

การบำบัดทางจิตรายบุคคลโดยใช้แนวคิดของซาเทียร์
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า
**Individual Psychotherapy Program Based on the Satir's Model
for Type 2 Diabetes Mellitus with Depressive Patients**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2556
Volume 36 No.2 (April-June) 2013

คนพศ (พิทักษ์) หินเมืองเก่า พย.ม.** จินตนา ลีละไรรวรสณ ปส.ด.(การพยาบาล)***
Khanapobd (Pitak) Hinmuangkaou RN, M.N.S.** Chintana Leelakraiwan RN, Ph.D.(Nursing)***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการบำบัดทางจิตรายบุคคลโดยใช้แนวคิดซาเทียร์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 9 คนเป็นผู้ป่วยชาย 3 คน และหญิง 6 คน ได้รับโปรแกรมการบำบัดเป็นรายบุคคล มีการพบกับผู้ป่วย 4 ครั้ง ๆ ละ 40 – 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องกันจำนวน 7 คน มีผู้ถอนการบำบัด 2 คน ประเมินผลการบำบัดด้วย 1)แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ BDI ที่มีคะแนนซึมเศร้าระหว่าง 21 – 30 คะแนน 2)ประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือด ผลระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และ 3)ผลการรักษาทางคลินิก เก็บข้อมูลจากบันทึกการรักษาของแพทย์ก่อนและระยะติดตามผล 1 เดือน ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 คน ที่ได้รับการบำบัดครบโปรแกรมการบำบัด 4 ครั้ง มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ และในระยะติดตามผล 1 เดือน มี 1 คน มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับอารมณ์แปรปรวนเล็กน้อย ผลทางคลินิกพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ลดลงทุกราย ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมไม่เปลี่ยนแปลงจำนวน 2 คน และจากบันทึกการรักษาของแพทย์พบว่าการปรับลดปริมาณยาฉีดอินซูลินจำนวน 2 คน และให้ยาต้านเศร้าเพิ่มจำนวน 1 คน

คำสำคัญ : แนวคิดซาเทียร์ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

The study aimed to examine the effects of the individual psychotherapy program, based on Satir's model for type 2 Diabetes Mellitus with depressive patients. The target study were, selected based on inclusion criteria composed of 9 patients; 3 male and 6 female. The program consisted of 4 weekly sessions, each session 40 – 90 minutes. After finished session 2, there were 2 patients dropped out. The study results were evaluated by using 1) Beck Depression Inventory (BDI) score between 21 – 30. 2) Blood glucose level, HbA1C level. and 3) Clinical medication record. Data was collected at before intervention, after intervention, and follow-up 1 month after intervention.

*ได้รับทุนสนับสนุนจาก กรมสุขภาพจิต

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The study found that all participants had decreased scores of depression. However, depression scores were increased to mild level at 1-month follow-up for 1 patient. The study was also found that all patients decreased in Blood sugar (FBS), but there were two patients still remained of hemoglobinA1C. Clinical medication records shown the reduction of insulin dose in two patients and Antidepressant was prescribed by the physician for 1 patient.

keywords: the Satir's model, type 2 diabetes mellitus, depression, community hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพอย่างยิ่ง เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน ข้อมูลจากโครงการทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาวะโรค (SPICE)¹ ที่ได้ทำการศึกษาทบทวนจากข้อมูลการตายของประชากรไทยในแต่ละปีย้อนหลังระบุว่า โรคร้ายที่เป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต ซึ่งล้วนเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ¹ สำหรับประชากรในประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 2.5-6% ในประชากรผู้สูงอายุพบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 13-15.3%² และเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพอันดับ 1 ในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ในประเทศไทยจากการศึกษาของ Inter ASIA ในกลุ่มประชากรวัย 35 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานถึงร้อยละ 9.5 ของประชากรทั้งประเทศ หรือคิดเป็น 2.4 ล้านคน³

เมื่อพิจารณาผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ที่ศึกษาจากการวินิจฉัยของแพทย์ร้อยละ 100 เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีรายงานศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานและซึมเศร้าว่าโรคเบาหวานและซึมเศร้าที่ผิดปกติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (bi-directional relationship) ซึ่งโรคทั้งสองนี้มีอัตราการเกิดขึ้นที่พบได้บ่อยและมีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ^{4,5} ความซึมเศร้าที่ผิดปกติในผู้ป่วยโรคเบาหวานส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาลดลง ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้บ่อยขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงตลอดเวลา มีความเสี่ยงเกิดภาวะพิการและไร้ศักยภาพมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตลดลง⁶

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ปรับกลยุทธ์ในการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกาย โดยเฉพาะเบาหวาน ซึ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะมีภาวะซึมเศร้าและป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ถึงร้อยละ 20 - 25⁷ การศึกษาระดับ meta-analysis พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เริ่มเป็นเบาหวานและตัวชี้วัดหนึ่งคือผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 37⁴ นอกจากนี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 28 สัมพันธ์กับไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C ≥ 7%)⁸ ปัจจัยทางด้านอารมณ์ ความคิด ความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งเสริมให้ภาวะซึมเศร่ายังคงอยู่อย่างมีนัยสำคัญ^{9,10} เมื่อพิจารณาผู้รับบริการในคลินิกเบาหวาน มีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 82

รูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ที่ศึกษา มีรูปแบบการดูแลที่เน้นทางร่างกายเป็นสำคัญให้คำปรึกษาการปรับเรื่องอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้เหมาะสมเป็นหลัก การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การให้คำปรึกษาทั่วไปและไม่ได้มีการติดตามผลที่เป็นรูปแบบ ไม่ได้มีการมีการมุ่งเน้นให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาสำคัญด้านจิตสังคมของผู้ป่วย

ผู้ศึกษาได้ประเมินการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2553 โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าภาษาอีสานด้วย แบบคัดกรองด้วย 2 คำถามและแบบประเมิน 9 คำถามของกรมสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งหมด 13 คน พบว่าซึมเศร้าผิดปกติจำนวน 5 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายเก่าที่เข้ากลุ่มเดิม เฉลี่ย 2 ครั้งต่อคน อายุระหว่าง 35 - 67 ปี

ช่วงระยะเวลาการป่วย 1 – 10 ปี พบภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน (mild depression) จำนวน 1 คน และภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) จำนวน 4 คน และทำการประเมินซ้ำด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ BDI พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน รู้สึกว่าตนเองไร้พลัง ความคิดซ้ำ อารมณ์เศร้า ไม่อยากสูงส่งกับใคร บางครั้งก็รู้สึกทุกข์จนอยากร้องไห้ มองตนเองต่ำลง ไม่มีคุณค่าในตนเอง “ตั้งแต่ป่วยเป็นเบาหวานจะทำอะไรก็ลำบาก เดิมทำงานหาเงินมาเลี้ยงครอบครัวได้ เมื่อป่วยรับจ้างไม่ได้ เป็นลมบ่อย รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระโทษตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า” “พยายามคุมน้ำตาลมาตลอด แต่ก็ไม่ลด เคยปรึกษาแลกเปลี่ยนกับเพื่อนที่คุมน้ำตาลได้ก็ไม่เห็นผล หมอก็พยายามคุมน้ำตาลให้เข้มงวดกว่าเดิม จนรู้สึกอึดอัด เบื่อ หุดหู่ โทษตนเอง ไร้พลังที่จะทำอะไรใหม่ ๆ รู้สึกหมดหวังในชีวิต” ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีความซึมเศร้า มีความรู้สึกต่อคุณค่าในตนเอง สูญเสียความมั่นใจในตนเอง สูญเสียอิสระในการเป็นตัวของตัวเองซึ่งเป็นผลจากการหลีกเลี่ยงความคาดหวังด้านลบ และความเจ็บปวดที่เป็นผลจากไม่สามารถตอบสนองความปรารถนาของตน ที่สะท้อนถึงการสูญเสียความสามารถในการสื่อสารที่สอดคล้องกันภายในตน ทำให้หมดหวัง และซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ศึกษาพบว่าการบำบัดแนวคิดซาเทียร์ (satir's model) มีกระบวนการบำบัดตามประสบการณ์ (process experiential therapy) เป็นการบำบัดแบบสั้นอย่างเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยกระบวนการบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตนเองโดยสำรวจผลกระทบของปัญหาและแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ^{11, 12} มีการสื่อสารภายในที่สอดคล้องกัน บุคคลตามเช่นนี้เชื่อว่าเขารู้จักตนเองสามารถเป็นตนเองได้อย่างแท้จริง และสามารถสร้างความมั่นใจจากภายใน มองเห็นคุณค่าของตนเอง มีความหวัง มองกรอบความหมายใหม่ในการควบคุมเบาหวานของตนเอง นำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้า¹³

มีรายงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการบำบัดโดยแนวคิดซาเทียร์สามารถช่วยให้บุคคลมีความมองข้ามขึ้น มองเห็นความจริงของชีวิตและดำรงตนอย่างมีความหวัง และสามารถนำมาใช้ในการบำบัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความซึมเศร้าผิดปกติได้¹⁴

ดังนั้นผู้ศึกษา จึงนำการบำบัดทางจิตอิงแนวคิดซาเทียร์ (Satir's model) เป็นทางเลือกหนึ่งมาประยุกต์ใช้ ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าผิดปกติ

วิธีการศึกษา

การศึกษาผลของการให้การบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวคิดของซาเทียร์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จากการประเมินภาวะซึมเศร้าของ BDI¹⁵ รูปแบบการบำบัดมี 10 ขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วยการบำบัด 4 ครั้ง พบกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกันและติดตามผลการบำบัด ครบ 1 เดือน

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งมีวิธีการคัดเลือกตามเกณฑ์ดังนี้คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งชาย - หญิง ขึ้นทะเบียนที่คลินิกเบาหวาน มารับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษา แบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลคอนสาร อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2554 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2555 มีวิธีการคัดเลือกดังนี้

1.1 ค้นหาผู้ป่วยที่แพทย์ตรวจและวินิจฉัยโรคว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคอนสาร

1.2 ที่มีค่า FBS = 180 mg% ขึ้นไปอย่างน้อย 1 ครั้งใน 2 เดือน และมีค่า HbA1C \geq 7 %

1.3 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

1.4 ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ BDI¹⁵ โดยให้กลุ่มเป้าหมายประเมินด้วยตนเอง เลือกผู้ที่มีคะแนนซึมเศร้า 21 – 30 คะแนน

