

ผลของโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดลเป็นฐาน
ต่ออาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้า*

THE EFFECT OF PSYCHO-EDUCATIONAL GROUP PROGRAM BASED
ON SATIR'S MODEL ON DEPRESSIVE SYMPTOMS IN
THAI WOMAN WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS

อรณลิน สิงขรณ์ พย.ม., ว.พย. (Onnalin Singkhorn, RN., M.N.S., APN.)**

อัครพร สี่หรีตวงศ์ พย.ค. (Acharaporn Seeherunwong, RN., D.N.S.)***

รพีพรรณ กาญจนการุณ พบ. (Rapeepan Kanjanakaron, MD.)****

วิภากรณ์ ปัญญาดี พย.บ., วท.ม. (Wipakorn Panyadee, RN., M.Soc.)*****

Abstract

Objective: To compare the effects of psycho-educational group program based on Satir's model on depressive symptoms in Thai women with Major Depressive Disorders between standard treatments.

Methods: The samples of this quasi experimental research were 24 Thai women with major depressive disorder in Chiangrai Prachanukroh hospital. With random assignment, 11 participants (M = 46.9, SD = 9.2 years old) underwent to 6-weekly-session psycho-education program while 13 samples (M = 42.5, SD = 7.2 years old) experienced routine care. The researcher measured the severity of depressive symptoms by using the Hamilton Rating Scale at the pre-test, post-test 1 (6-weekly-sessions ended), post-test 2

(2 weeks after intervention). One factor repeated measure ANOVA was used to analyze the data.

Results: Mean depressive symptom differed statistically significant between groups ($F_{1, 22} = 12.786, p = .002$). The result revealed reductions of the depressive symptom mean between experiment and control groups. Also, Mean depressive symptom differed statistically significant between time periods ($F_{1, 22} = 13.801, p = .001$). The mean of depressive symptom at 6-weekly-sessions ended was higher than those 2 weeks after intervention. However, their interaction effect was not statistically significant ($P > .05$). The result revealed reductions of the mean.

Conclusion: The psycho-educational

* การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

** Corresponding author, อาจารย์สำนักวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง E-mail: onnalin.sin@mfu.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** จิตแพทย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

group program based on Satir's model significantly elicited decreases in depressive symptoms across time periods.

Keywords: Psycho-education, Satir's Model, Women, Major Depressive Disorders

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดลเป็นฐานต่ออาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้การดูแลตามปกติแตกต่างอย่างซาเทียร์โมเดลเป็นฐาน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงไทยที่มารับบริการ ณ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ จำนวน 24 ราย สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 11 ราย มีอายุเฉลี่ย 46.9 (SD = 9.2) ปี ได้รับโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดลเป็นฐานจำนวน 6 ครั้ง (1 ครั้งต่อสัปดาห์) และกลุ่มควบคุม 13 ราย มีอายุเฉลี่ย 42.5 (SD = 7.2) ปี ได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยงาน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลระดับอาการซึมเศร้า ระหว่าง 13 ถึง 29 คะแนนตามเกณฑ์การเลือกตัวอย่างเข้าศึกษา โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า (The Hamilton Rating Scale for depression / HAM-D) และใช้เป็นข้อมูลระดับอาการซึมเศร้าระยะก่อนได้รับโปรแกรม (Pre-test) หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที (Post-test 1) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (Post-test 2) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ 1 ปัจจัย

ผลการศึกษา: อาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดลเป็นฐานและกลุ่มที่ได้รับการให้การดูแลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1, 22} = 12.786, p = .002$) โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดลเป็นฐานมีค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และระดับอาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้าในช่วงเวลาหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที (Post-test 1) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (Post-test 2) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1, 22} = 13.801, p = .001$) โดยระดับอาการซึมเศร้าหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที สูงกว่าหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ส่วนปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดลเป็นฐานกับช่วงเวลาที่วัดต่อระดับอาการซึมเศร้าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

สรุปผลการศึกษา: โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดลเป็นฐานมีผลต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ศึกษาและภายในกลุ่มทดลอง

คำสำคัญ: โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ซาเทียร์โมเดล ผู้หญิง โรคซึมเศร้า

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคความผิดปกติทางด้านอารมณ์ มีลักษณะเด่น คือ อาการซึมเศร้า หดหู่สิ้นหวัง หมดความสนใจในสิ่งที่เคยชอบ มีอาการเกือบทั้งวัน เกือบทุกวันติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยมีอาการซึมเศร้าไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ อาการรุนแรงและระยะเวลานานกว่าคนปกติ ทั้งนี้ความรู้สึกที่พบบ่อยคือ รู้สึกว่าตัวเอง

ไม่มีความสำคัญ (insignificance) รู้สึกไร้ค่า (worthlessness) ค่อยความสามารถ (inadequate) รู้สึกล้มเหลว (failure) และอารมณ์อื่นๆ เช่น กลัว กังวล เป็นต้น (นงพะงา ลิ้มสุวรรณ และนิดา ลิ้มสุวรรณ, 2556) ส่วนใหญ่อาการซึมเศร้าในเพศหญิงเริ่มจากการมีปัญหาสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต ได้แก่ ความรู้สึกที่ตนเองได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เห็นคุณค่า แยกภาระมากเกินไป และการสูญเสียต่างๆ รวมถึงการถูกทอดทิ้งจากบุคคลอื่นเป็นที่รัก สูญเสียการยอมรับ สูญเสียความมีอิสระในชีวิต และสูญเสียความมั่นคงทางจิตใจ (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2552) อีกทั้งยังมีอาการทางกายที่อาจเกิดร่วมได้ถึง 26 อาการย่อย เช่น ปวดเมื่อย ปวดศีรษะ ตกใจง่าย ปัญหากระเพาะอาหารเป็นต้น (Gan et al., 2012) หากปล่อยไว้อาการจะพัฒนาเข้าสู่การคิดและพยายามฆ่าตัวตายในที่สุด

