

THE EFFECT OF SATIR MODEL PSYCHOTHERAPY ON DEPRESSION SELF ESTEEM AND CONGRUENCE OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

*Nittaya Jarassaeng, APN., M.N.S. *, Nawanant Piyavhatkul, M.D. **, Narak Chadbunchachai, M.D. ***
Papan Vadhanavikkit, M.D. ****, Daungkaew Rod-ong, M.N.S. *****, Kanokarn Kongpatee, M.N.S. ******

Abstract

Objective: To investigated the effectiveness of Satir model psychotherapy on depressive symptoms, self-esteem and congruence in patients with major depressive disorder.

Methods: This study was one-group quasi experimental study in patients with depressive disorder who attended the outpatient psychiatric unit of Srinagarind Hospital during October, 2020 to August, 2021. The patients attended the 6 – sessions program, once a week, 60-90 minutes for each session of Satir model psychotherapy. The assessments were done before starting the therapy, at the end of the therapy and at 3 months follow up using Hamilton Rating Scale for Depression, Thai Rosenberg Self-esteem Inventory and Congruence Scale. The data were analyzed using generalized estimating equation.

Results: Twelve female patients were included in this study. The study showed that depression score was decreased from baseline, immediately after intervention and 3 months follow up, from 21.00 to 13.17 and 9.83 ($p < 0.001$), Self-esteem score was increased from 1.86 to 3.52 and 3.87 ($p < 0.001$) and congruence score was increased from 67.83 to 119.33 and 125.00, ($p < 0.001$) respectively.

Conclusion: The Satir Model psychotherapy was effective in reducing depressive symptoms, increasing self-esteem and level of congruence in depressive patients, which could be considered as an intervention for outpatient service.

Keywords: satir model, major depressive disorder, depression, self-esteem, congruence

*Corresponding author: Registered Nurse, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, e-mail: jnitta@kku.ac.th

**Associate Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

***Lecturer, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

****Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

*****Registered Nurse, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Received: 6 February 2022, Revised: 25 July 2022, Accepted: 2 August 2022

ผลการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสอดคล้องกลมกลืนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

นิตยา จรัสแสง, พย.ม.*, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, พ.บ.**, นริศม์ ชาดิปัญญาชัย, พ.บ.***,
ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ, พ.บ.****, ดวงแก้ว รอดอ่อง, พย.ม.*****, กนกกาญจน์ กองพิริ, พย.ม.*****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสอดคล้องกลมกลืนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว โดยศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการผู้ป่วยนอกห้องตรวจจิตเวชโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 - สิงหาคม 2564 โดยผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดตามโปรแกรมบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง วัดผลก่อนและหลังทดลองทันทีและติดตาม 3 เดือนโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิด Rosenberg ฉบับภาษาไทย และแบบวัดความสอดคล้องกลมกลืน โดยใช้สถิติ Generalized Estimating Equation ส่วนข้อมูลทางประชากรใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา : มีผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย 12 ราย เป็นผู้หญิงทั้งหมด พบว่าโปรแกรมบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเพิ่มความสอดคล้องกลมกลืน หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและหลังติดตาม 3 เดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนบำบัดจาก 21.00 เป็น 13.17 และ 9.83 ($p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนบำบัดจาก 1.86 เป็น 3.52 และ 3.87 ($p < 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องกลมกลืนสูงขึ้นกว่าก่อนบำบัดจาก 67.83 เป็น 119.33 และ 125.00 ($p < 0.001$) ตามลำดับ

สรุป : การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์มีความเหมาะสมที่จะใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเพิ่มความสอดคล้องกลมกลืน จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก

คำสำคัญ : การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, อาการซึมเศร้า, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ความสอดคล้องกลมกลืน