หมายถึงมีอาการซึมเศร้าในทางคลินิกระดับปานกลาง คัดออกจำนวน 1 คนเป็นผู้ที่มีคะแนนซึมเศร้า 31 - 40 คะแนน หมายถึงมีอาการซึมเศร้าในทางคลินิกระดับรุนแรง มีการดูแลโดยให้สุขภาพจิตศึกษาและส่งพบแพทย์ทั่วไปเพื่อรับการรักษาส่งต่อโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์

1.5 ซักประวัติสุขภาพ ไม่มีโรคแทรกซ้อน เรื่องอื่น ๆ ที่รุนแรง ได้แก่โรคจิต ติดสุราหรือสารเสพติด โดยการวินิจฉัยของแพทย์

1.6 มีความสมัครใจและยินดีในการเข้ารับการปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดของซาเทียร์

ผลการคัดเลือกได้กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 9 คน โดยคุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาเป็น เพศชาย 3 คน หญิง 6 คน มีช่วงอายุระหว่าง 44 - 62 ปี ผู้สูงอายุ 1 คน อายุเฉลี่ย 52.4 ปี (S.D=6.38) สถานภาพคู่ส่วนใหญ่ จบระดับชั้นประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร รายได้ของครอบครัวระหว่าง 3,000 - 7,000 บาท/เดือน ระยะเวลาเจ็บป่วยระหว่าง 5 - 16 ปี เฉลี่ย 11.4 ปี (S.D=3.91) ส่วนใหญ่มีประวัติป่วยเป็นเบาหวานในครอบครัว จำนวน 6 คน กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษามีคะแนนของภาวะซึมเศร้าในทางคลินิกระดับปานกลางสูงสุด 27 คะแนน ต่ำสุด 21 คะแนน คะแนนของภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 24.22 คะแนน (S.D = 1.91)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมการบำบัด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ สถานภาพ

สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ประวัติเบาหวานในครอบครัว

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ BDI¹⁵ โดยให้ผู้ป่วยเป็นคนตอบเอง (Self assessment) ผู้รับการบำบัดตอบแบบสอบถามนี้ 3 ครั้ง คือ ก่อนเข้ารับการบำบัด หลังจบการบำบัดครั้งที่ 4 และติดตามผลหลังจากบำบัดอีก 1 เดือน

3. โปรแกรมการบำบัดทางจิตรายบุคคลอิงแนวคิดซาเทียร์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้ศึกษาได้จากการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ โดยนัดพบกับผู้ป่วย 4 ครั้ง ๆ ละ 40-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์ โดยมีแผนในการบำบัดแต่ละครั้งดังนี้

การบำบัดครั้งที่ 1 เรื่อง ฉันเป็นฉันได้อย่างไร ใช้ระยะเวลาประมาณ 60 - 90 นาที

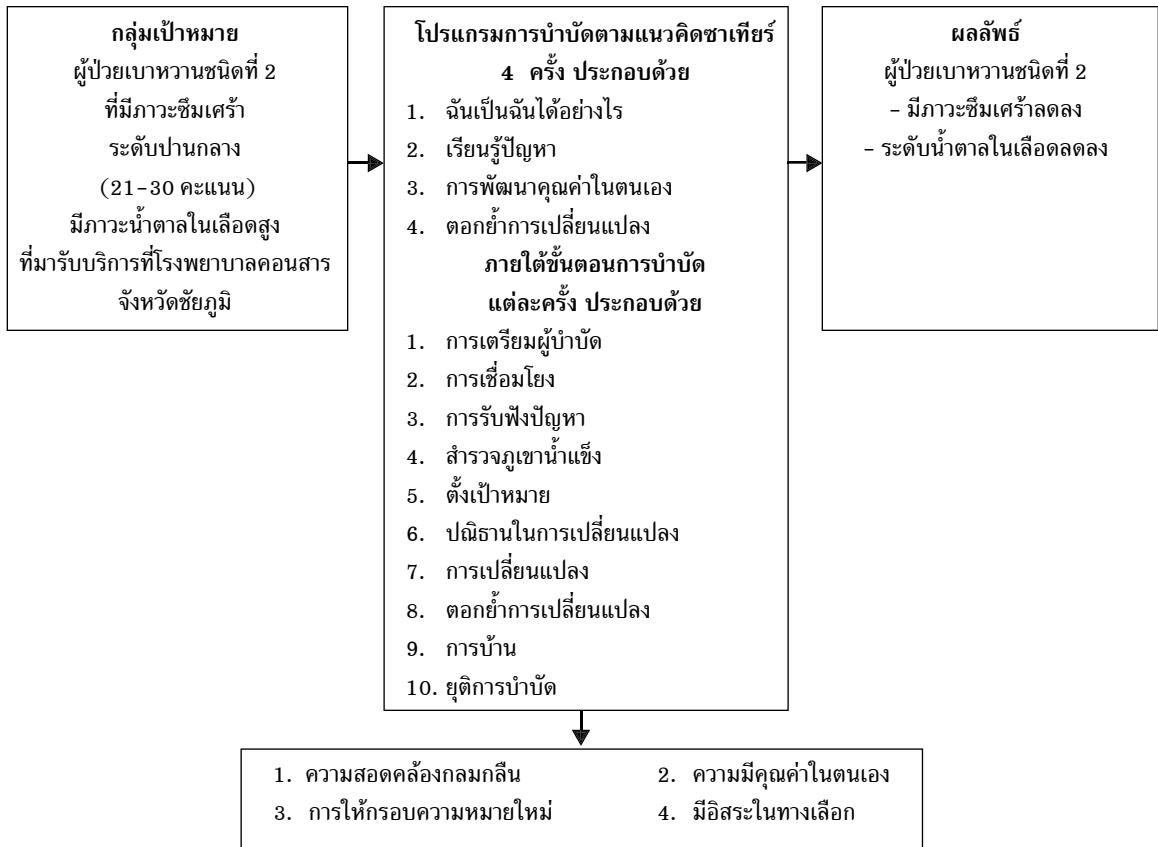
การบำบัดครั้งที่ 2 เรื่อง การเรียนรู้ปัญหา ใช้ระยะเวลาประมาณ 60 นาที

