

บทวิจัย

ผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

ไพจิตร พุทธรอด*

กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ**

บทคัดย่อ

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นหากดูแลไม่ถูกต้องอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจใช้วิธีการบำบัดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลซึ่งอาจแก้ไขสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยใช้แนวคิดซาเทียร์มาสร้างโปรแกรม การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้ามารับบริการในโรงพยาบาลและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบความเศร้าผู้สูงอายุไทย (TGDS) ใช้เก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยกลุ่มทดลองต้องเข้ารับการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคลต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง โดยมีแผนในการบำบัดแต่ละครั้งดังนี้ ครั้งที่ 1 เรื่องฉันเป็นฉันได้อย่างไร ใช้ระยะเวลา 60 - 90 นาที ครั้งที่ 2 เรื่องการเรียนรู้ปัญหา ใช้เวลา 60 นาที ครั้งที่ 3 เรื่องการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองใช้ระยะเวลา 50-60 นาที ครั้งที่ 4 เรื่องต่อยอดความเปลี่ยนแปลง ใช้ระยะเวลา 40-60 นาที สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูล Pair t-test และ Independent t-test

ผลวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลชุมชนควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และควรทำการศึกษาเปรียบเทียบกับสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: ซาเทียร์/ ผู้สูงอายุ/ ภาวะซึมเศร้า

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

E-mail: pajjit@bcnt.ac.th

* รองคณบดีฝ่ายวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

E-mail: kanokwan.sil@kbu.ac.th

The Effects of Satir's Model based Individual Psychotherapy Program on Depression among the Elderly

Paijit Phuttharod*

Kanokwan Silpakampises**

Abstract

Currently, the elderly are more likely to have depression. Improperly cared of this mental health problem can lead to suicide. Therefore, the researcher interested in applying the elderly individual depression program that may benefit to remediate the cause of depression. This Quasi-experimental two-group pre-posttest study aimed to investigate the effects of a program applying the concept of Satir's model based Individual psychotherapy on depression among elderly. A study sample was 40 elderly who's diagnosed with depression, was hospitalized, and voluntarily joined the program and was divided into 2 groups 20 each. The Thai Elderly Sadness Scale (TGDS) was used to collect data. The program comprised of 4 activities for 4 consecutive weeks as follows: 1) How do I become me 60 - 90 minutes, 2) Learning the problem 60 minutes, 3) the development of self-worth 50-60 minutes, and 4) reinforces the change 40-60 minutes. Pair t-test and Independent t-test statistics were used to analyze the data.

The results showed that the mean of depression scores among the elderly after participating in an individual therapy program with the Satir concept was significantly lower than before and lower than the control group ($p\text{-value} < .05$). Community nurses should apply this program to the Tambon Health Promoting Hospital for the elderly with depression and a comparative study should be conducted among the elderly with depression who are chronically ill.

Keywords: Satir's model/ Elderly/ Depression

Article info: Received November 7, 2020; Revised February 19, 2021; Accepted April 30, 2021.

* Corresponding author, Lecturer, Department of Nursing and Psychiatry Boromarajonani College of Nursing, Trang

* Associate dean for research, faculty of nursing, Kasem Bundit University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกช่วงอายุจำนวนมากว่า 350 ล้านคนทั่วโลก นำมาสู่ความสูญเสียและทำให้มีภาระเพิ่มขึ้น นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังได้กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นโรคอันดับ 2 ที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year DALYs)¹ และ WHO ได้ทำนายประชาชนไทยว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตที่เป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่การฆ่าตัวตายคือโรคซึมเศร้า ซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรังจากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2017 ระบุว่ามียุโรปโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก ในประเทศไทยมียุโรปโรคซึมเศร้าในสังคมซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพและเป็นโรคใกล้ตัวที่รักษาให้หายขาดได้แต่หากไม่ได้รับ การรักษาอาจรุนแรงจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้² ในประเทศไทยมีข้อมูลความชุกของโรคซึมเศร้า พ.ศ. 2551 พบคนไทยป่วยซึมเศร้า 1.5 ล้านคน พิจารณาตามเพศและอายุผู้ป่วยพบว่าผู้หญิงเสี่ยงป่วยมากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ร้อยละ 62 รองลงมาเป็นวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.5 และเป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 11.5 ตามลำดับ³ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ ส่งผลต่อสังคมและเศรษฐกิจ หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย^{4,5}