*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, e-mail: jnitta@kku.ac.th

**รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***อาจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*****พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันที่รับ: 6 กุมภาพันธ์ 2565, วันที่แก้ไข: 25 กรกฎาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 2 สิงหาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยมีประชากรร้อยละ 3.80 หรือประมาณ 280 ล้านคนทั่วโลกมีภาวะซึมเศร้า (World Health Organization, 2021) และจากรายงานกรมสุขภาพจิตพบว่าการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 - 2562 มีจำนวน 1,430,563 ราย 1,439,710 ราย และ 1,212,684 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2560 - 2562) ทั้งนี้การก่อการอนามัยโลกคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALYs) เป็นอันดับ 1 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มโรคทางจิตเวช (World Health Organization, 2018) และจากสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในปี พ.ศ. 2560 - 2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากจำนวน 643 ราย เป็น 712 ราย และ 789 ราย ตามลำดับ (หน่วยเวชสถิติ, 2562)

โรคซึมเศร้าถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) ซึ่งเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความอยากอาหาร สมาธิลดลง มีความรู้สึกเศร้า รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้สึกสิ้นหวัง และพลังชีวิตลดลง (Liu, Kleiman, Nestor, & Cheek, 2015) การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 50.00 (Chonprai, Rod-Ong, Maneeganondh, Jaruensook, Theeyoung, & Patjanasooontorn, 2019) และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 6.54 (กรมสุขภาพจิต,

2561ก) จากการสำรวจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของนิตยา จรัสแสง, สมจิตร ภูมิกันนท, วิจิตรา พิมพ์นิตย, และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2554) ที่เข้ารับการตรวจรักษาห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 53.10

การรักษาโรคซึมเศร้าที่ผ่านมาพบว่าการรักษาด้วยวิธีจิตบำบัดร่วมกับยา antidepressant ในระยะยาวดีกว่าจิตบำบัดหรือใช้ยาเพียงอย่างเดียว (Hegerl, Plattner, & Möller, 2004) ทั้งนี้การศึกษาของ American Psychiatric Association (2000) พบว่าการรักษาด้วยจิตบำบัดมีหลายวิธี เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม พฤติกรรมบำบัด จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จิตบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ กลุ่มสมรสบำบัดและครอบครัวบำบัด และกลุ่มบำบัด เป็นต้น และการศึกษาของ Markowitz (2008) พบว่าการนำจิตบำบัดมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ผลดี ที่ผ่านมามีการศึกษาถึงผลการทำจิตบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ มาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) และจิตบำบัดประคับประคอง (supportive therapy) ซึ่งพบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ (Health Quality Ontario, 2017) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ ผลของการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะ

ซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ลลิตา อันอามาตย์, 2560) ผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบครอบครัวเป็นฐานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (มลฤดี อินทร์พันธ์ และรัชนิกร อุปเสน, 2561) การบำบัดด้วยการกำหนดตัวเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (รัศมีสุนันท์ อัญญานนท์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2560) และการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (รัชชชัย พละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และรัชนิกร อุปเสน, 2560) ทั้งนี้พบว่าหลังได้รับการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามมีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงการนำวิธีการบำบัดตามแนวซาเทียร์ (Satir's model) มาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยตั้งเป้าหมายให้เกิดการเติบโตทางบวก เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างอารมณ์ ความรู้สึกกับพฤติกรรม ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดล่าสุดวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ที่มีความทุกข์ทางจิตใจอย่างเป็นระบบ ใช้เวลาสั้นและได้ผลดี (Banmen, 2002) ทั้งนี้ เวอร์จิเนีย ซาเทียร์ ได้อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเป็นการสะสมอารมณ์ที่เก็บกดไว้รวมถึงการรับรู้ต่อสถานการณ์ในชีวิตที่ผิดไป ขาดทักษะในการเผชิญความเครียด ขาดความเข้าใจธรรมชาติของความเป็นคนของตนเอง มีการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้องในชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก ทำให้บุคคลยึดถือกฎเกณฑ์ ความเชื่อ ความเข้าใจผิด ๆ นั้นไว้ ซึ่งส่งผลให้บุคคลใช้วิธีการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ผิดวิธี ดังนั้นวิธีการบำบัดตาม