การบำบัดครั้งที่ 3 เรื่อง การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 50 - 60 นาที

การบำบัดครั้งที่ 4 เรื่อง ตอกย้ำความเปลี่ยนแปลง ใช้ระยะเวลาประมาณ 40 - 60 นาที

การประเมินผล ประเมินผลก่อน - หลังการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน หลังสิ้นสุดการบำบัด เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคือ 1) ประเมินภาวะซึมเศร้าของ BDI¹⁵ 2) ประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และผลระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) และ 3) ผลการรักษาทางคลินิกเก็บข้อมูลจากบันทึกการรักษาของแพทย์ก่อนและระยะติดตามผล 1 เดือน

สรุปกรอบแนวคิดในการดำเนินการศึกษา ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการดำเนินการศึกษา

ผลการดำเนินการตามโปรแกรมประกอบด้วย 10 ขั้นตอน ผู้ศึกษาได้นำเสนอสรุปผลการดำเนินการทั้ง 4 ครั้งตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 therapist prepared self ผู้บำบัดเตรียมความพร้อมทั้งภายนอกภายใน มีความมุ่งมั่นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้สัมผัสตัวตนภายใน “เรากับเรา” สัมผัสโลกภายในตนเอง โดยการทำให้ safe place ของตนเองร่วมกับการทำสมาธิประมาณ 5 นาทีก่อนการบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 make contact เริ่มต้นเข้าถึงผู้ป่วยและสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (nurse-patient relationship) ใช้เวลา 2 - 3 นาทีในการทำความคุ้นเคยกับผู้ป่วย (rapport) พูดคุยเรื่องทั่วไป (small talk) “ก่อน

ที่เราจะพูดคุยถึงปัญหาของคุณ กรุณาช่วยเล่าเรื่องราวของคุณสักเล็กน้อยได้ไหมครับ” “โดยปกติอยู่บ้าน คุณเรียกแทนตัวเองว่าอย่างไรครับ” เพื่อแสดงถึงการยอมรับ เปิดกว้างและจริงใจ สร้างความรู้สึกเข้าถึง ร่วมมือกัน และสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น (trust) ประเด็นการรักษาคความลับ “คุณจะเชื่อมั่นและไว้วางใจได้อย่างไรว่า ปัญหาของคุณจะไม่ถูกนำไปพูดต่อ แต่ถ้าคุณได้พูดระบายกับผมเชื่อว่าเรื่องของคุณก็จะเป็นความลับตลอดไป”

การวิเคราะห์ coping stance (ท่าที่แสดงออก) ของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้บำบัดสามารถรู้จัก และเข้าใจผู้ป่วยได้เร็วและลึกในเวลาอันสั้นได้

placating stance (การสมยอม) จะเข้าถึงได้ง่ายโดยผ่านทางเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึก (feelings) จำนวน 5 คนคือคนที่ 2, 4, 6, 7 และ 8

blaming stance (การโทษผู้อื่น) ร่วมกับการสมยอมจะเข้าถึงโดยผ่านเรื่องความคาดหวังและผ่านทางเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึกจำนวน 2 คนคือคนที่ 1 และ 5

irrelevant stance (การเฉยใจ) เข้าถึงได้ยาก ต้องใช้พลังในการเข้าถึงโดยผ่านทางความรู้สึกภายในร่างกาย (body sensation) การใช้มือสัมผัสใจ จำนวน 1 คนคือคนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 problems การรับฟังปัญหาและประสบการณ์ของผู้ป่วย โดยค้นหาสิ่งที่รบกวนใจในการพบกันครั้งแรกอุปสรรคคือผู้ป่วยจะพูดเรื่องราวออกมามากมาย (ระบายความรู้สึก) ต้องใช้ active listening ร่วมกับเทคนิคการใช้สายตา (eye to eye contact) ในการแสดงความจริงใจและรับรู้ว่าปัญหาของผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญ เทคนิคการสะท้อนความคิด ความรู้สึก การสรุปประเด็นจับตรรกะทำความเข้าใจตัวตน (กระบวนการภายใน) จากเรื่องราวของผู้ป่วยแต่ละคน ร่วมกับการใช้ Iceberg ในการสืบค้นปัญหาที่แท้จริง ช่วยเหลือในการเปลี่ยนปัญหาให้เป็นโอกาสในการพัฒนาตนเอง เปลี่ยนจากข้อความเป็นเชิงลบให้เป็นเป้าหมายในเชิงบวก