จากรายงานของศูนย์วิจัยสารสนเทศโรคซึมเศร้า (2558) ในระหว่าง ปี 2556 ถึง 2558 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการดูแลจากระบบบริการสุขภาพ ร้อยละ 28.87, 36.76 และ 44.14 ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในจังหวัดเชียงรายร้อยละ 10.86, 27.53 และ 32.12 ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเพศหญิงรายใหม่ จำนวน 1,097, 370 และ 504 คน คิดเป็นร้อยละ 68.26, 64.23 และ 64.45 ตามลำดับ เห็นได้ว่าเพศ มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า โดยเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า พบการกลับเป็นซ้ำของโรคเพิ่มสูงขึ้นและอาการรุนแรงกว่าเพศชาย โดยเฉพาะผู้ป่วยเพศหญิงที่มีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ชีวิตสมรสไม่ราบรื่น มีปัญหาการ

สื่อสารในครอบครัวขาดแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จะยิ่งส่งผลกระทบต่อให้มีอาการของโรคซึมเศร้ารุนแรงขึ้น เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (Schuch et al., 2014) ทั้งนี้การรักษามีทั้งการรักษาด้วยยาและจิตบำบัด หรือใช้ร่วมกันทั้งสองวิธี

จิตบำบัดที่สำคัญรูปแบบหนึ่งที่ใช้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือ จิตบำบัดแนวซาเทียร์โมเดล (Satir's model) ซึ่ง เวอร์จิเนีย ซาเทียร์ (Virginia Satir, 1991 อ้างใน Banmen, 2008) ได้อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่าเป็นการสะสมอารมณ์ที่เก็บกดหรือการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่ผิดไปขาดทักษะในการเผชิญความเครียด ขาดความรู้ความเข้าใจในธรรมชาติความเป็นคนของตนเอง มีการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้องในชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก จึงยึดถือความเข้าใจ ความเชื่อ ทศนคติ หรือกฎเกณฑ์ที่ผิดนั้นๆ ไว้ ส่งผลให้การจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ผิดวิธี ทั้งนี้จิตบำบัดแบบซาเทียร์ (Satir's Model) ช่วยสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึก ความเชื่อ ความคาดหวัง ความปรารถนาและตัวตนที่แท้จริงของตนเอง เกิดการเรียนรู้ใหม่แทนการเรียนรู้เดิมที่ไม่ถูกต้อง พัฒนาความเข้าใจ ความเชื่อ ทศนคติ หรือกฎเกณฑ์ต่างๆ ให้เป็นไปตามศักยภาพของตนเอง รู้สึกมีคุณค่า ภาวภูมิใจในตนเองมากขึ้น (Pidlocke, 2010) การบำบัดแนวซาเทียร์สามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ภูเขาน้ำแข็งส่วนบุคคล (personal iceberg) 2) การปั้นท่าทาง (sculpting) 3) การบูรณาการชุมทรัพย์ภายในตน (integrating inner resources) 4) การย้อนอดีตครอบครัวเพื่อสร้างความเข้าใจใหม่ (family reconstruction) 5) การทำสมาธิ (meditation) 6) การอ่านอุณหภูมิใจ (temperature reading) 7) การใช้อุปมาอุปมัย (metaphor) 8) การใช้อารมณ์ขัน

(humor) 9) แมนดาล่าแห่งตัวตนภายใน (self mandala) (Banmen, 2008) ทั้งนี้พบว่าวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และเข้าใจตัวเองได้ง่ายเป็นที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย คือ เทคนิคการวิเคราะห์ภูเขาน้ำแข็งส่วนบุคคล

เวอร์จิเนียร์ ซาเทียร์ (Virginia Satir) เปรียบเทียบธรรมชาติของบุคคลเป็นเสมือนภูเขาน้ำแข็งที่ลอยอยู่ในน้ำ ส่วนที่อยู่เหนือน้ำคือพฤติกรรมและส่วนใหญ่ของภูเขาน้ำแข็งซึ่งเป็นส่วนที่อยู่ใต้น้ำเปรียบเสมือนสิ่งที่อยู่ในจิตใจของบุคคลไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาแต่มีผลกระทบต่อชีวิตมาก โดยเทคนิคการวิเคราะห์ภูเขาน้ำแข็งส่วนบุคคลเป็นวิธีการวิเคราะห์ธรรมชาติของบุคคลทั้งในส่วนที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมและส่วนที่อยู่ภายในจิตใจจากประสบการณ์ตรงในชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งซาเทียร์เชื่อว่าการยอมรับอดีตเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของตนเองอย่างแท้จริง และสามารถชื่นชมตนเองที่ยังคงยืนหยัดอยู่ได้นั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง มีพลังสามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้ดีขึ้น (Banmen, 2008) ดังเช่น การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการบำบัดแนวซาเทียร์ต่อทัศนคติด้านลบที่มีต่อภาวะโศกของผู้หญิงวัยทำงานในประเทศจอร์แดน โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์สภาพจิตใจของผู้ป่วยผ่านการสัมภาษณ์ภูเขาน้ำแข็งส่วนบุคคลพบว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการบำบัดแนวซาเทียร์สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านลบของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะโศกให้ดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ (Abueita, 2013) และยังพบว่าซาเทียร์โมเดล สามารถช่วยแก้ปัญหาทัศนคติด้านลบของประชาชนในพื้นที่ชนบทใหญ่

ของประเทศจีนที่เกิดจากประเพณีและวัฒนธรรม ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น มีส่วนร่วมในการเลือกทางดำเนินชีวิตที่เหมาะสมให้กับตนเองได้มากขึ้น (Li, 2010)