แนวซาเทียร์จึงเป็นกระบวนการให้การช่วยเหลือเสนอแนะ ช่วยให้มีความเลือกอื่นเพิ่มขึ้นจนกระทั่งบุคคลสามารถเลือกและตัดสินใจใหม่ จนเปลี่ยนแปลงความเป็นตัวตนภายในของบุคคลนั้น ๆ ส่งผลให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ยอมรับในตนเอง ซึ่งช่วยให้บุคคลมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น (Satir, Banmen, Gerber, & Gomori, 1991 ; Banmen, 2008) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นไปในทิศทางบวก (Erker, 2017) ที่ผ่านมามีการนำวิธีการบำบัดตามแนวจิตซาเทียร์ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในทางที่ดีขึ้น (Lau, Leung, & Chung, 2019) ช่วยให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น (Pidlocke, 2010) ตลอดจนมีความสอดคล้องกลมกลืนและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้นส่งผลให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น (Koca, 2017)

ทั้งนี้พบว่ามีการนำวิธีการบำบัดตามแนวจิตซาเทียร์มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิตเวชหลายกลุ่ม ได้แก่ การทำกลุ่มจิตบำบัดแนวซาเทียร์ต่อความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตเยาวชนผู้ใช้สารเสพติดกัญชา (พรทิภา วีระโจง, 2561) การบำบัดกลุ่มสมรสตามแนวจิตซาเทียร์ในผู้ป่วยโรคจิตสุรา (อดิศักดิ์ ชัยศิริ, 2555; ทศนีย์ จันทร์สด, 2556) ครอบครัวบำบัดตามแนวจิตซาเทียร์ในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท (Piyavhatkul et al., 2017) ตลอดจนการพัฒนาทักษะการสื่อสารของกลุ่มสมรสที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยการให้คำปรึกษาตามแนวจิตซาเทียร์ (มณัญญา ช้อยเชิดสุข, เพ็ญญา กุลนภาดล, และระพีพันธ์ นaylor, 2555) สำหรับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการนำรูปแบบการบำบัดตามแนวจิต

ชาเทียร์มาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาโปรแกรมบำบัดทางจิตรายบุคคลอิงแนวคิดชาเทียร์ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (ศิริพร นนทะน้า, 2551) การศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ชาเทียร์โมเดลเป็นฐานต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงไทยโรคซึมเศร้า (อรณลิน สิงขรณ์, อัจฉราพร สิริหิรัญวงศ์, รพีพรรณ กาญจนการุณ, และ วิภากรณ์ ปัญญาดี, 2559) ประสิทธิผลของครอบครัวบำบัดตามแนวชาเทียร์ต่อความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตและระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (กัลยา อันชื่น, วัชรารักษ์ ลือโรสงค์, วิไลพร วงษ์จำปา, จิตรา จินารัตน์, และ หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2563) ทั้งนี้ผลที่ได้พบว่า การบำบัดตามแนวคิดชาเทียร์ช่วยลดอาการซึมเศร้าเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดการปรับตัวและมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่นและเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตลอดจนช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น

ทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านถึงแม้ผลลัพธ์ที่ได้เป็นไปในทิศทางบวก แต่มีน้าการบำบัดตามแนวคิดชาเทียร์ไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าค่อนข้างน้อย และการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาที่วัดผลลัพธ์ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืน ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่ใช้ทำนายอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยพบว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการดีขึ้น มักพบว่ามีอาการซึมเศร้ามลดลง มองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ตลอดจนมีความสอดคล้องกลมกลืนภายในจิตใจ

มากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงผลของการบำบัดตามแนวคิดชาเทียร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการบำบัดตามแนวคิดชาเทียร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืน ก่อนและหลังได้รับการบำบัดตามแนวคิดชาเทียร์ทันทีและติดตามผล 3 เดือน