ขั้นตอนที่ 4 explore impact (สำรวจภูเขาน้ำแข็ง) ใช้คำถาม question process ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยว่ากระทบต่อภูเขาน้ำแข็งบุคคลในระดับต่าง ๆ ช่วยให้นักบำบัดเป้าหมายที่ศึกษากระจ่างต้นเหตุแห่งทุกข์ (clarify) ทักษะที่ใช้คือ process question ในการเรียนรู้กระบวนการโลกภายในของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา โดยนำแนวคิดอุปมาอุปไมยน้ำแข็งของบุคคล (personal iceberg) และแผนภูมิครอบครัว (family map) ในผู้ป่วยทุกราย ค้นหาประสบการณ์และผลกระทบจากความไม่เป็นจริงในปัจจุบัน ความเข้าใจในอดีต และภาวะการปรับตัว ดึง unmet expectations ออกมาช่วยเติมเต็มความปรารถนา (yearning) พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาพบพฤติกรรมการแสดงออก นอนไม่หลับ กินได้

น้อย ความรู้สึกเป็นกังวล เกิด frustration พบ unfinished business จากกฎของครอบครัวเป็นสิ่งที่ต้องเสียสละ ในคนที่ 6 อยากเรียนต่อแต่ไม่ได้เรียนออกมาทำงานหาเงินส่งน้องชายเรียนหนังสือ คนที่ 3 มีความทุกข์ยากในวัยเด็ก คนที่ 8 โหยหาความรักจากแม่ คนที่ 5 ตัวตนเป็นคนขี้อาย ความจริงปัจจุบันคือต้องกล้าแสดงออกในการทำงานเพื่อประชาชน เพื่อช่วยให้ผู้ศึกษาและผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยทั้งหมดจะมีความคาดหวังต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และว่าคนอื่นคาดหวังกับตัวเองที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความรู้สึกทางลบที่มีต่อความรู้สึก (feeling about feeling) เป็นตัวตัดสินคุณค่าของตนเอง มีมุมมอง (perception) รับรู้ความคาดหวังที่ไม่เป็นจริง ช่วยปรับมุมมอง (reframing) กลุ่มเป้าหมายยอมที่จะหาทางเลือกใหม่ ทดแทนดูความคุ้มค่า ผู้ป่วยคนที่ 1 มีความหวังที่จะรอความสำเร็จในวันรับปริญญาของลูกชาย ไม่เหน็ดเหนื่อย เติมเต็มความสุขในใจ มีความเป็นอิสระ เกิดกำลังใจ พลังใจแรงใจเชื่อมั่นในตนเอง ชื่นชม และนับถือตนเอง

ขั้นตอนที่ 5 set goal ตั้งเป้าหมาย ผู้บำบัดเอื้อให้ผู้ป่วยได้เริ่มตั้งเป้าหมายในการบำบัดในแต่ละครั้งถึงความต้องการและความหวังในการเปลี่ยนแปลง “คุณคาดหวังอะไรจากการบำบัดในครั้งนี้” หรือ “คุณอยากเปลี่ยนแปลงอะไรในวันนี้” การตั้งเป้าหมายจะต้องเป็นแนวบวกและสามารถทำได้จริง กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อคนอื่น อยากให้คนอื่นเกิดการเปลี่ยนแปลง “สิสิ ๆ แล้วลองถามใจตนเองก่อนว่าใจเราเป็นยังไง” เสริม self ว่าตนเองลืมนะอะไรไป มุ่งให้เกิดกระบวนการภายใน กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดต้องการมีความสุข การดูแลตนเอง การมีคุณค่าในตนเอง

ขั้นตอนที่ 6 commitment พันธะสัญญา ผู้ป่วยทั้งหมดมีความตั้งใจแน่วแน่ในเป้าหมาย มองหาข้อดีที่น่าชื่นชมและยอมรับนับถือในตัวของผู้ป่วย นำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอย่างน้อย 1 อย่างและชี้ให้เห็นศักยภาพทั้งภายในและภายนอกที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 7 change การเปลี่ยนแปลงโดยการนำเทคนิคต่าง ๆ เข้ามาใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับ Experiential

กระบวนการบำบัดได้พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาจะมีความคับข้องใจจากพฤติกรรมการปรับตัวต่อโรค ต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการมองตนเองในทางลบ มองว่าตนไม่ดี ไม่มีเงิน บางคนเอาอารมณ์ความรู้สึกเป็นฐานการรับรู้ (perception) ในคนที่ 2, 4, 6, 7 และ 8 บางคนใช้แต่เหตุผล ดังในคนที่ 1 และ 5 มีความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง คือโกรธตนเอง (feeling about feeling) นำมาตัดสินคุณค่าตนเองจากความรู้สึกนั้น ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียน มีมุมมองใหม่ในการมองตนเอง reframe ความรู้สึกเราเปลี่ยนแปลงได้ เราเป็นเจ้าของอารมณ์ ความรู้สึก เพียงเปลี่ยนมุมมอง ใจก็เป็นสุขโดยใช้ body sensation ใจสัมผัสใจ (temperature reading) รับรู้ว่าคุณค่าของเราไม่เปลี่ยนแปลง กลับมาดูแลสุขภาพกายและใจของตนเอง เพิ่มการรับรู้ประสบการณ์โดยใช้เทคนิคการโอบกอดตนเอง (hug therapy) ในคนที่ 6 และ 8 เทคนิคเก้าอี้ว่าง (empty chair) ในคนที่ 7