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) จัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) โดยความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการเด่น มีอารมณ์เศร้า ซึม เหนื่อย พฤติกรรมอยากเก็บตัว อยู่คนเดียว หงุดหงิด อารมณ์รุนแรงได้ง่ายเมื่อถูกรบกวน บางรายมีอาการกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ต้องลุกเดินไปมา สมาธิเสื่อม เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดเชิงซ้ำ ลังเลใจ ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ต่ำทอนตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์มาก ไม่มีใครช่วยได้ และอยากตาย⁶ ยังมีอาการอื่นร่วม เช่น 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ ความอยากรับประทานอาหารแปรปรวน (Appetite disturbance) การนอนแปรปรวน (Sleep disturbance) นอนหลับน้อยลงหรือนอนไม่หลับ (Insomnia) 2) ด้านพฤติกรรม (Behavioral symptoms) ผู้ป่วยจะมีอาการเชิงซ้ำ เดินซ้ำ คิดซ้ำ ไม่พูด ไม่โต้ตอบ ไม่อยากทำอะไร ผุดลุกผุดนั่ง หงุดหงิดง่าย ไม่สนใจความสะอาดของตนเอง และ 3) ด้านความคิด (Cognitive symptoms) คิดซ้ำ ๆ คิดอะไรไม่ออก ไม่มีสมาธิ รู้สึกผิด คิดว่าตนเองไร้ค่า (Worthlessness) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Low self-esteem) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะสามารถทำนายอาการซึมเศร้าในอนาคตได้⁷ ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมนเหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปและทำร้ายตนเองในที่สุด⁸ โรคซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสมองในส่วนที่

มีผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม รวมถึงสุขภาพทางกาย ทั้งนี้คนส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นเพียงอาการหรือสภาพจิตใจที่เปลี่ยนไป จึงคิดว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากความผิดหวังหรือการได้รับการกระทบกระเทือนทางจิตใจ เช่น ภาวะเศรษฐกิจการเงิน ความผิดหวัง การสูญเสีย ฯลฯ และจะสามารถรักษาหรือแก้ไขได้ด้วยการให้กำลังใจ แต่อย่างไรก็ตามหากไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ จะกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลจนพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าและคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้ ทั้งนี้ทางการแพทย์ระบุว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท 3 ชนิด คือ ซีโรโตนิน นอร์เอปิเนฟริน และโดปามีน เบคกิชบายว่าเมื่อบุคคลรับรู้ที่เกิดวิกฤตในชีวิตแล้วมีความคิดอัตโนมัติทางลบกับตัวเองกับโลกและอนาคตของตนจนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ แนวคิดหรือทฤษฎีการแก้ไขปัญหา (Problem solving theory) ของเดอซูริลลาและเนชูที่อธิบายว่าพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลเกิดจากความบกพร่องในการแก้ปัญหาจากการมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบและการมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่ดี จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ เพราะนอกจากจะต้องบำบัดอย่างถูกวิธีแล้ว ยังอาจจะต้อง ใช้นาในการรักษาร่วมด้วย^{6,8}

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านักถูกมองข้ามไปและไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยไม่ใช่ความอ่อนแอทางจิตใจ จะมีความรู้สึกไม่สบายใจ เซ็ง