สมมติฐานวิจัย

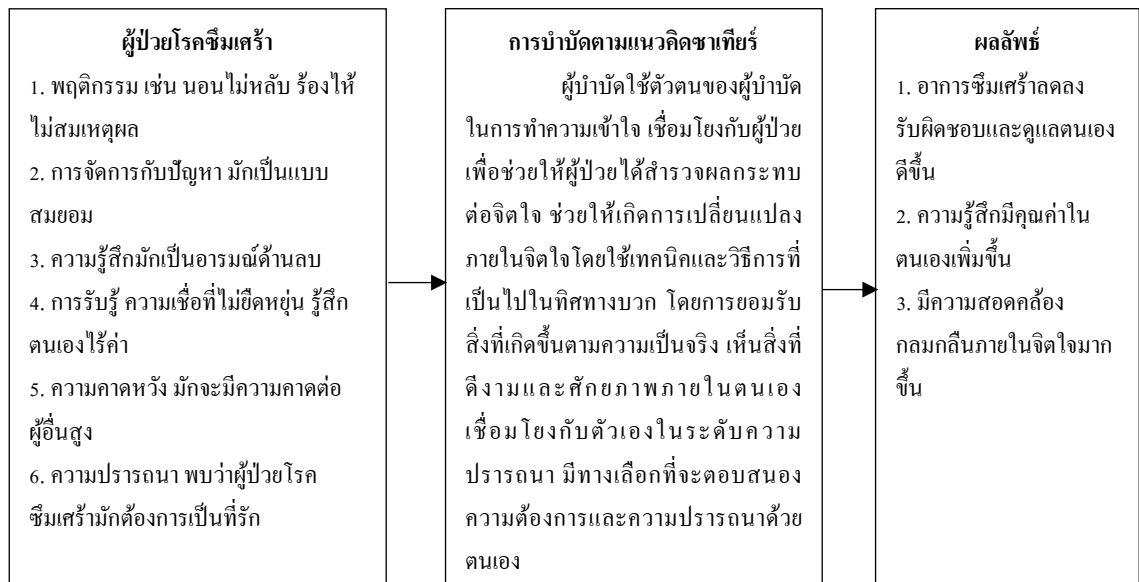
1. คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และติดตามผล 3 เดือนลดลงมากกว่าก่อนได้รับการบำบัด
2. คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และติดตามผล 3 เดือนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการบำบัด
3. คะแนนเฉลี่ยของความสอดคล้องกลมกลืนหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และติดตามผล 3 เดือนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการบำบัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการบำบัดโดยการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบของชาเทียร์ (Satir Transformational Systemic Therapy) (Satir, 1991; Banmen, 2008) โดยผู้บำบัดใช้ตัวตนของผู้บำบัดในการทำความเข้าใจ เชื่อมโยงกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจผลกระทบต้อจิตใจ ทั้งนี้ผู้ป่วย

โรคซึมเศร้ามักมีประสบการณ์ภายในที่พบบ่อย ได้แก่ 1. พฤติกรรม เช่น นอนไม่หลับ ร้องไห้ไม่สมเหตุผล กลุ่มอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย 2. การจัดการกับปัญหา มักเป็นแบบสมยอม ส่งมอบอำนาจของตนเองให้กับผู้อื่น ตอบรับทุกสิ่งที่คุณต้องการ ให้เกียรติผู้อื่นแต่ไม่ให้เกียรติตนเอง 3. ความรู้สึกมักเป็นอารมณ์ด้านลบ 4. การรับรู้ความเชื่อที่ไม่ยืดหยุ่น 5. ความคาดหวัง มักจะมีความคาดหวังต่อผู้อื่นสูง 6. ความปรารถนา พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักต้องการเป็นที่รัก (Banmen, 2008; ซาเทียร์, แมนแมน, เกอร์เบอร์, และ กอมอร์, 2557) ทั้งนี้การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจโดยใช้เทคนิคและวิธีการที่เป็นไปในทิศทางบวกโดยการ

ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เห็นสิ่งที่ดีงามในตนเอง เชื่อมโยงกับตัวเองในระดับตัวตนภายในที่มีพลังชีวิตและศักยภาพหลากหลาย มีทางเลือกที่จะตอบสนองความต้องการและความปรารถนาด้วยตนเอง ทั้งนี้เป้าหมายการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดของซาเทียร์ได้แก่ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกตัวเองมีคุณค่ามากขึ้น ช่วยให้ผู้บำบัดสามารถตัดสินใจเลือกได้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถรับผิดชอบต่อทุกข์และสุขของตนเองได้มากขึ้นและช่วยให้ใจผู้บำบัดมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น (นงพงา ลัมสุวรรณ และ นิดา ลัมสุวรรณ , 2555) อธิบายกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว (Quasi-Experimental Research) โดยเปรียบเทียบอาการซึมเศร้า ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมคือ

One group dependent paired t test

$$n/\text{group} = \frac{\sigma_d^2 (Z_{\alpha/2} + Z_\beta)^2}{\mu_d^2}$$

ทั้งนี้จากการศึกษา อรณลิน สิงขรณ์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดลเป็นฐานต่ออาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้า จำนวน 11 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนรับการบำบัดเท่ากับ 23.55 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดเท่ากับ 6.73 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.64

เมื่อกำหนดให้

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

σ_d = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าเท่ากับ 3.64

Z = ค่าปกติมาตรฐาน

α = ระดับนัยสำคัญมีค่าเท่ากับ 0.05;

$Z\alpha/2$ มีค่าเท่ากับ 1.96

β = Power of test เท่ากับ 80%; $Z\beta$ มีค่าเท่ากับ 0.84

μ_d = ค่าความต่างคะแนนก่อนและหลัง

บำบัดมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างน้อยร้อยละ 15.00 (ร้อยละ 15.00 ของค่าคะแนน 23.55) มีค่าเท่ากับ 3.5325

เมื่อแทนค่าในสูตร

$$n/\text{group} = \frac{(3.64)^2 (1.96 + 0.84)^2}{(3.5325)^2}$$

จะได้ $n = 9$ คน

ทั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่ม drop out 10% ดังนั้นการศึกษากครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 12 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยไทยอายุ 18 - 60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย major depressive disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคระบบ ICD-10 และ DSM-5
2. เป็นผู้ป่วยที่แพทย์เจ้าของไข้มีความเห็นว่าควรได้รับการบำบัดทางจิตร่วมด้วย
3. มีอาการคงที่ ไม่ได้รับการปรับยาภายในระยะเวลา 3 เดือน
4. ไม่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบอื่น
5. สามารถเข้าใจภาษาไทยและเขียนได้
6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนาม

ด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดเลือกราย (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีอาการ psychosis
2. ผู้ที่มีอาการกำเริบรุนแรงขณะเข้าร่วมการบำบัด

การถอนออกจากการวิจัย (Withdrawal criteria)

1. ไม่สามารถรับการบำบัดได้ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์งานที่ตีพิมพ์ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ แหล่งในการสืบค้นและกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ โรคซึมเศร้า Major depressive disorder, depressive disorder ซาเทียร์บำบัดตามแนวซาเทียร์ Satir, Satir Model, Satir program, Transformational Systemic Therapy แนวคิดการบำบัดเชิงประสบการณ์ Process experiential therapy แหล่งในการสืบค้น ได้แก่ CINAHL, ProQuest, PubMed, Google Scholar, The Cochrane Library, Science Direct, ThaiLis, ThaiJO, Satir International Journal มากำหนดเป็นโปรแกรมการบำบัด ซึ่งโปรแกรมการบำบัดประกอบด้วย จำนวนครั้งของการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์จิตแพทย์ 3 คน นักจิตวิทยา 1 คน พยาบาล 1 คน และนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย ก่อนนำไปทดลองใช้จริง โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ยาที่ได้รับ ระยะเวลา

ของการรักษา

2.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้า

Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดยมาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) มีความแม่นยำและความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.87 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ มีคะแนน 0 - 4 แปลผลนำคะแนนที่ได้มารวมกัน โดยคะแนน 0 - 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 8 - 12 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คะแนน 13 - 17 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนน 18 - 29 มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง คะแนน ≥ 30 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผู้วิจัยได้นำมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.89

2.3 แบบประเมินความรู้สึกลึก

คุณค่าในตนเองตามแนวคิด Rosenberg (1965) แปลและเรียบเรียงโดยฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล (2545) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวกได้แก่ข้อที่ 1 2 4 6 7 8 มีคะแนน 4 - 1 ข้อคำถามเชิงลบได้แก่ข้อที่ 3 5 9 10 มีคะแนน 1 - 4 การแปลผล นำคะแนนที่ได้รวมกันแล้วหารด้วย 10 จะได้ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนต่ำกว่า 1.50 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย คะแนน 1.50 - 2.49 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง คะแนน 2.50 - 3.49 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก และคะแนน 3.50 ขึ้นไป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากที่สุด ผู้วิจัยได้นำมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.86