การเปลี่ยนระดับความคาดหวังมุ่งให้ผู้ป่วยมีทางเลือกของตนเองในแนววกจัดการกับความไม่สมหวัง เช่น การละทิ้งความคาดหวังเสีย (unmet expectation) ผู้ศึกษาใช้อุปมาอุปไมยเปรียบการเลือกข้อสัมที่ตลาดในคนที่ 2 และคนที่ 6

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาทุกคนได้รับการเติมเต็มความปรารถนา (yearning) รับรู้ความเป็นอิสระ การยอมรับ การเป็นคนสำคัญ การมีค่า รับรู้ข้อดีของตนเอง มีความมั่นคง ภูมิใจ พอใจ มีกำลังใจ พลังใจ และแรงใจในการดูแลตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 8 anchoring การตอกย้ำมา ทบทวนสิ่งที่ได้คุยกันในช่วงการบำบัด การให้ความหวัง การสื่อสารทางบวก การเปลี่ยนแปลงทุกกระยะที่สังเกตได้จากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงจากการพบกันครั้งที่ผ่านมา สார்วจภูเขาน้ำแข็งอีกครั้งเพื่อตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 9 home work ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องหลังการบำบัดให้เกิดเจตนาที่มุ่งมั่นต่อไปด้วยการจัดการด้วยตนเอง การนำที่พกไปใช้อย่างต่อเนื่อง การชื่นชมตนเอง การมองตนเองในทางบวก

ขั้นตอนที่ 10 closure ทบทวนการนัดหมายการบำบัด ประมวลผลการเปลี่ยนแปลง ยุติการบำบัด

วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดย 1) เปรียบเทียบคะแนนความซึมเศร่าก่อน หลังการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดการบำบัด 2) เปรียบเทียบคะแนนระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ก่อนการบำบัดและระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดการบำบัด และ 3) เปรียบเทียบผลการรักษาทางคลินิกก่อนการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดการบำบัด

ประเด็นจริยธรรม

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการ และได้คำนึงถึงการรักษาความลับความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ โดยผู้ศึกษาเป็นทั้งผู้ให้บริการและผู้บำบัดได้ทำการตรวจสอบผลของกิจกรรมบำบัดด้วยการสำรวจความคิด ความรู้สึกทุกครั้งก่อนที่จะยุติโดยพิจารณาจากแผนภาพภูเขาน้ำแข็งก่อนและหลังการบำบัดแต่ละครั้ง และมีแผนการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ถ้ามีระดับความซึมเศร่าที่รุนแรงหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษา

1. ผลของภาวะซึมเศร่าของผู้ป่วยก่อนและหลังการบำบัด

พบว่าก่อนการได้รับการบำบัดผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนภาวะซึมเศร่าทางคลินิกระดับปานกลาง หลังการบำบัดคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกคน แต่ในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 1 คน ที่มีคะแนนภาวะซึมเศร่าทางคลินิกระดับแปรปรวนเล็กน้อย จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยมีความกังวลเป็นห่วงบุตรสาวที่ไปทำงานโรงงานต่างจังหวัดทำให้มีคะแนนภาวะซึมเศร่าเพิ่มขึ้น (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1)

2. ผลการวัดระดับน้ำตาลในเลือด

พบว่าการบำบัด ผู้ป่วยทุกคนมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 mg% มีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 203 mg% และ 329 mg% และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) มีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 7.7% และ 8.9 %

ระยะติดตามผล 1 เดือนระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ลดลงทุกราย และมีค่าพิสัยของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม อยู่ระหว่าง 7.6% และ 8.6 %

สรุปผลระดับน้ำตาลในเลือดมีทิศทางในทางที่ดีขึ้น

ผลการรักษาทางคลินิก

ผลการรักษาทางคลินิกในกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาหลังการบำบัดในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าการเปลี่ยนแปลงการรักษาทางคลินิกจำนวน 3 คน ปรับลดปริมาณยาฉีดอินซูลินจำนวน 2 คน มีผู้ป่วยจำนวน 1 คนที่แพทย์ได้ปรับให้ยาต้านเศร้ารับประทาน จำนวน 4 คนไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาทางคลินิก

การอภิปรายผล

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้ามีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 mg% มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) มากกว่า 7% ที่บำบัดครบ 4 ครั้งจำนวน 7 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ซึ่งเป็นผลมาจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง¹⁶ ภาวะของโรคเบาหวานไม่ได้เจ็บป่วยทางกายเท่านั้นยังส่งผลต่อปัญหาทางด้านจิตสังคมด้วย^{17,18,19} โดยมีมุมมองทางลบต่อตนเอง มองตนเองว่าเป็นภาระ มีความรู้สึกน้อยใจ คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ความสามารถ มองความรุนแรงของโรค⁷ และกลัวตาย นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีปัจจัยจิตสังคมเครียดจากบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย เช่น ปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว ไม่มีเงินส่งให้ลูกเรียนหนังสือ ลูกอยากได้โทรศัพท์เครื่องใหม่

การวิเคราะห์จากแบบประเมิน BDI พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าลดลง ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติในระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในระยะติดตามผลมีกลุ่มเป้าหมายเพียง 1 คน มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับอารมณ์แปรปรวนไปเล็กน้อย ควรมีการติดตามผลการบำบัดในระยะยาว เป็นระยะๆ เช่น 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี

ซึ่งอธิบายได้ว่าโปรแกรมการบำบัดตามแนวคิด Satir ได้ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาสามารถสื่อสารภายในตนเองได้อย่างสอดคล้องกลมกลืนกัน (ตามผังภูเขานาแซ็ง) มีความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา เกิดความเข้าใจตนเอง และกระจ่างถึงสาเหตุความทุกข์หรือภาวะซึมเศร้าของตนเอง รับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) มีทางเลือกในตนเองได้ (better choice maker)²⁰ มองเห็นเป้าหมายใหม่ในชีวิต เกิดการเติบโต มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ดีขึ้นมีผลทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงทุกราย (FBS) และจากบันทึกการรักษาของแพทย์พบว่าการปรับลดปริมาณยาฉีดอินซูลินจำนวน 2 คน และให้ยาต้านเศร้าจำนวน 1 คน เมื่อเทียบผลก่อนการบำบัด

แต่อย่างไรก็ตาม ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ไม่เปลี่ยนแปลงจำนวน 2 คน มีการปรับลดปริมาณยาฉีดอินซูลินจำนวน 2 คน จำนวน 1 คนปรับเพิ่มยาต้านเศร้า ทั้งนี้เมื่อศึกษาข้อมูลรายบุคคลพบว่าบุตรสาวจากไปทำงานต่างจังหวัดมีความวิตกกังวลทำให้มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาของแพทย์ 4 คน การรักษายามีการเปลี่ยนแปลงในบางคนเท่านั้น⁹ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระยะติดตามผลอยู่ในระยะสั้น ควรมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน 1 ปี

เป็นที่สังเกตว่า การบำบัดโดยใช้แนวคิด Satir สามารถใช้เป็นการบำบัดในระยะสั้น ผู้บำบัดต้องให้ความสำคัญกับกิจกรรมการบำบัด 10 ขั้นตอน โดยไม่จำเป็นต้องพบกันครบในจำนวน 4 ครั้ง สามารถที่จะ

พบการเปลี่ยนแปลงได้ในการพบกันเพียง 2 ครั้งแรก การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยจำนวน 2 คน ที่ยุติการบำบัด ในครั้งที่ 2 โดย 1 คน สามารถจัดการในระดับ feeling โดยใช้ body sensation ผู้ป่วยได้รับการเติมเต็มว่าความสุขอยู่ที่ใจ และผู้ป่วยอีกคนที่ยุติการบำบัดในครั้งที่ 2 สามารถจัดการในระดับ expectation ผู้ป่วยได้รับการเติมเต็มมีมุมมองต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และผู้อื่นต่อตนเอง แต่อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถประเมินขั้นสุดท้ายได้ว่ามีผลต่อลักษณะทางคลินิกอย่างไร

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้พบว่า การบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวคิดซาเทียร์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เห็นผลการบำบัดว่ามีแนวโน้มในทางที่ดีวิธีการบำบัดได้ให้โอกาสผู้ป่วยได้สำรวจ ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ ความหวัง ความปรารถนา และตัวตนภายในของตนเอง มีการสื่อสารภายในตนอย่างสอดคล้องกัน

ตารางภาพ แผนภูมิ

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ก่อน-หลังการบำบัดและระยะติดตามผล

คนที่	คะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า					
	ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด		ระยะติดตามผล 1 เดือน	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	23	ปานกลาง	9	เกณฑ์ปกติ	7	เกณฑ์ปกติ
2	27	ปานกลาง	10	เกณฑ์ปกติ	9	เกณฑ์ปกติ
3	26	ปานกลาง	ได้รับการบำบัด 2 ครั้ง ก่อนครบโปรแกรมการบำบัด			
4	23	ปานกลาง	ได้รับการบำบัด 2 ครั้ง ก่อนครบโปรแกรมการบำบัด			
5	24	ปานกลาง	10	เกณฑ์ปกติ	8	เกณฑ์ปกติ
6	23	ปานกลาง	9	เกณฑ์ปกติ	7	เกณฑ์ปกติ
7	21	ปานกลาง	7	เกณฑ์ปกติ	4	เกณฑ์ปกติ
8	26	ปานกลาง	8	เกณฑ์ปกติ	7	เกณฑ์ปกติ
9	25	ปานกลาง	9	เกณฑ์ปกติ	11	แปรปรวนเล็กน้อย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้มุ่งการพัฒนาคุณภาพบริการ ยังไม่สามารถใช้อ้างอิงได้ เนื่องจากมีกลุ่มเป้าหมายจำนวนไม่มาก อีกทั้งมีผู้ไม่ได้เข้ากระบวนการบำบัดครบทุกขั้นตอน 2 คน จึงจำเป็นต้องการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อสามารถแสดงถึงประสิทธิผลของการบำบัดได้อย่างชัดเจนมากขึ้น
2. วิธีการบำบัดในแนวคิดซาเทียร์ ผู้บำบัดเป็นเครื่องมือสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลจิตเวช ที่ต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือ จึงเหมาะสมกับพยาบาลจิตเวชที่จะนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยเพราะมีความรู้ และทักษะการบำบัดทางจิตใจ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้บำบัดต้องฝึกฝนตนเอง เข้ารับการอบรม ทบทวนองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ
3. การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ เป็นการบำบัดในแนวคิดมนุษยนิยม ที่เชื่อว่าบุคคลมีศักยภาพมุ่งการเติบโตจากภายใน จึงเป็นการศึกษาเชิงกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตั้งแต่ครั้งแรกที่พบผู้บำบัด จนถึงสิ้นสุดการบำบัด จึงเป็นข้อจำกัดของงานวิจัยเชิงปริมาณ ควรมีการพัฒนาวิธีการศึกษาวิจัยต่อไป