ทุกซี้ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย เบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุกเพลิดเพลินเหมือนเดิม หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องจะคงอยู่นานเป็นเดือน รื้อรังเป็นปี และกลับเป็นซ้ำได้บ่อย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักเกี่ยวข้องกับโรคทางกายต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูก โรคไตวาย ปวดเรื้อรัง และมีการสูญเสีย (คนที่รักหรือทรัพย์สินจำนวนมาก) การเผชิญกับความลำบากในชีวิต^{8,9} จึงมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการกิน การนอน เร็วแรง สมาธิ รวมถึงความรู้สึกที่มีต่อตัวเอง ร่วมด้วย การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ถ้าเป็นไม่มากนัก อาจเข้าข่ายภาวะซึมเศร้า แต่หากมีอาการมาก และกินระยะเวลานานก็สามารถพัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งจะทำให้ไม่มีความสุขในชีวิต ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ไม่ดีเหมือนเดิม และบางรายที่รู้สึกท้อแท้หรือหมดหวัง อาจส่งผลรุนแรงถึงขั้นไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป⁹

การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันมีทั้งการใช้ยาต้านเศร้าเพื่อช่วยปรับความสมดุลของสารสื่อประสาทและการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) รูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ผ่านมามุ่งเน้นให้คำปรึกษาทั่วไปและไม่ได้มีการติดตามผลที่เป็นรูปแบบ ไม่ได้มีการมีการมุ่งเน้นให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (Focused psychotherapy)¹⁰ จาก

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดอิงแนวคิดซาตียร์ (Satir's model) ซึ่งเวอร์จิเนียเน้นที่การเชื่อมโยงกับตนเองจนสามารถสัมผัสทรัพยากรภายในและพลังชีวิตของตนเอง เรียนรู้กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในใจจนเกิดความรู้สึกตระหนักรู้และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ระดับตัวตน เกิดการเติบโตทางจิตวิญญาณผ่านการเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง ทำให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นความเป็นไปได้และโอกาสในการเติบโตของมนุษย์ในทิศทางบวก นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงผลกระทบที่เกิดจากรูปแบบการรับมือกับสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามารบกวนชีวิตจนเกิดความสุขในตนเอง และมีผลให้ระบบความสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นไปในทิศทางบวก¹¹ การบำบัดแนวซาตียร์ใช้เครื่องมืออยู่ 2 ตัวในการทำการบำบัด คือ แผนที่มนุษย์ คือ ภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg) เอาไว้ค้นหาความต้องการที่แท้จริงภายใต้ชั้นน้ำแข็งแต่ละชั้น เพื่อที่จะเติมอาหารใจให้กับตัวเองได้ เพราะถ้าเปรียบสำหรับร่างกายต้องการอาหาร 5 หมู่ จิตใจก็ต้องการอาหารใจเช่นกัน และแผนที่ครอบครัวหรือ Family Map เอาไว้ค้นหาความเป็นมาของตัวเรา ภูมิทรัพย์ที่ถ่ายทอดมาจากครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญที่สุดที่เราเรียนรู้เกี่ยวกับตัวของเราเองและโลกภายนอกตัวเรา¹⁰ ทั้งนี้พบว่า วิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และเข้าใจตัวเองได้ง่ายเป็นที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายคือเทคนิคการวิเคราะห์ภูเขาน้ำแข็งส่วนบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยในฐานะผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการพยาบาลที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic approach) โดย

เน้นการดูแลครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ก่อให้บุคคลมีความผาสุกหรือมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ ส่งเสริมกระบวนการหาย (Recovery process) เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ลดหรือปรับสภาพความกดดันทางสังคม จิตใจ และสิ่งแวดล้อมที่อาจมีความตึงเครียดทางจิตใจให้อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ โดยนำการบำบัดทางจิตอิงแนวคิดซาตียร์ (Satir's model) มาประยุกต์ใช้ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือทางจิตสังคมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม เปลี่ยนเลนส์ เปลี่ยนมุมมองของตนใหม่ในทางบวกมากขึ้น และมีความสอดคล้องกลมกลืน ในการมีชีวิตอยู่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาตียร์

