกอบภายนอก คือ สัมพันธภาพที่เกื้อหนุน (I have) กลุ่มเป้าหมายในการอบรมคือสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และ

ผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา เช่น ครูที่ปรึกษา เป็นหลักสูตรฝึกอบรมกระบวนการและการฝึกทักษะการให้ SBC ใช้เวลา 6 ชั่วโมง ประกอบด้วย 4 แผนการเรียนรู้ มีหลักสำคัญ ได้แก่ การสร้างความร่วมมือ การค้นหาความเข้มแข็ง การสร้างความหวัง และการมุ่งเน้นหาทางเลือกและทางออกโดยใช้ศักยภาพหรือความเข้มแข็งของตนเองเป็นฐาน การให้คำปรึกษาเป็นแบบรายบุคคลและมีทิศทาง (directive counseling) ใช้เวลา 15 - 20 นาทีต่อครั้ง จำนวน 2 - 4 ครั้งตามสภาพปัญหา หลังให้บริการแต่ละครั้งมีการประเมินภาวะสุขภาพจิต โดยมีการนัดหมายครั้งถัดไปภายใน 1 - 2 สัปดาห์หากยังมีความเสี่ยงระดับต่ำถึงปานกลางและยังไม่มีแนวทางจัดการปัญหาที่ชัดเจน ยุติบริการหากไม่พบความเสี่ยง/เสี่ยงต่ำและมีวิธีจัดการปัญหาหรือส่งต่อจิตแพทย์เมื่อพบความเสี่ยงสูง โปรแกรม SBC ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาหลักสูตร ผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 คน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) มากกว่า 0.8

การติดตามผล

หลังให้คำปรึกษาแต่ละครั้งมีการประเมินความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมิน 5 ชุด ดังนี้

1. แบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ (resilience inventory 3 items) มีค่าความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.91 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อ 0.776 - 0.777⁸ แต่ละข้อคะแนนเต็ม 10 รวม 30 คะแนน จำแนกตามอายุ ได้ว่ากลุ่มเยาวชนที่พลังใจต่ำกว่า 21 คะแนน กลุ่มวัยทำงานที่พลังใจต่ำกว่า 18 คะแนน และกลุ่มวัยสูงอายุที่พลังใจต่ำกว่า 15 คะแนน เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องได้รับความช่วยเหลือเนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง⁹

2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีความไวร้อยละ 75.7 ความจำเพาะร้อยละ 93.4 คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน 1 - 7 วัน (1 คะแนน) เป็นบ่อย > 7 วัน (2 คะแนน) และเป็นทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนเต็ม 27 คะแนน แปลผลดังนี้

ต่ำกว่า 7 คะแนนหมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 7 - 12 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13 - 18 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 19 คะแนนขึ้นไปหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง¹⁰

3. แบบคัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q) ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ มีความไวร้อยละ 87.1 ความจำเพาะร้อยละ 89.4 คำตอบประเมินแบบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มี 0 คะแนน และมี 1 - 10 คะแนน คะแนนเต็ม 52 คะแนน แปลผลดังนี้ 0 คะแนนหมายถึงไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย 1 - 8 คะแนนหมายถึงมีแนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย 9 - 16 คะแนนหมายถึงมีแนวโน้มฆ่าตัวตายปานกลาง และมากกว่า 17 คะแนนหมายถึงมีแนวโน้มฆ่าตัวตายรุนแรง¹⁰

4. แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา (Srithanya stress scale: ST-5) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นบางครั้ง (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) การแปลผลแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ไม่เครียดหรือเครียดเล็กน้อย (0 - 4 คะแนน) เครียดปานกลาง (5 - 7 คะแนน) เครียดมาก (8 - 9 คะแนน) และเครียดมากที่สุด (10 - 15 คะแนน) การศึกษานี้กำหนดให้ผู้ตอบเครียดมากถึงมากที่สุด (8 - 15 คะแนน) เป็นผู้ที่มีความเครียด แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.82 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.79 และมีความตรงตามเกณฑ์เทียบกับแบบวัด hospital anxiety depression ทั้งด้านความวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.58 และ 0.59 ตามลำดับ¹¹

5. แบบประเมินภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ¹² ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของของ Maslach¹³ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) การเมินเฉยต่องาน (cynicism) และความสามารถในการทำงาน (professional efficacy) แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ แทบไม่มีเลย (1 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) เป็นบ่อย (3 คะแนน) และเป็นประจำ (4 คะแนน)

คะแนนรวม 3 - 12 คะแนน แปลผลดังนี้ 3 - 6 คะแนนหมายถึงเสี่ยงระดับน้อย 7 - 8 คะแนนหมายถึงเสี่ยงระดับปานกลาง และ 9 - 12 คะแนนหมายถึงเสี่ยงระดับมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เปรียบเทียบคะแนนพลังใจ ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ และความเสี่ยงฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับคำปรึกษาโดยใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBC และ PFA โดยใช้สถิติ independent t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนก่อนหลังได้รับคำปรึกษาระหว่างกลุ่ม SBC และ PFA โดยใช้สถิติ independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

กลุ่มที่ได้รับ SBC 141 คน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน (20 - 59 ปี) ร้อยละ 72.3 รองลงมาคือกลุ่มเยาวชน (น้อยกว่า 20 ปี) ร้อยละ 15.6 และกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 12.1 อายุเฉลี่ย 41.1 ปี (SD = 16.3) ส่วนกลุ่มที่ได้รับ PFA 47 คน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชน (น้อยกว่า 20 ปี) ร้อยละ 57.4 และอยู่ในวัยทำงาน (20 - 59 ปี) ร้อยละ 42.6 อายุเฉลี่ย 22.1 ปี (SD = 5.8)

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBC และกลุ่มที่ได้รับ PFA พบว่า ก่อนได้รับคำปรึกษากลุ่มที่ได้รับ SBC มีคะแนนพลังใจและความเสี่ยงฆ่าตัวตายไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับ PFA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเครียด และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับ SBC ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับ PFA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังได้รับคำปรึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับ SBC มีคะแนนพลังใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ PFA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่ได้รับ SBC มีคะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับ PFA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

การเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างก่อนและหลังได้รับคำปรึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับ SBC มีคะแนนพลังใจหลังได้รับคำปรึกษาสูงกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายหลังได้รับคำปรึกษาน้อยกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มที่ได้รับ PFA มีคะแนนพลังใจ ความเครียด และภาวะซึมเศร้าหลังได้รับคำปรึกษาต่ำกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่คะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ และความเสี่ยงฆ่าตัวตายระหว่างก่อนและหลังได้รับคำปรึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SBC) และกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบปฐมพยาบาลทางใจ (PFA) จำแนกตามปัญหาสุขภาพจิต

	ก่อนได้รับคำปรึกษา		P	หลังได้รับคำปรึกษา		P
	SBC	PFA		SBC	PFA	
	mean (SD)	mean (SD)		mean (SD)	mean (SD)	
พลังใจ (RQ)	20.82 (3.82)	20.85 (2.54)	.954	22.87 (3.62)	19.83 (3.80)	< .001
ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (burnout)	5.96 (2.63)	7.40 (2.98)	.002	4.98 (1.96)	6.94 (2.19)	< .001
ความเครียด (ST5)	6.02 (3.58)	9.47 (3.04)	< .001	3.94 (2.42)	7.74 (2.78)	< .001
ภาวะซึมเศร้า (9Q)	9.11 (6.38)	12.04 (4.32)	< .001	5.38 (4.09)	11.06 (3.58)	< .001
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q)	4.01 (7.91)	4.06 (5.79)	.964	1.76 (4.39)	3.49 (3.98)	.018