ทั้งนี้ในประเทศไทยการบำบัดแนวซาเทียร์ส่วนใหญ่มักจะบำบัดแบบรายบุคคลหรือรายครอบครัว แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์เชิงประจักษ์ในการนำแนวคิดซาเทียร์ โมเดลมาประยุกต์ใช้ในการสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์การช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ช่วยเสริมทักษะให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของตนเองได้ (Bäumel, Josef et al., 2006) ดังนั้นการจัดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จึงเป็นส่วนหนึ่งในการบำบัดรักษาผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์หลัก คือ การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและฝึกฝนทักษะด้านการจัดการความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต โดยเน้นกระบวนการทำงานร่วมกัน ระหว่างผู้บำบัด ผู้ป่วยและเพื่อนผู้ป่วยด้วย หรือผู้ป่วยกับญาติ ช่วยให้ผู้ป่วยมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจและการจัดการกับอาการป่วยได้เหมาะสม รวมถึงทักษะทางด้านสังคมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอีกด้วย (Bhattacharjee, et al., 2011)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดจิตบำบัดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบของซาเทียร์ (Satir Transformational Systemic Therapy) มาพัฒนาและประยุกต์เป็นโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้า โดยมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจเป็นหลัก ดังเช่น การเพิ่มความรู้สึกดีต่อตนเอง มีความคาดหวังต่อสถานการณ์ตามความเป็นจริง และเข้าใจในความเป็นตัวตนของตนเองมากขึ้น

เพื่อแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคลินิกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดล (Satir's Model) เป็นฐาน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยงาน

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยโรคซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจิตบำบัด การเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบของซาเทียร์ (Satir Transformational Systemic Therapy) ที่เชื่อว่าการพัฒนาศักยภาพด้านจิตใจจะทำให้บุคคลเข้าใจและยอมรับในศักยภาพหรือคุณทรัพย์ที่มีอยู่ในตัวเอง และสามารถนำออกมาใช้ในการเผชิญปัญหาได้ ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้เสมอ ถึงแม้ว่าการเปลี่ยนแปลงภายนอกจะมีข้อจำกัด แต่การเปลี่ยนแปลงภายในก็ยังเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ โดยการวิเคราะห์ภูเขาน้ำแข็งส่วนบุคคลตามลักษณะของประสบการณ์ 6 ระดับ (Banmen, 2008; รัตนา สายพานิชย์, 2557) ที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีดังนี้

1. พฤติกรรม (behaviors) เช่น นอนไม่หลับ ร้องไห้ไม่สมเหตุผล พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย เป็นต้น

2. การจัดการกับปัญหา (coping/stances) มักเป็นแบบยอมตาม (placating) ส่งมอบอำนาจ

ของตนเองให้กับผู้อื่น ตอบรับทุกสิ่งที่ผู้อื่นต้องการ ให้เกียรติผู้อื่นและบริบทแต่ไม่ให้เกียรติตนเอง

3. ความรู้สึก (feelings) มักเป็นอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ ความรู้สึกเศร้าหมอง ไร้ค่า สูญเสีย ความมั่นคงทางใจ ไม่มีความสุขกับชีวิต เป็นต้น

4. การรับรู้ (perceptions) เช่น มีความเชื่อว่าเป็นเพศหญิงต้องมีหน้าที่ดูแลครอบครัว สามีต้องหาเงินเลี้ยงดูครอบครัว เป็นต้น

5. ความคาดหวัง (expectations) มักจะมีความคาดหวังที่ผู้อื่นมากกว่าตนเอง เช่น คาดหวังว่าสามีจะรักตนเองคนเดียว กลับบ้านตรงเวลาไม่ดื่มสุรา ลูกไม่เกเร เป็นต้น

6. ความปรารถนา (yearnings) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า ต้องการเป็นที่รัก ต้องการการยอมรับสูง

การจัดกิจกรรมกลุ่มการให้สุขภาพจิตศึกษาในแต่ละครั้ง มีขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1) การสร้างความเชื่อมโยง (making contact) ให้ผู้ป่วยระบุนความรู้สึก การรับรู้ ความหวังของตนเองและความปรารถนาที่จะจัดการปัญหาของตนเองผ่านการย้อนอดีตสถานการณ์เดิมให้ผู้ป่วยเห็นภาพชีวิตของตนเองในทุกแง่มุมเชื่อมโยงต่อเนื่องกัน

2) การตั้งเป้าหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงภายใน (set goal) ให้ผู้ป่วยสร้างความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจตนเองเป็นหลัก

3) การปลดปล่อยอารมณ์ (re-experience) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับความรู้สึก การรับรู้ ความคาดหวังเกี่ยวกับประสบการณ์เดิมในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและยอมรับได้

4) การให้อภัยความรู้ใหม่ (concept) ผู้วิจัยให้อภัยความรู้ใหม่เกี่ยวกับธรรมชาติของภูเขา