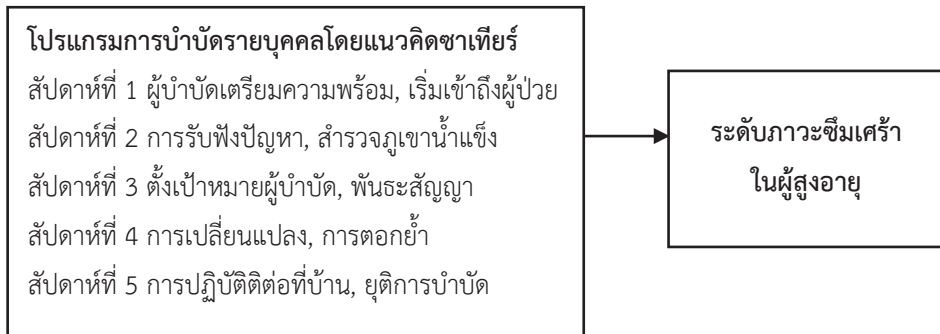
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาตียร์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคล โดยแนวคิดซาตียร์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและ หลังการทดลอง (Two group pre and post-test design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิด ซาเทียร์มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นซึมเศร้าที่มารับ บริการที่โรงพยาบาลพะเยา ระหว่างเดือน สิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) จำนวน 40 ราย ที่มารับบริการ ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาล พะเยา อาเภอพะเยา จากการเลือกแบบ เจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ กลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ผู้วิจัยกำหนดกลุ่ม ตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่ม ละ 20 คน มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ มีอายุ 50-60 ปี ไม่มีอาการทางจิต สามารถฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ มี คะแนนอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดความเศร้า ในผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (13-29 คะแนน) ไม่ได้รับยาต้านเศร้า สืบสารด้วย ภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของตนเองต่อ เดือน รายได้ของครอบครัว บุคคลที่ให้เงินเพื่อใช้ จ่ายเป็นประจำ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ ไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง โดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามในกระดาษคำตอบ ด้วยตนเอง แบบวัดนี้มีคะแนนรวมระหว่าง 0-30 ที่ผ่านมาการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบวัด ความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยฉบับนี้พบว่ามีความ

ความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 เพศชาย เท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93 การคิดคะแนนข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนน ระหว่าง 0-12 คะแนนเป็นค่าปกติในผู้สูงอายุของไทย 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าปานกลาง และคะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลอิงแนวคิดซาตียร์ (Satir's model) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โปรแกรมการบำบัดทางจิตรายบุคคลอิงแนวคิดซาตียร์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ โดยนัดพบกับผู้ป่วยทั้งหมด 10 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งต่อเนื่องกัน 5 สัปดาห์ โดยมีแผนในการบำบัดแต่ละครั้งดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ผู้บำบัดเตรียมความพร้อมและเริ่มเข้าถึงผู้ป่วย สัปดาห์ที่ 2 การรับฟังปัญหาและสำรวจเจตนาแข็ง สัปดาห์ที่ 3 ตั้งเป้าหมายผู้บำบัดและพันธะสัญญา สัปดาห์ที่ 4 การเปลี่ยนแปลงและการต่อยอด สัปดาห์ที่ 5 การปฏิบัติติดต่อกันที่บ้าน และยุติการบำบัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบหาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และ

จิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และพยาบาลชั้นสูงทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้มีความสมบูรณ์ของเนื้อหา แล้วนำมาทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เลขที่จริยธรรมวิจัย 23/2559 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการเผยแพร่หรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการวิจัย

1. ขั้นตอนการทดลอง

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

2) เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติผู้วิจัยนำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลเปลี่ยนและหัวหน้าคลินิกสุขภาพจิต เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ผู้วิจัยลงสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุและคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

4) ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ หากสมัครใจเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

5) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยมีการดำเนินการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และแจ้งการนัดหมายผู้สูงอายุอีก 5 สัปดาห์ เพื่อทำแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง แนะนำตัว อธิบาย วัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงขั้นตอนระยะเวลา จำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรม และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยจัดให้เข้าร่วม

โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลอิงแนวคิดทฤษฎีการบำบัดทั้งหมด 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้บำบัดเตรียมความพร้อม (Therapist prepared self) ผู้บำบัดเตรียมความพร้อมทั้งภายในตนเองและภายนอกมีความมุ่งมั่นที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้สัมผัสตัวตนภายใน “เรากับเรา” สัมผัสโลกภายในตนเอง โดยการทำให้ Safe place ของตนเองร่วมกับการทำสมาธิ ประมาณ 5 นาทีก่อนการบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 เริ่มต้นเข้าถึงผู้ป่วย (Make contact) และสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Nurse-patient relationship) ใช้เวลา 2-3 นาที ในการทำความคุ้นเคยกับผู้ป่วย (Rapport) พูดคุยเรื่องทั่วไป (Small talk) “ก่อนที่จะมาพูดคุยถึงปัญหาของคุณ กรุณาช่วยเล่าเรื่องราวของคุณสักเล็กน้อยได้ไหมคะ” “โดยปกติอยู่บ้านคุณเรียกแทนตัวเองว่าอะไรคะ” เพื่อแสดงถึงการยอมรับ เปิดกว้าง และจริงใจ สร้างความรู้สึกเข้าถึงการร่วมมือกัน และสร้างความรู้สึกลดภัย ให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น (Trust) ประเด็นการรักษาความลับ “คุณจะเชื่อมั่นและไว้วางใจได้อย่างไรว่า เรื่องราวของคุณจะไม่ถูกนำไปพูดต่อ แต่ถ้าคุณได้พูดระบายออกมาดิฉันเชื่อว่าเรื่องของของคุณจะเป็นความลับตลอดไป”

ขั้นตอนที่ 3 การรับฟังปัญหา (Problems) และประสบการณ์ของผู้ป่วยโดยการค้นหาสิ่งที่รบกวนใจในการพบกันครั้งแรก อุปสรรคคือผู้ป่วยจะพูดเรื่องราวออกมามากมาย (ระบายความรู้สึก) ต้องใช้ Active listening

ร่วมกับเทคนิคการใช้สายตา (Eye to eye contact) ในการแสดงความจริงใจและรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญ เทคนิคการสะท้อนความคิด ความรู้สึก การสรุปประเด็น จับตรกะ ทำความเข้าใจตัวตน

ขั้นตอนที่ 4 สสำรวจภูเขาน้ำแข็ง (Explore impact) ใช้กระบวนการในการถามคำถาม (Question process) ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยมากระทบต่อภูเขาน้ำแข็งของบุคคลระดับต่าง ๆ ช่วยในกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาเกิดความกระจ่างถึงต้นเหตุแห่งทุกข์ (Clarify) ทักษะที่ใช้คือ Process question ในการเรียนรู้กระบวนการโลกภายในของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาโดยนำแนวคิดอุปมาอุปไมยน้ำแข็งของบุคคล (Personal iceberg) และแผนภูมิครอบครัวในผู้ป่วยทุกราย ค้นหาประสบการณ์และผลกระทบจากความเป็นจริงในปัจจุบัน ความเข้าใจในอดีตและภาวะการปรับตัว

ขั้นตอนที่ 5 ตั้งเป้าหมายผู้บำบัด (Set goal) เอื้อให้ผู้ผู้ป่วยได้เริ่มตั้งเป้าหมายในการบำบัดในแต่ละครั้งถึงความต้องการและความหวังในการเปลี่ยนแปลง “คุณคาดหวังอะไรจากการบำบัดในครั้งนี้” หรือ “คุณอยากเปลี่ยนแปลงอะไรในวันนี้” การตั้งเป้าหมายจะต้องเป็นแนวบวกและสามารถทำได้จริง กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อคนอื่น อยากให้คนอื่นเกิดการเปลี่ยนแปลง “ลืก ๆ แล้วลองถามใจตนเองก่อนว่าใจเราเป็นยังไง” เสริม Self ว่าตนเองลืมอะไรไป มุ่งให้เกิดกระบวนการภายในกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดต้องการมีความสุข การดูแลตนเอง การมีคุณค่าในตนเอง