2.4 แบบวัดความสอดคล้องกลมกลืน สร้างขึ้นตามแนวคิดหาเกียรติ์โดย Lee (2002) มีจำนวน 75 ข้อ นำมาพัฒนาและทดสอบโดยสุนทรี ศรีโกไสย และศิริวรรณ ทวีวัฒนาปรีชา (2555) ได้แบบวัดที่มี 21 ข้อ โดยมีค่าร้อยละของความแปรปรวนที่สามารถอธิบายได้ 47.19 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดเท่ากับ 0.86 มีข้อคำถามทางบวก ได้แก่ข้อ 1 2 3 4 5 6 7 8 16 17 18 19 21 มีคะแนน 1 - 7 และข้อคำถามทางลบ ได้แก่ข้อ 9 10 11 12 13 14 15 20 มีคะแนน 7 - 1 การแปลผล นำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อทั้ง 21 ข้อมารวมกัน โดยคะแนน 21 - 42 มีความสอดคล้องกลมกลืนน้อยที่สุด คะแนน 43 - 64 มีความสอดคล้องกลมกลืนน้อย คะแนน 65 - 86 มีความสอดคล้องกลมกลืนค่อนข้างน้อย คะแนน 87 - 108 มีความสอดคล้องกลมกลืนค่อนข้างมาก คะแนน 109 - 130 มีความสอดคล้องกลมกลืนมาก คะแนน ≥ 131 มีความสอดคล้องกลมกลืนมากที่สุด ผู้วิจัยได้นำมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 631288 ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2563 และผ่านการอนุมัติทุนวิจัยตาม Routine to Research มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2563 ตามประกาศ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 756/2563 ลงวันที่ 27 เมษายน 2563 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ ข้อมูลของผู้วิจัยถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผลการศึกษาที่ได้ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ สามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้โดยไม่มีผลใด ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีวิธีการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงโครงการถึงหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ พร้อมขอความร่วมมือแพทย์เจ้าของไข้ในการคัดเลือกอาสาสมัครที่ตรงตามเกณฑ์เข้าร่วมโครงการวิจัย

2. จัดป้ายประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมโครงการวิจัยภายในห้องตรวจเพื่อให้แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาส่งผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. พยาบาลผู้ร่วมวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยแก่อาสาสมัครก่อนเพื่อลงนามในแบบฟอร์มในประเด็นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัยการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการรักษาพยาบาล และอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบเช่นกัน

4. กรณีแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาส่งผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัยแต่ไม่ตรงตามเกณฑ์การเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือผู้ป่วยมีความประสงค์จะขอรับการบำบัดโดยไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ

วิจัย ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ตามปกติโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

5. ดำเนินการให้การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที จำนวน 6 ครั้ง ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 - สิงหาคม 2564 หลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และผ่านการอนุมัติทุนวิจัยโดยผู้ให้การบำบัด เป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์หลักสูตร 2 ปี และมีประสบการณ์การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์โดยมีจิตแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ 1 คน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาโดยดำเนินการตามแนวทางการดำเนินการวิจัยในมนุษย์ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2563

6. พยาบาลผู้ร่วมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินอาการซึมเศร้า ประเมินความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเองและประเมินความสอดคล้องกลมกลืนของอาสาศัมกร ในระยะก่อนได้รับการบำบัด หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. ข้อมูล คะแนนอาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้องในตนเอง ใช้สถิติ การวิเคราะห์การประมาณค่าด้วยวิธี Generalized Estimating Equation (GEE) ซึ่งเป็นสถิติที่นำมาใช้กับตัวแปรผลลัพธ์ที่ถูกวัดซ้ำโดยสามารถใช้ได้ทั้งข้อมูลที่แจกแจงปกติและแบบไม่ปกติ (พงษ์เดช สารการ และ ภูตกร จำปาหวาย, 2564) ด้วยโปรแกรม STATA เปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนบำบัดกับหลังบำบัดทันที ก่อนบำบัดกับระยะติดตามผล 3 เดือนและหลังบำบัดทันทีกับระยะติดตามผล 3 เดือน