น้ำแข็งส่วนบุคคล 6 ระดับ สรุปข้อมูลให้ผู้ปวยรับรู้ บิดเปลี่ยนไป

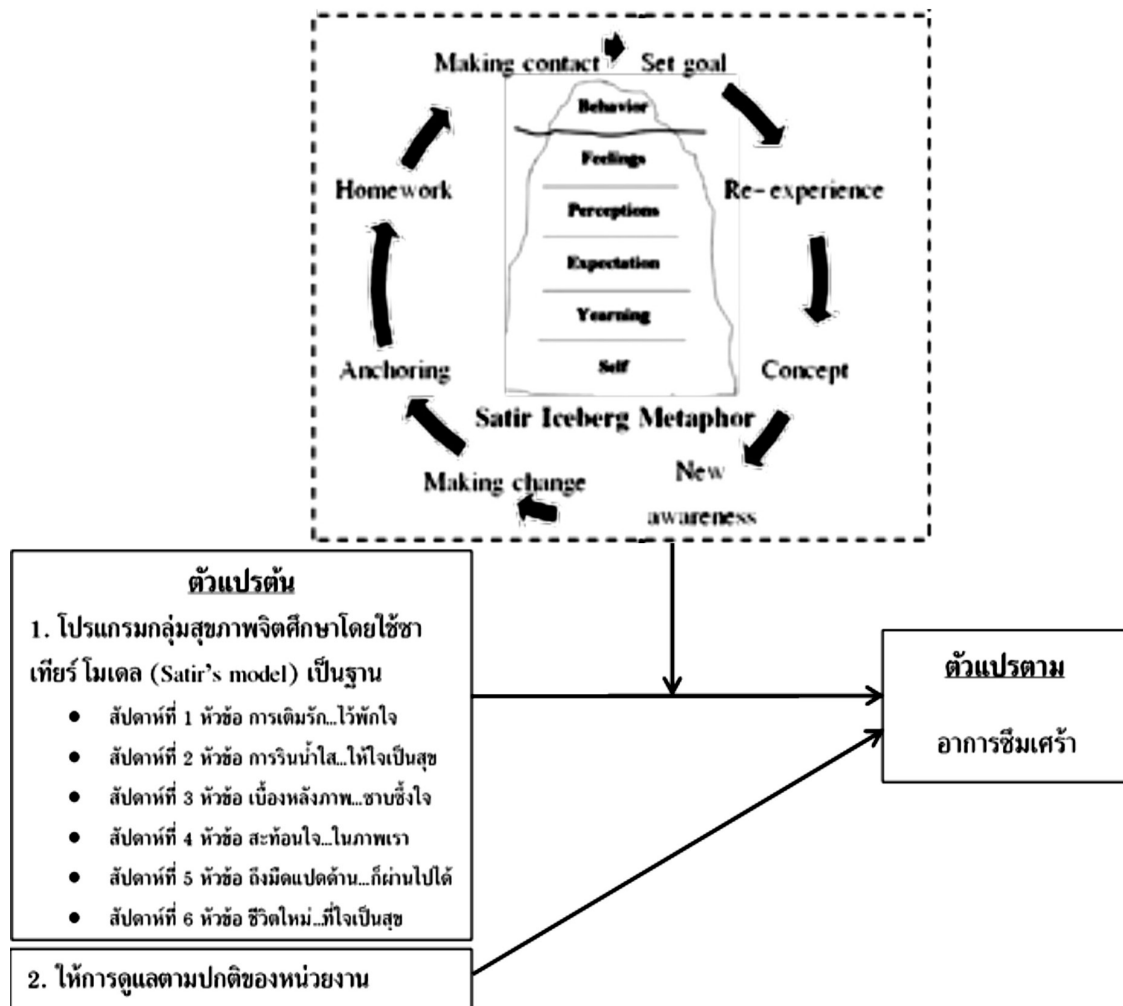
5) การเพิ่มการตระหนักรู้ใหม่ (new-experience) ให้ผู้ปวยได้สัมผัสกับความรู้สึก การรับรู้ ความคาดหวังเกี่ยวกับประสบการณ์เดิม ให้ผู้ปวยได้ตระหนักรู้ในมุมมองใหม่ๆ และผลของวิธีจัดการกับปัญหาที่ผ่านมา

6) การเปลี่ยนแปลง (making change) ให้ผู้ปวยรับรู้ถึงข้อดี ศักยภาพของตนเอง วิธีจัดการกับปัญหาที่ผ่านมา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในกลุ่ม พิจารณาเลือกวิธีจัดการกับปัญหาที่อยากนำจากกลุ่มไปประยุกต์ใช้

7) การตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง (anchoring) ผู้วิจัยเน้นย้ำให้ผู้ปวยทบทวนการเปลี่ยนแปลงของภาวะภูเขาน้ำแข็งส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นใหม่ในช่วงเวลาการทำกิจกรรมซ้ำ

8) มอบหมายงานให้กลับไปทำที่บ้าน (home work) ผู้วิจัยให้ผู้ปวยนำสิ่งที่ฝึกปฏิบัติในช่วงเวลาการทำกิจกรรมไปปรับใช้ในสถานการณ์จริงที่บ้าน อย่างน้อยวันละ 1 สถานการณ์ เพื่อให้ภาวะภูเขาน้ำแข็งใหม่ในจิตใจเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนจนสามารถลดอาการซึมเศร้าได้

สามารถระบุความสัมพันธ์เขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้



สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดล (Satir's Model) เป็นฐานต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยงาน
2. ค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์แตกต่างกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) จำนวน 30 ราย ที่มารับบริการ ณ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาโดยคำนวณจากสูตรการเปรียบเทียบค่าคะแนนของกลุ่ม ซึ่งได้จากการทดลองใช้กับผู้ป่วยเพศหญิงโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือได้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.06 โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจจำแนกความแตกต่างร้อยละ 80 การคำนวณครั้งนี้มีสมมติฐานการกระจายของคะแนนอาการซึมเศร้าที่ได้จากแบบประเมินอาการซึมเศร้าที่มีค่าการกระจายตัว (standard deviation) เป็นโค้งปกติ (พรรณิบัติสุทธธรรมและชนันต์ พิเชียรสุนทร, 2554) โดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{\left[\frac{z_\alpha}{2} + z_\beta \right]^2 \times 2\sigma^2}{\delta^2}$$

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มที่ต้องการ σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรลัทธิหลัก δ = ขนาดความแตกต่างที่มีความสำคัญทางคลินิก $Z_\alpha = 1.96$ $Z_\beta = 0.84$

$$n = \frac{[1.96 + 0.84]^2 \times 2 \times 5.06^2}{5.0^2} = 16$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 16 คน ต่อกลุ่ม ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงกันยายน 2558 โดยการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอก ต้องใช้เวลาในการเดินทางจึงจำเป็นต้องศึกษาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่ในขณะนั้น ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างเพียง 30 ราย จับสลากแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ อายุ 18-59 ปี ไม่มีอาการทางจิตเวช สามารถฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ มีคะแนนอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (13-29 คะแนน) เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ขอยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ครบ 6 ครั้ง โดยในช่วงการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีผู้ป่วยไม่มาเข้าร่วมโครงการตามนัดจำนวน 4 ราย ในกลุ่มควบคุมขอยุติการวิจัยจำนวน 2 ราย ดังนั้นการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 11 ราย กลุ่มควบคุม 13 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ชาเทียร์โมเดล (Satir's Model) เป็นฐาน เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์มาจากแนวคิดจิตบำบัดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบของชาเทียร์ (Satir Transformational Systemic Therapy) (Banmen, 2008) ดัดแปลงเป็นกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 2-3 ชั่วโมง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เรื่อง เติมรัก...ไว้พักใจ เป็นการสร้างความคุ้นเคยเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง รับรู้ถึงอาการของโรคซึมเศร้าของตนเอง และผู้ป่วยอื่น มีความหวังว่าโรคซึมเศร้ารักษาหายได้และตนเองสามารถมีความสุขได้