ขั้นตอนที่ 6 พันธะสัญญา (Commitment) ผู้ป่วยทั้งหมดมีความตั้งใจแน่วแน่ต่อเป้าหมาย มองหาข้อดีที่น่าชื่นชมและยอมรับนับถือในตัวของผู้ป่วย นำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอย่างน้อย 1 อย่าง และชี้ให้เห็นศักยภาพทั้งภายในและภายนอกที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 7 การเปลี่ยนแปลง (Change) โดยการนำเทคนิคต่าง ๆ เข้ามาใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับ Experiential กระบวนการบำบัดได้พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาจะมีความคับข้องใจจากพฤติกรรมการปรับตัวต่อโรคต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการมองตนเองในทางลบ มองว่าตนไม่ดีไม่มีเงิน บางคนเอาอารมณ์ความรู้สึก (Perception)

ขั้นตอนที่ 8 การตอกย้ำ (Anchoring) ทบทวนสิ่งที่ได้คุยกันในช่วงของการบำบัด การให้ความหวัง การสื่อสารทางบวก การเปลี่ยนแปลงทุกระยะที่สังเกตได้จากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงจากการพบกันครั้งที่ผ่านมาสสำรวจภูเขาน้ำแข็ง อีกครั้งเพื่อตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 9 การปฏิบัติต่อบ้าน (Homework) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องหลังการบำบัดให้เกิดเจตนาที่มุ่งมั่นต่อไป การจัดการด้วยตนเอง การนำที่ฝึกไปใช้อย่างต่อเนื่อง การชื่นชมตนเอง และการมองตนเองในทางบวก

ขั้นตอนที่ 10 การยุติการบำบัด (Closure) ทบทวนการนัดหมายการบำบัด ประมวลผลการเปลี่ยนแปลงยุติการบำบัด

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมิน ภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินการบำบัดตาม แนวคิดซาเทียร์ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมในครั้งสุดท้าย (ครั้งที่ 10)

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้กลุ่ม ตัวอย่างดำเนินชีวิตตามปกติและนัดหมายให้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

3. ขั้นตอนหลังการทดลอง

นักกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใน สัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินความซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลอิง แนวคิดซาเทียร์ภายในกลุ่มทดลอง paired t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะ ซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 40 คน ส่วน ใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.6 อายุเฉลี่ยอยู่ ในช่วง 50-60 ปี ร้อยละ 58.4 ส่วนใหญ่จบ ประถมศึกษา ร้อยละ 86.5 นับถือศาสนา อิสลาม ร้อยละ 57 อาชีพทำสวน ร้อยละ 66 สถานภาพคู่ ร้อยละ 84

การวิเคราะห์ข้อมูล

Table 1 Comparison of pre-test, post-test scores of older adults' depression in the experimental group on the Satir's model based individual psychotherapy program. (n=20)

Older adults' depression scores of Experimental group	Mean	SD	level	t	p-value
Pretest	10.70	1.71	high	9.0	.00**
Posttest	4.25	1.91	low	1	

** p-value significant at < 0.01 level.

จากตารางที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะ ซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน

ซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

Table 2 Comparison of pre-test, post-test scores of older adults' depression in the experimental group and control on the Satir's model based individual psychotherapy program. (N=40)

Older adults' depression scores of Experimental and Control group	Mean	SD	level	t	p-value
Experimental Group					
Pretest	8.65	1.63	Moderate	9.01	.00**
Posttest	4.25	1.91	Low		
Control Groups					
Pretest	9.56	1.60	Moderate	8.96	.00**
Posttest	9.40	1.53	Moderate		

** p-value significant at < 0.01 level.

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้าในกลุ่มทดลองน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ส่งผลทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ของกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ทั้ง 10 กิจกรรม