SBC = strengths-based counseling, PFA = psychological first aid

การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังได้รับคำปรึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับ SBC มีผลต่างของคะแนนพลังใจ ภาวะซึมเศร้า และความเครียดฆ่าตัวตายต่างจากกลุ่มที่ได้รับ PFA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้รับ SBC มีคะแนนพลังใจเพิ่มขึ้นและมีคะแนนภาวะซึมเศร้าและความเครียดฆ่าตัวตายลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ PFA ส่วนผลต่างคะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟและความเครียดของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับ SBC มีคะแนนพลังใจสูงกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวคิดของ Peterson และ Seligman¹⁴ ที่กล่าวว่ามุมมองโลกในด้านบวกนำมาซึ่งความหวังและพลังใจ และถึงแม้เผชิญกับปัญหาและความทุกข์ยากก็ยัง

มีโอกาสที่จะเอาชนะและผ่านพ้นไปได้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการคิดและการมองโลกที่นำไปสู่พลังใจและความสามารถในการปรับตัว โดยการศึกษาในวัยเด็กสามารถบ่งชี้ความสามารถต่าง ๆ เหล่านี้ได้¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุของสมพงษ์ นาคพรม และคณะ¹⁶ ที่ทดสอบโปรแกรมการสร้างเสริมพลังทางจิตโดยใช้หลัก I am (คิดดี มีกำลังใจ) I have (การรับรู้ สื่อสารทางบวกและการสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน) I can (ฉันทำได้ การรับรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง) พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวมีคะแนนพลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของเทอดศักดิ์ เดชคง⁶ ที่นำโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจมาสนับสนุนการใช้ทักษะการดูแลตนเองใน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษา จำแนกตามปัญหาสุขภาพจิต

	SBC (n = 141)		P	PFA (n = 47)		P
	ก่อน mean (SD)	หลัง mean (SD)		ก่อน mean (SD)	หลัง mean (SD)	
พลังใจ (RQ)	20.82 (3.82)	22.87 (3.62)	< .001	20.85 (2.54)	19.83 (3.80)	.040
ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (burnout)	5.96 (2.63)	4.98 (1.96)	< .001	7.40 (2.98)	6.94 (2.19)	.070
ความเครียด (ST5)	6.02 (3.58)	3.94 (2.42)	< .001	9.47 (3.04)	7.74 (2.78)	< .001
ภาวะซึมเศร้า (9Q)	9.11 (6.38)	5.38 (4.09)	< .001	12.04 (4.32)	11.06 (3.58)	.012
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q)	4.01 (7.91)	1.76 (4.39)	< .001	4.06 (5.79)	3.49 (3.98)	.191

SBC = strengths-based counseling, PFA = psychological first aid

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SBC) และกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบปฐมพยาบาลทางใจ (PFA) จำแนกตามปัญหาสุขภาพจิต

	SBC (n = 141)	PFA (n = 47)	P
	mean (SD)	mean (SD)	
พลังใจ (RQ)	2.05 (3.37)	-1.02 (3.32)	< .001
ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout)	-.98 (2.23)	-.47 (1.73)	.154
ความเครียด (ST-5)	-2.09 (3.31)	-1.72 (2.39)	.420
ภาวะซึมเศร้า (9Q)	-3.73 (5.22)	-.98 (2.57)	< .001
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q)	-2.25 (6.44)	-.57 (2.96)	< .001