สัปดาห์ที่ 2 เรื่อง รินน้ำใส่...ให้ใจเป็นสุข เน้นให้ผู้ป่วยระลึกถึงความหวังต่อเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ตระหนักถึงผลกระทบจากความผิดหวัง และมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนความหวัง

สัปดาห์ที่ 3 เรื่อง เบื้องหลังภาพ...ซาบซึ้งใจ เน้นให้ผู้ป่วยระลึกถึงความทรงจำต่อเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ตระหนักถึงผลกระทบจากความคิด และมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนความคิด

สัปดาห์ที่ 4 เรื่อง สะท้อนใจ...ในภาพเรา เน้นให้ผู้ป่วยระลึกถึงความรู้สึกต่างๆ ต่อเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ตระหนักถึงผลกระทบจากความรู้สึก และมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนความรู้สึก

สัปดาห์ที่ 5 เรื่อง ถึงมีดีแต่เปิดด้าน...ก็ผ่านไปได้ เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบจากการมีหรือไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น และมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนวิธีการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น

สัปดาห์ที่ 6 เรื่อง ชีวิตใหม่...ที่ใจเป็นสุข ให้ผู้ป่วยได้สำรวจความเป็นตัวตนของตนเอง ทราบถึงผลกระทบและแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการกับความเป็นตัวตนของตนเอง

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของตนเองต่อเดือน รายได้ของครอบครัว บุคคลที่ให้เงินเพื่อใช้จ่ายเป็นประจำ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

3. แบบประเมินอาการซึมเศร้า (The Hamilton Rating Scale for depression / HAM-D) เป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton, 1967) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) ค่าความน่าเชื่อถือ (reliability) เท่ากับ 0.82 มีคำถามจำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็น 4 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล กลุ่มอาการนอนหลับ กลุ่มอาการแสดงออกทางกาย กลุ่มอาการทางความคิด (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์และรณชัย คงสกนธ์, 2544) คำตอบเป็นการแบ่งคะแนนความรุนแรงของอาการออกเป็น 0-2 และ 0-4 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-52 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณา ด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวและเข้าพบหัวหน้าคลินิกจิตเวช เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ระยะเวลา และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินอาการซึมเศร้าโดยคะแนนที่ได้จะถูกบันทึกไว้เป็นระดับอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในช่วงก่อนการทดลอง (pre-test1) ให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

ของหน่วยงาน และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดล (Satir's Model) เป็นฐาน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 2-3 ชั่วโมง ประเมินอาการซึมเศร้าหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที (Post-test 1) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (Post-test 2)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ ชร 0032.102/23512 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการรับบริการใดๆ ข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และขออนุญาตฉบับบันทึกข้อมูล บันทึกภาพและเสียงก่อนดำเนินการกิจกรรมกลุ่มทุกครั้งโดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะให้ยุติการบันทึกเมื่อใดก็ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ 1 ปัจจัย (One-factor repeated measure ANOVA)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 46.91 ปี (S.D.=9.214) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-59 ปี (54.5%) สถานภาพสมรสคู่ (81.8%) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (45.5%) มีอาชีพรับจ้าง และทำธุรกิจส่วนตัว (72.8%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (45.5%) ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย หรือเพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ (72.8%) บุคคลที่ให้เงินใช้จ่ายเป็นประจำ คือ สามีและบุตร (63.6%) ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามีและบุตร (72.7%) มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามานานกว่า 5 ปี (45.5%) และไม่เคยเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (45.5%) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 42.54 ปี (S.D.=7.172) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36-45 และ 46-59 ปี (77.0%) สถานภาพสมรสคู่ (84.6%) จบการศึกษาในระดับประถมและมัธยมศึกษา (92.4%) มีอาชีพรับจ้าง (76.9%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (61.5%) มีเงินพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ (53.8%) บุคคลที่ให้เงินใช้จ่ายเป็นประจำ คือ สามีและบุตร (69.2%) ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามีและบุตร (84.6%) มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามาไม่เกิน 5 ปี (77.0%) และไม่เคยเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (76.9%)

2. เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยหญิงไทยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยหญิงไทยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง (n = 11) และกลุ่มควบคุม (n=13) จำแนกตามระยะเวลา

ระยะเวลา	คะแนนอาการซึมเศร้า			
	กลุ่มทดลอง (n=11)		กลุ่มควบคุม (n=13)	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	23.55	2.806	22.85	2.304
หลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที	6.73	3.636	9.46	2.332
หลังได้รับโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์	3.91	2.166	6.77	2.242

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้า (Mean = 23.55, SD = 2.806) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 22.85, SD = 2.304) และอาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้าหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที (Post-test 1) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (Post-test 2) ค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้ามักต่ำกว่ากลุ่มควบคุมตามลำดับ (Mean = 6.73, SD = 3.636; Mean = 3.91, SD = 2.166)

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ 1 ปัจจัย (One-factor repeated measure ANOVA) พบว่า การกระจายข้อมูลแบบปกติโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ของอาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที ($Z = .455, p = .986$)

และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ($Z = .516, p = .953$) มีการแจกแจงแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยงานหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที ($Z = .976, p = .296$) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ($Z = .841, p = .479$) มีการแจกแจงแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน และจากการตรวจสอบคุณสมบัติ Compound symmetry โดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity ได้ค่า $\chi^2 = .345, p = .841$ คือ ความสัมพันธ์ของตัวแปรตามแต่ละคู่ที่วัดซ้ำไม่แตกต่างกัน และความแปรปรวนของตัวแปรตามในการวัดซ้ำแต่ละครั้งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > .05$ สอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ปัจจัย แบบวัดซ้ำ 1 ปัจจัย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ 1 ปัจจัย (One-factor repeated measure ANOVA)

Source of Variation	Sum Square	df	Mean Square	F	p
Between group					
Group	93.240	1	93.240	12.786	.002
Error	160.427	22	7.292		
Within group					
Time	90.464	1	90.464	13.801	.001
Time* group	.047	1	.047	.007	.933
Error	144.203	22	6.555		

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลของอาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดล เป็นฐานลดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1, 22} = 12.786, p = .002$) และเมื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้าในแต่ละช่วงเวลา พบว่า ค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในภาพรวมหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ลดต่ำกว่าหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1, 22} = 13.801, p = .001$)

อภิปรายผล

สมมติฐานข้อที่ 1 จากผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยในภาพรวมของอาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดล (Satir's Model) เป็นฐานต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อภิปรายได้ว่าการสอนตามโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดลเป็นฐาน มีการกำหนดกิจกรรมกลุ่มอย่างมีแบบแผน เป็นกระบวนการเสริมสร้างความ

เท่าเทียมกันภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเกิดความไว้วางใจ ปลอดภัยที่จะยอมรับและปลดปล่อยประสบการณ์เดิมที่เป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้าออกมาเป็นการทบทวนปัญหา ผลกระทบที่เกิดขึ้น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยอื่นในกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยช่วยสรุปและเสริมประเด็นสำคัญให้เกิดความตระหนักถึงปัจจัยและผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมถึงมุมที่ผู้ป่วยยังไม่ตระหนัก ให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับความรู้สึก ความคิด ความต้องการและความปรารถนาที่แท้จริงอีกครั้ง เพื่อให้เข้าใจตนเองชัดเจนมากขึ้น สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้เหมาะสมตามบริบทมากขึ้น โดยซาเทียร์ เชื่อว่า ทุกคนสามารถเปลี่ยนแปลงภายในได้ สามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้ ผ่านการตั้งคำถามตามกระบวนการบำบัด 5 ประเด็นที่เกิดขึ้นกับภูเขาน้ำแข็งส่วนบุคคล ได้แก่ 1) มีการตระหนักรู้ 2) เชื่อมโยงความรู้สึกจากภายในสู่ภายนอกอย่างเป็นรูปธรรม 3) ทำให้เกิดการยอมรับ 4) ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 5) พัฒนาด้านจิตใจให้เติบโตขึ้นจากการเข้าใจตนเอง โดยเน้นไม่สนใจรายละเอียดของเนื้อเรื่องแต่ให้ความสำคัญ

กับผลกระทบจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า (Banmen, 2008; Bentheim, 2013) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางกรอบความคิด การสื่อสารของตนเองใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจอร์แดนที่พบว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการบำบัดแนวชาเทียร์สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านลบของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะโรคของผู้หญิงวัยทำงานให้ดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ (Abueita, 2013) อีกทั้งยังพบว่า ชาเทียร์โมเดล สามารถช่วยแก้ปัญหาทัศนคติด้านลบของประชาชนในประเทศจีนแผ่นดินใหญ่ที่เกิดจากประเพณีและวัฒนธรรม ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น มีส่วนร่วมในการเลือกทางดำเนินชีวิตที่เหมาะสมได้มากขึ้น (Li, 2010) ทั้งนี้กิจกรรมตามโปรแกรมทำให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ภูเขาน้ำส่วนบุคคลตามลักษณะของประสบการณ์ 6 ระดับ (Banmen, 2008; รัตนา สายพานิชย์, 2557) ดังนี้

1. พฤติกรรม (Behaviors) ก่อนเข้าร่วมการวิจัยผู้ป่วยบอกว่า มีอาการนอนไม่หลับ ร้องไห้บ่อย ฝันร้าย ไม่มีสมาธิ ทำงานผิดพลาด เป็นต้น หลังเสร็จสิ้นการวิจัยพบว่า นอนหลับได้ มีสมาธิในการทำงาน มีทางเลือกของชีวิตมากขึ้น และตอกย้ำการสร้างพลังใจด้วยการร้องเพลง “ความรัก” ที่บ้านคนเดียวทุกวัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมตามโปรแกรมในครั้งที่ 1-5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเพิ่มการรับรู้ความรู้สึกและความคาดหวังใหม่ผ่านการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกและมุมมองต่อวิธีจัดการปัญหากับผู้ป่วยรายอื่นๆ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจ ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนตามไปด้วย ซึ่งการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และความเห็นอกเห็นใจกันตามกิจกรรมในโปรแกรมส่งผลต่อประสิทธิภาพของการบำบัด

ได้ถึงร้อยละ 40 (นันท์ชัตตันห์ สกุลพงศ์, 2557)

2. การจัดการกับปัญหา หรือการรับมือกับปัญหา (Coping/Stances) ก่อนเข้าร่วมการวิจัยผู้ป่วยจัดการกับปัญหาแบบยอมตาม (placate) เป็นส่วนใหญ่ ดังเช่น “สามีดื่มสุรามึนเมาแล้วตบตีตนเองบ่อยต้องอดทนเพราะเป็นภรรยา” “ลูกกลับบ้านดึกบ่อย ต้องทำหูหนวก ตาบอดจะได้ไม่ต้องทะเลาะกัน” “ยินดีที่จะยอมเพื่อให้เรื่องมันจบ” เป็นต้น หลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้ป่วยจัดการกับปัญหาแบบสอดคล้องกลมกลืน (Congruent) ได้มากขึ้น โดยเล่าว่า “สามีเที่ยวนอกบ้านก็ช่างเขา ใครไม่รักเราแต่เราต้องรักตัวเอง” “ลูก เราเลี้ยงเขาได้แต่ตัว ในบทบาทของแม่ เราทำดีที่สุดแล้ว” “วิธีเดิมๆ ไม่ดีขึ้นก็เปลี่ยนวิธีใหม่” ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมตามโปรแกรมในครั้งที่ 5 และ 6 กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้าใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น สำรวจความเป็นตัวตนของตนเอง ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความรักให้กับตนเองและผู้อื่น มีความยืดหยุ่นและสามารถรับมือกับปัญหาได้ดีขึ้น (Banmen, 2008; รัตนา สายพานิชย์, 2557)