โดยเน้นให้ความสำคัญกับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า โดยไม่สนใจรายละเอียดและไม่เข้าใจธรรมชาติของความเป็นคนของตนเองและการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้องในอดีต¹² ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางกรอบความคิดการสื่อสารของตนเองใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การบำบัดโดยแนวคิดซาเทียร์สามารถช่วยให้บุคคลมีความงอกงามขึ้น มองเห็นความจริงของชีวิต และดำรงตนอย่างมีความหวัง และสามารถนำมาใช้ในการบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้¹³ อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดซาเทียร์โมเดลที่สามารถช่วยแก้ปัญหาทัศนคติด้านลบของประชาชนในประเทศจีนที่เกิดจากประเพณีและวัฒนธรรมทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น มีส่วนร่วมในการเลือกทางดำเนินชีวิตที่เหมาะสมได้มากขึ้น¹⁴

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางปัญญาโดยวิธีการโปรแกรมการบำบัด

รายบุคคลโดยแนวคิดซาตียร์จะทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น ซึ่งสังเกตเห็นได้ถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมในขั้นตอนแรกนั้นส่วนใหญ่มักมีมุมมองเกี่ยวกับตัวเอง โดยมีมุมมองทางลบต่อตนเอง มองตนเองว่าเป็นภาระ มีความรู้สึกน้อยใจคิดว่าตนเองเป็นคนไร้ความสามารถ มองความรุนแรงของโรคและกลัวตาย นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยจิตสังคม เครียดจากบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย เช่น ปัญหาในครอบครัว และยังพบว่าการบำบัดรายบุคคลตามแนวคิดซาตียร์สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าได้^{10,15} สอดคล้องกับการรายงานการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการบำบัดโดยแนวคิดซาตียร์สามารถช่วยให้บุคคลมีความงอกงามขึ้น มองเห็นความจริงของชีวิตและดำรงตนอย่างมีความหวัง และสามารถนำมาใช้ในการบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ รวมทั้งผู้ป่วยสามารถที่จะให้อภัยตนเองกับการกระทำที่ผิดพลาดและอดีตที่ผ่านมา และจะให้ความรักกับตนเองทุกวัน รวมทั้งระดับคะแนนความพึงพอใจในการบำบัดอยู่ในระดับมาก

การนำโปรแกรมการบำบัดตามแนวคิด Satir ได้ช่วยกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาสามารถสื่อสารภายในสอดคล้องกลมกลืนกัน (ตามผังภูเขาน้ำแข็ง) มีความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหาเกิดความเข้าใจตนเอง และกระจ่างถึงสาเหตุความทุกข์หรือภาวะซึมเศร้าของตนเอง รับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มีทางเลือกในตนเองได้ (Better choice maker)

มองเห็นเป้าหมายใหม่ในชีวิต เกิดการเติบโตตามพฤติกรรม^{9,15} โดยมีผู้วิจัยช่วยสรุปและเสริมประเด็นสำคัญให้เกิดความตระหนักถึงปัจจัยและผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมถึงมุมที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ตระหนักให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับความรู้สึก ความคิด ความต้องการ และความปรารถนาที่แท้จริง อีกครั้งเพื่อให้เข้าใจตนเองชัดเจนมากขึ้น สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้เหมาะสมตามบริบทมากขึ้น โดยซาตียร์เชื่อว่าทุกคนสามารถเปลี่ยนแปลงภายในได้ สามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้ จะช่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การรับรู้พฤติกรรมและนำไปสู่การจัดการกับปัญหาไปในทางที่ดีขึ้น ช่วยให้ความทุกข์ที่เกิดจากปัญหาค่อย ๆ ลดลง และนำมาสู่การลดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

จุดอ่อนงานวิจัยนี้

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่โรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวในจังหวัดตรัง ซึ่งอาจจะมึบริบท การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น ๆ อาจทำให้เกิดความจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ และการวิจัยทำในระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้น จึงไม่มีการติดตามเพื่อดูผลการวิจัยต่อเนื่องในระยะยาว

จุดแข็งงานวิจัยนี้

จุดแข็งของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือการประยุกต์ใช้การบำบัดรายบุคคลตามแนวคิด Satir ทำให้การแก้ปัญหาอารมณ์ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละบุคคล การให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเข้าร่วมโปรแกรมจนครบ ทำให้กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าไม่เกิดการฆ่าตัวตาย และยังสามารถเป็นแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุอื่นในชุมชนได้อีกด้วย