SBC = strengths-based counseling, PFA = psychological first aid

ด้านต่าง ๆ ซึ่งมีโครงสร้างเดียวกับโปรแกรม SBC พบว่าโปรแกรมช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยจนสามารถควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Suranata และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาผลการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางใจ/ความเข้มแข็งทางใจของนักเรียน โดยเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral counseling) กับการให้ SBC และกลุ่มที่ไม่ได้รับการ พบว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มที่ได้รับ SBC มีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่ม SBC มีคะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังมีคะแนนปัญหาเหล่านี้ต่ำกว่ากลุ่ม PFA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะหลังได้รับคำปรึกษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากก่อนได้รับคำปรึกษากลุ่ม SBC มีคะแนนปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่ม PFA อยู่ก่อนแล้ว อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพลังใจและปัญหาสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มที่ได้รับ SBC มีผลต่างของคะแนนพลังใจ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ PFA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงจุดแข็งของการให้ SBC ต่อผลลัพธ์ดังกล่าวได้ดีกว่าบริการสุขภาพจิตรูปแบบเดิมคือ PFA สอดคล้องกับรายงานความคิดเห็นของผู้ให้ SBC ที่พบว่าหลังยุติบริการผู้ให้คำปรึกษาให้ความเห็นว่าพึงพอใจรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบ SBC เนื่องจากไม่เหนื่อยมาก ใช้เวลากระชับ เป็นการยืนยันในสิ่งที่ผู้รับบริการปรึกษาทำได้ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นว่าจะทำได้เห็นผลรวดเร็ว ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนและความคงทนของพฤติกรรม และผู้รับคำปรึกษาสามารถมองเห็นคุณค่าในตนเองและมีความสุขมากขึ้น¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ Darbani และ Parsakia¹⁹ ที่พบว่าสตรีหย่าร้างที่ได้รับ SBC มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sharei และคณะ²⁰ ที่พบว่าการให้ SBC ช่วยเพิ่มความมั่นใจ การเห็นคุณค่าในตนเองและ

ลดความคิดในการฆ่าตัวตายของสตรีที่ได้รับความรุนแรงในครอบครัว

สำหรับกลุ่มที่มีปัญหาความเครียดนั้นพบว่าการให้คำปรึกษาทั้ง PFA และ SBC มีคะแนนความเครียดลดลงไม่แตกต่างกัน อาจกล่าวได้ว่าการให้คำปรึกษาทั้ง 2 รูปแบบมีความเหมาะสมกับกลุ่มที่มีปัญหาความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Shoukr และคณะ²¹ ที่พบว่าการให้ PFA สามารถลดความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ได้ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสกุล เญียบแหลม และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์²² ที่กล่าวถึงวิธีการเพื่อให้เข้าสู่ระยะฟื้นตัวโดยเร็วคือการจัดการกับความเครียด โดยพิจารณาถึงข้อดีข้อเสีย การค้นหาเป้าหมายที่แท้จริงของชีวิต การวางแผนชีวิตตามเป้าหมายที่เลือก และวิธีการอยู่กับปัจจุบันอย่างมีความสุข ซึ่งโครงสร้างการให้คำปรึกษาของ PFA มีกระบวนการสำคัญคือใส่ใจรับฟังพร้อมการให้คำแนะนำให้พิจารณาข้อดีข้อเสีย ส่วน SBC มีกระบวนการสำคัญคือการค้นหาจุดแข็งรับฟัง และชี้แนะให้ใช้ศักยภาพที่มีจัดการรับมือกับปัญหา จึงส่งผลให้การให้คำปรึกษาทั้ง 2 รูปแบบให้ผลดีในการลดความเครียด

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังจากการให้บริการปกติตามสภาพปัญหาและความเชี่ยวชาญของผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านอคติที่เกิดจากการเลือกตัวอย่าง (selection bias) เนื่องจากไม่มีกระบวนการสุ่มเข้ากลุ่ม ทำให้มีข้อมูลพื้นฐานแตกต่างกันและไม่อาจสามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพลังใจและปัญหาสุขภาพจิตเป็นผลมาจากการให้คำปรึกษาโดยตรง จึงควรมีการศึกษาไปข้างหน้าหรือการวิจัยเชิงทดลองเพื่อยืนยันผลต่อไป

สรุป

การให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SBC) มีแนวโน้มใช้ได้ดีกับกลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต โดยส่งผลให้พลังใจเพิ่มขึ้น และระดับความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายลดลง โดยมีแนวโน้มเพิ่มพลังใจ ลดภาวะซึมเศร้า และลดความเสี่ยงฆ่าตัวตายได้ดีกว่าการให้คำปรึกษาแบบปฐมพยาบาลทางใจ (PFA)

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนอุดหนุนการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนงานมูลฐาน (fundamental fund) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ขอขอบคุณ รศ.ดร.ดุสิต สุจิราวัฒน์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการออกแบบการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