3. ความรู้สึก (feelings) ก่อนเข้าร่วมการวิจัยผู้ป่วยมีความรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต พ่อแท้ อยากตาย วิตกกังวลกลัวไปหมด เป็นต้น หลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้ป่วยรู้สึกมีความสุขมากขึ้น อารมณ์ดี มั่นใจในการพูดคุยกับผู้อื่นมากขึ้น ให้ความรักตัวเองได้มากขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อสังคม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมตามโปรแกรมครั้งที่ 2 และ 3 ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับความรู้สึกจากประสบการณ์เดิมที่ยังคงสะสมอยู่ภายใน ให้แยกความพัวพันอยู่กับอดีตออกจากปัจจุบัน ให้เห็นถึงสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ที่จะให้ความรู้สึกนั้นควบคุมตนเอง หรือ

เป็นพลังขับเคลื่อนชีวิตให้มีความสุข (Banmen, 2008; รัตนา สายพานิชย์, 2557)

4. การรับรู้ (perceptions) ก่อนเข้าร่วมการวิจัยผู้ปวยมองตนเองว่าเป็นคนมีกรรม เป็นผู้หญิงต้องอดทน มีหน้าที่ทำงานบ้านและดูแลทุกคนในครอบครัวให้มีความสุข มองสามีว่าเป็นผู้นำครอบครัว อยู่กับสามีเหมือนติดลูก เป็นต้น หลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้ปวยมีความคิดว่า ชีวิตเป็นของเรา ทุกปัญหอย่อมมีคำตอบของเรา ต้องมองมุมคนอื่นด้วย ต้องเปลี่ยนตัวเองจากการเป็นนักแสดงให้คนอื่นกำกับ เป็นผู้กำกับการแสดงของตัวเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกิจกรรมตามโปรแกรมครั้งที่ 3, 5 และ 6 กระตุ้นให้ผู้ปวยได้ตระหนักถึงผลกระทบของความคิด การมองตนเองแบบเดิมซึ่งส่งผลกระทบให้เกิดโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยให้ผู้ปวยได้แลกเปลี่ยนข้อมูลหลากหลายมุมมองจากผู้ปวยรายอื่นๆ ทำให้เกิดการขยายมุมมองต่อเหตุการณ์ได้กว้างขึ้น สามารถมองในมุมใหม่ได้อีกหลากหลายมุม เห็นภาพชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิม รับรู้ถึงข้อดี ศักยภาพของตนเองและผู้อื่นที่ยังคงมีอยู่ในปัจจุบัน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อชีวิตในแง่บวกมากขึ้น (Banmen, 2008; รัตนา สายพานิชย์, 2557)

5. ความคาดหวัง (Expectations) ก่อนเข้าร่วมการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปวยมีความคาดหวังต่อผู้อื่น เช่น สามีต้องรักเดียวใจเดียว ลูกควรกลับบ้านตรงเวลา และช่วยแม่ทำงานบ้าน หลังเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้ปวยบอกว่า สามีและลูกจะเป็นอย่างไรก็ช่างเขา เราทำดีที่สุดแล้วต้องมีความสุขด้วยตัวเราเองให้ได้ ไม่ต้องรอให้ใครมาให้ความสุขเรา ทั้งนี้อาจเนื่องจากกิจกรรมตามโปรแกรมครั้งที่ 2 กระตุ้นให้ผู้ปวยตระหนักถึงผลกระทบของความคาดหวังต่อผู้อื่น ซึ่งเป็นการคาดหวังต่อโลกภายนอก

ให้พิจารณาถึงความเป็นตัวตนภายในที่ยังมีคุณค่าอยู่ แลเปลี่ยนความคิดเห็น ปลดปล่อยความคาดหวังเดิม สร้างความคาดหวังใหม่ให้มีลักษณะกลมกลืนกับความปรารถนาและสอดคล้องความเป็นจริงใจปัจจุบัน ซึ่งความหวังจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของการบำบัดถึงร้อยละ 15 (นนท์ชิตสันท์ สุกุลพงศ์, 2557; รัตนา สายพานิชย์, 2557)

6. ความปรารถนา (Yearnings) ก่อนเข้าร่วมการวิจัยผู้ปวยบอกว่า อยากให้สามีรัก เข้าใจ และเห็นใจบ้าง อยากให้ลูกรู้ว่าที่ทำไมทั้งหมดยเพราะรัก หลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้ปวยเล่าว่า ทุกวันนี้แค่ตัวเองมีความสุข ความสงบในจิตใจก็พอแล้ว ใจเราสำคัญที่สุด ความรู้สึกที่ขาดหายไปได้รับการเติมเต็มจากพลังความรักของเพื่อนๆ ในกลุ่ม ทั้งนี้อาจเนื่องจากกิจกรรมตามโปรแกรมครั้งที่ 1 และ 4 กระตุ้นให้ผู้ปวยได้แยกอดีตออกจากปัจจุบันเพื่อแยกความพัวพันของความรู้สึก การรับรู้ และความคาดหวังต่างๆ ให้สำรวจความปรารถนาที่แท้จริงของตนเอง ให้ความรักกับตนเองโดยผ่านการจินตนาการจากการร้องเพลงความรักตามเนื้อเพลง “ความรักอยู่ที่สูงความรักอยู่ที่ต่ำ ความรักอยู่รอบๆ ความรักอยู่ข้างใน สวีสวี ฉันรักเธอ ...สวีสวี ฉันรักเธอ” ซึ่งผู้วิจัยให้ผู้ปวยร้องเพลงและแสดงท่าทางประกอบทั้งก่อนและหลังการทำกิจกรรมทุกครั้ง