สรุป

การบำบัดตามแนวคิด Satir ช่วยให้ผู้ป่วยเปิด ประสบการณ์และมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง มองตนเองในด้านบวกและมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระดับจิตใจ เมื่อพลังงานทางลบถูกแทนที่ด้วยพลังงานทางบวก และเป็นช่วงที่ความรู้สึกได้รับการยอมรับและเกิดประสบการณ์ในระดับลึกได้ถูกจัดเก็บไว้ในสมองและเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ตามมา จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเปลี่ยนแปลงทั้งพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าลดลงได้

ข้อเสนอแนะการนำวิจัยไปประยุกต์ใช้

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข และอาจารย์พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการบำบัดตามแนวคิด Satir รายบุคคลไปใช้ช่วยกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะผู้สูง

อายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เพื่อเห็นคุณค่าตนเอง ปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น และมีความสุขในชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างเฉพาะของอำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง เท่านั้น เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในอนาคต จึงควรทำการศึกษาเปรียบเทียบกับสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในอำเภออื่น ๆ ให้ครอบคลุม หรือนำโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น โรคเรื้อรังกลุ่มอื่น เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหอบหืด เป็นต้น

2. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีโรคทางกายร่วมด้วยให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลดียิ่งขึ้น ควรมีการติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง 1, 3 และ 6 เดือน เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ รวมถึงนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทาง ในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอีกทางหนึ่งแก่ผู้สนใจต้องการศึกษาต่อไป

References

1. World Health Report. Introduction [Internet]. 2001 [cited 2020 May 5]. Available from: www.who.int/whr/ 2001.
2. Leelatrakarnkun K, Trangkasombat U. The Association between depression and family functioning in seventh grade students in Ubonratchathani province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2012; 57(1): 29-38. (in Thai)
3. Information Research Center Phrasimahapho Hospital. Statistics of depressive patients accessing services [Internet]. 2015 [cited 2020 May 5]. Available from: <http://www.thaidepression.com>.
4. Sahamethaphat N. Article on stress events at the International Conference on Mental Health. 6th ed. Bangkok; 2013.
5. Luebuntawatchai O. Family Intervention: Roles of Psychiatric Nurses. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2015; 29(1): 1-13. (in Thai)
6. Pengchan W, Leejongpermpoon J, Kongsuk, T. Epidemiology of psychiatric disorders in Thai people. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013; 4(1): 1-14. (in Thai)
7. Beck JS, Beck AT. Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: Guilford press; 1995.
8. Na Weram P, Limmunjing J. The results of group counseling based on Satier's self-concept of people with problems. Depression and Suicide Risk. Master Study, Mahasarakham University; 2009.
9. Morrison MF, Kallan MJ, Ten Have T, Katz I, Tweedy K, Battistini M. Lack of efficacy of estradiol for depression in postmenopausal women: a randomized, controlled trial. *Biological psychiatry* 2004; 55(4): 406-12.
10. Banmen J. Satir Transformational Systemic Therapy. Palo Alto: Science and Behavior Books, Inc; 2008.
11. Piddocke S. The Self: Reflections on its nature and structure according to the Satir Model. *Satir Journal* 2010; 4(1): 109-55.

12. Srikosai S. Effects of Individual Psychotherapy using the Satir Model on an Alcohol-Dependent and Depressed Patient. *Satir Journal* 2008; 2(3): 5-19.
13. Bentheim S. Evolving to Become More Fully Human-Early Contributors to the Satir Model. *Satir International Journal* 2013; 1: 40-52.
14. Juntarawiwat T. The Effect of a Group Counseling Program Based on Satir's Model on Depression in Older Adults in Muang District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of health and nursing education* 2020; 26(1): 135-52. (in Thai).
15. Abueita S. Modifying the Attitudes Among Unmarried Employee Females According to Satir Model. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2013; 84: 574-78.