ตารางที่ 2 แสดงค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานก่อนเข้ารับการรักษา และระยะหลังติดตามผล 1 เดือน

ผู้ป่วย	ก่อนการบำบัด		ระยะติดตามผล 1 เดือน	
	FBS(mg%)	HbA1C(%)	FBS(mg%)	HbA1C(%)
คนที่ 1	215	8.3	156	8
คนที่ 2	207	7.8	175	7.6
คนที่ 3	224	8.8	ออกก่อนครบโปรแกรม	
คนที่ 4	329	8.9	ออกก่อนครบโปรแกรม	
คนที่ 5	207	7.7	175	7.7
คนที่ 6	271	7.9	150	7.7
คนที่ 7	329	8.9	196	8.6
คนที่ 8	203	8.2	154	7.9
คนที่ 9	243	7.7	163	7.7

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ลีละไกรวรรณ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตยา แสงเจริญ อาจารย์ปราณีพร บุญเรือง กรรมการสอบการศึกษา ที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสเรียนรู้และทำความเข้าใจ และกรมสุขภาพจิตที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. อภิญญา ตันทวีวงศ์. สำรวจรอยโรค บุกเบิกฐานข้อมูลความป่วยไข้ที่ไม่เคยปรากฏใน “โรงหมอ”. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ตันคิด; 2553.
2. ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล และคณะ. Update in Diabetes Mellitus. ศรีนครินทร์เวชสาร 2540; 13.
3. Cheepudomwit S. Personnel communication, Grundy SM, Brewer Jr B, Cleeman JI., et al. Definition of metabolic syndrome: report of the Nation Heart, Lung and Blood Institute/American Heart Association. Conference on scientific issues related to definition. Circulation 2000; 109: 433 –8.
4. Knol MJ, Twisk JW, Beekman AT., et al. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis-Diabetologia 2006; 49(5):837–54.
5. Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH. Depression and type 2 diabetes over the life span meta-analysis. Diabetes Care 2008; 31(12):2383–90.
6. ปารีชาติ เพ็ญสุวรรณ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555; 35(3): 26–36.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (Guidebook of depressive disorders surveillance and care: Provincial level revised edition II). ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ; 2554.
8. Thitiphan, Puangsoy, Sookjaroen. Prevalence of depression, hemoglobinA1C level, and associated factors in outpatients with type-2 diabetes. Asian Biomedicine 2009; 3(4): 383–90.

9. Pibernik – Okanovic. Psychological factors contributing to persistent depressive symptoms in type 2 diabetic patients: a Croatian survey from the European depression in diabetes research consortium. *Diabetes and its complications* 2008; 22: 246 – 53.
10. Prestele S., Aldenhoff J., Reiff J. The HPA – axis as a possible link between depression, diabetes mellitus and cognitive dysfunction. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2003; 71(1): 24 – 36.
11. ชินานาฏ จิตตารมณ, รุจา ราชพิบูลย์, เยวาลักษณ์ พนิตอังกูล และอรสา เรืองสวัสดิ์. ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีเวอร์จิเนียซาเทียร์ในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4* 2548; 2(5): 8 – 12.
12. มัลลิกา พูนสวัสดิ์. การให้คำปรึกษาตามแนวซาเทียร์แก่ผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษา. *ขอนแก่น : กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสุขภาพจิต คณะกรรมการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์*; 2549.
13. นวนันท์ ปยะวัฒน์กุล และคณะ. ประสิทธิภาพของการทำครอบครัวบำบัดตามแนวทฤษฎี Satir สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท. *ภาคจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* ; 2551.
14. ปราณีพร บุญเรือง, วิจิตรา คุ่มไข่น้ำ. ผลของกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดซาเทียร์ต่อความเจ็บโตภายในของผู้ติดยาเสพติด. *ศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น*; 2551.
15. โสรณี ไทราสุทธิ, ศิริพงษ์ โพธิ์ศักดิ์ และแจน แคนเดอร์. Thai Version of the Beck Depression Inventory (BDI). *วารสารสวนปรง* 2540; 13 (1): 22–8.
16. Lustman et al. Fluoxetine for depression in diabetes : a randomized double-blind placebo-controlled. *Diabetes Care* 2000; 23(5): 618–23.
17. จินตนา สุวิทวัส เนตรชนก แก้วจันทา. *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2552; 32(3): 29–38.
18. Granger BB, Moser D, Germino B., et al. Caring for patients with chronic heart failure : The trajectory model. *Eur J Cardio Nurs* 2006; 5(3): 222 – 27.
19. สุภาณี ยอดสิน เสาวคนธ์ วีระศิริ. ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว ในเขตตำบลบ้านม่วง อำเภอสังขมจังหวัดหนองคาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2555; 35(4): 82–92.
20. Morrison A, Ferris J. The Satir’s model with female adult survivors of childhood sexual abuse. *Contemporary family therapy* 2002; 24(1): 161 – 80.