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้าในแต่ละช่วงเวลาที่วัดแตกต่างกันหรือช่วงเวลาที่วัดต่างกันมีอาการแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้าในแต่ละช่วงเวลา พบว่า ค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในภาพรวมหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ลดลงต่ำกว่าหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีที่อธิบายได้ว่ากิจกรรมในโปรแกรม

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดล (Satir's Model) เป็นฐานนั้นเป็นการจัดกิจกรรมให้ความรู้แบบให้ผู้ป่วยได้ลงมือฝึกทักษะทันที ทำให้เกิดอัตราการเรียนรู้และสามารถพัฒนาศักยภาพในตัวเองได้ถึง 90% ถือเป็นการพัฒนาทั้งด้านจิตใจและพฤติกรรมตามมา (วิจารณ์ พานิช, 2556) และนอกจากการฝึกในชั่วโมงแล้ว ยังเน้นให้นำกิจกรรมต่างๆ ไปประยุกต์ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองมีอาการซึมเศร้าที่บ้าน ซึ่งเป็นการฝึกอย่างมีระบบ มีเป้าหมายชัดเจนและต่อเนื่อง จากสถานการณ์ที่ง่ายไปสู่สถานการณ์ที่ค่อยๆ ยากขึ้นตามลำดับ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติซ้ำๆ เพื่อให้เกิดเป็นความชำนาญและเป็นพฤติกรรมที่คงทนจนเป็นนิสัยในที่สุด (นวลจิตต์ เขาวนกิตติพงศ์ เบญจลักษณ์ น้ำฟ้า และชัดเจน ไทยแท้, 2545) และก่อนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมทุกครั้งผู้นำกลุ่มจะเริ่มกิจกรรมโดยการสอบถามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยนำไปฝึกปฏิบัติเพื่อทวนสอบความเข้าใจให้ตรงกัน ให้ข้อมูลย้อนกลับในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการตรวจสอบ ประเมิน และปรับปรุงกระบวนการเรียนรู้ให้ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งการฝึกที่นานและบ่อยพอประมาณจะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการลดอาการซึมเศร้าได้ด้วยตัวเองและหากยังคงฝึกฝนต่อเนื่องจะสามารถดูแลตนเองแบบสอดคล้องกลมกลืนได้อย่างอัตโนมัติ (วิจารณ์ พานิช, 2556)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ ซาเทียร์โมเดล (Satir's Model) เป็นฐานมาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ณ

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และในชุมชนเขตรับผิดชอบของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2. ควรมีการศึกษาวิจัยการนำโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดล (Satir's Model) เป็นฐาน ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าในโรคจิตเวชอื่นๆ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

นางพวง ล้มสุวรรณ และนิตา ล้มสุวรรณ. (2556).

ซาเทียร์: จิตบำบัด และการพัฒนาตนเอง. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นวลจิตต์ เขาวนกิตติพงศ์ เบญจลักษณ์ น้ำฟ้า และชัดเจน ไทยแท้. (2545). *ชุดฝึกอบรมครู: ประมวลสาระ บทที่ 6 การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ*. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.

นันท์ชดสันธ์ สกมลพงศ์. (2557). บทความฟื้นฟูวิชาการ: จิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสาน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 22(2), 103-114.

พรรณี ปิติสุทธิธรรม และชยันต์ พิเชียรสุนทร. (2554). *ตำราวิจัยทางคลินิก Textbook of Clinical Research*. กรุงเทพมหานคร: คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาโนช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุคนิชย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัดแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 41, 235-45.

รัตนา สายพานิชย์. (2557). *The Satir Model*.

- กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เฟรม-ออฟ ดีไซน์.
- วิจารณ์ พานิช. (2556). การเรียนรู้เกิดขึ้นอย่างไร. กรุงเทพมหานคร: เอสอาร์พรินติ้งแมสโปรดักส์ จำกัด.
- ศูนย์วิจัยสารสนเทศ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (1 มีนาคม 2558). สถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการ. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaidepression.com>
- อจรรย์พร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ. (2552). การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่บ้าน นวัตกรรมทางการแพทย์. มปป.
- อจรรย์พร สี่หิรัญวงศ์ และรณชัย คงสกนธ์. (2544). แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression: การวิเคราะห์การรวมกลุ่ม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 46(4): 311-321.
- Abueita, S. (2013). Modifying the attitudes among unmarried employee females according to Satir Model. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84(2003), 574–578. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.606>
- Banmen, J. (2008). *Satir Transformational Systemic Therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books, Inc.
- Bäumel, Josef, et al. (2006). Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients with Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*. 32 (Supplement 1): S1-S9
- Bentheim, S. (2013). Evolving to become more fully human-early contributors to the Satir model. *Satir Journal of Counselling and Family Therapy*, 1, 40–52.
- Bhattacharjee, D. et al., (2011). Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Delhi Psychiatry Journal*, 14(1), pp.33–39.
- Gan, Z., Li, Y., Xie, D., Shao, C., Yang, F., Shen, Y., & Zhang, J. (2012). The impact of educational status on the clinical features of major depressive disorder among Chinese women. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 988–992. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.046>
- Li, Y. (2010). Applying the Satir Model of Counseling in Mainland China: Illustrated with Case Studies. *The Satir Journal*, 5(1), 24-52.
- Piddocke, S. (2010). The Self: Reflections on its nature and structure according to the Satir Model. *The Satir Journal*, 4(1), 109–155.
- Schuch, J. J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Penninx, B. W. J. H., & De Jonge, P. (2014). Gender differences in major depressive disorder: Results from the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 156–163. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.011>