เทอดศักดิ์ เดชคง : ออกแบบการวิจัยและออกแบบการนำเสนอข้อมูล ; ศรัณยพิชญ์ อักษร : วิเคราะห์ข้อมูลและเรียบเรียงเนื้อหาเขียนบทความ ; พาสณา คุณาธิวัฒน์ : จัดการข้อมูลจากแบบประเมินพุทธิภูมิ และทบทวนคุณภาพแบบประเมิน ; ชิตชนก โอภาสวัฒนา : ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ; ขวัญเรือน อัครศักดิ์ : วิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Economics & Peace. Global peace index 2022: measuring peace in a complex world [Internet]. Sydney: Institute for Economics & Peace; 2022 [cited 2023 June 23]. Available from: <https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2022/06/GPI-2022-web.pdf>
2. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2022 [Internet]. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2022 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf>
3. Institute for Population and Social Research Mahidol University. Thai health 2022: the Thai family & COVID-19. Bangkok: Amarin Corporations Public Co.,Ltd.; 2022 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/report/thaihealth.php?y=2022&l=thai>
4. Panyayong B. Handbook of psychological first aid for people with mental health problems. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2019.
5. Detkong T. Strength-based counseling approach for risk mental health groups. 1st. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023.
6. Detkong T. Effects of a motivational interviewing program on blood glucose levels control for patient with type 2 diabetes mellitus patients. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. 2020;14(3):134-45.
7. Grotberg HE. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit (early childhood development: practice and reflection no. 8). The Hgne: Bernard van Leer Foundation; 1995.
8. Detkong T, Gunadhidhavana P, Tipchot T, Wuttiham P. Reliability and validity of resilience inventory 3-item version. Journal of Mental Health of Thailand. 2022;30(4):297-306.
9. Detkong T, Aksorn S, Gunadhidhavana P, Assadonsak K, Tipchot T. Correlation between the resilience inventory 3-item version and screening of mental health problems by age group. Journal of Mental Health of Thailand. 2023;31:52-63.
10. Tepklang C. The development of elderly depression surveillance and caring system in out patient department of Ubonratana hospital, KhonKaen province. Mahasarakham Hospital Journal. 2019;16(1): 70-7.
11. Silapakit O. Srithanya stress scale. Journal of Mental Health of Thailand. 2008;16:177-85.
12. Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health. Preliminary report on developing a burnout assessment tool to present to the mental health check-in steering committee. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023.
13. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual (3rd ed). Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.

14. Peterson C, Seligman MEP. Character strengths and virtues: a handbook and classification. Oxford: American Psychological Association; 2004.
15. Seligman M. Learn optimism. New York: Simon & Schuster; 1998.
16. Nakprom S, Noosorn N, Maneerat S. The effect of psychological resilience enhancement program on reducing burnout in the elderly care for elderly caregivers in Sawang Arom district, Uthai Thani province. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*. 2022;33(1):224-38.
17. Suranata KS, Atmoko A, Hidayah N. Enhancing students' resilience: comparing the effect of cognitive-behavior and strengths-based counseling. *License*. 2017;134:102-8. doi:10.2991/icirad-17.2017.20.
18. Bureau Of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health. Report on opinions of strength-based counselors. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023.
19. Darbani SA, Parsakia K. The effectiveness of strength-based counseling on the reduction of divorced women's depression. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*. 2022;4(1):28-32. doi:10.52547/jarac.4.2.64.
20. Sharei A, Ebrahimi M, Ochtapeh PA, Mahdavi H, Miyanroudi FJ. the effectiveness of strength-based therapy in improving self-esteem and reducing suicidal thoughts of women affected by domestic violence in Ardebil. *Journal of Preventive Counseling*. 2023;4(1):31-44. doi:10.22098/jpc.2023.12715.1166.
21. Shoukr EMM, Mohamed AAE, El-Ashry AM, Mohsen HA. Effect of psychological first aid program on stress level and psychological well-being among caregivers of older adults with alzheimer's disease. *BMC Nurs*. 2022;21(1):275. doi:10.1186/s12912-022-01049-z.
22. Cheaplamp S, Dangdomyouth P. Burnout syndrome. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*. 2020;66(2): 44-52.