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการบำบัด

การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการบำบัดแบบรายบุคคล โดยใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องจำนวน 6 ครั้ง ทั้งนี้ผู้ให้การบำบัดเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ 1 คน โดยมีจิตแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ 1 คน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา

ขั้นตอนการบำบัด	
โปรแกรมการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	
ครั้งที่ 1	1.1 ผู้บำบัดเชื่อมโยงกับผู้ป่วย 1.2 ค้นหาปัญหาที่แท้จริงหรือสิ่งที่รบกวนผู้ป่วยคืออะไร 1.3 สำรวจประสบการณ์ภายใน (ภูเขาน้ำแข็ง) ในแต่ละลำดับขั้นของผู้ป่วยโดยใช้คำถามเชิงประสบการณ์ 1.4 สำรวจผลกระทบที่มีต่อจิตใจโดยช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ตรง 1.5 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนแปลง 1.6 ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยใช้เทคนิคและวิธีการต่าง ๆ ที่เป็นไปในทิศทางบวก

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการบำบัด (ต่อ)

ขั้นตอนการบำบัด	
โปรแกรมการบำบัดตามแนวคิดชีวิตเรียนรู้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	
ครั้งที่ 2	2.1 ประเมินแผนภูมิของครอบครัวผู้ป่วย 2.2 ประเมินกฎของครอบครัวที่ถ่ายทอดมาจากพ่อแม่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย 2.3 ประเมินสิ่งที่ค้างคาใจ เหตุการณ์สำคัญหรือประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัว 2.4 ประเมินชุมพวงภายใน ทรัพยากรทางบวกของผู้ป่วยและครอบครัว
ครั้งที่ 3	3.1 ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งระบบภายในใจของผู้ป่วยและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 3.2 ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในประเด็นที่ค้างคาใจโดยการให้อภัย ปลดวาง หรือยอมรับ 3.3 ช่วยให้ความปรารถนาของผู้ป่วยได้รับการเยียวยาหรือเติมเต็มที่ได้ด้วยตัวเอง 3.4 ช่วยให้เกิดการตัดสินใจเลือก ตกลงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพร้อมให้การบ้าน
ครั้งที่ 4	4.1 สำรวจประสบการณ์ภายในของผู้ป่วยรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 4.2 สำรวจว่ามีประเด็นใดที่ยังค้างคาใจผู้ป่วยหรือไม่ 4.3 กฎหรือความเชื่อบางอย่างได้เปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง 4.4 ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในประเด็นที่ค้างคาใจโดยการให้อภัย ปลดวาง หรือยอมรับ 4.5 ตอกย้ำการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมให้การบ้าน
ครั้งที่ 5	5.1 ประเมินประสบการณ์ภายในปัจจุบันของผู้ป่วยรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 5.2 ประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในใจ รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 5.3 ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวก 5.4 ตอกย้ำการเปลี่ยนแปลงพร้อมให้การบ้าน
ครั้งที่ 6	6.1 ประเมินประสบการณ์ภายในปัจจุบันของผู้ป่วย สำรวจว่าจิตใจ ความรู้สึก มุมมอง ความคาดหวังของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 6.2 เตรียมความพร้อมเพื่อยุติการบำบัด 6.3 ประเมินภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสอดคล้องกลมกลืนภายหลังการบำบัดครั้งสุดท้าย 6.4 ยุติการบำบัด

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 12 ราย เป็นเพศหญิง และนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส โสด อาชีพรับราชการ ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ไม่มีโรคประจำตัว การรักษามา 1 - 2 ปีเป็นส่วนใหญ่ อายุมากที่สุดในช่วง 20 - 29 ปี ต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 58 ปี เฉลี่ย 28 ปี ส่วนใหญ่ได้รับยา Sertraline หรือ

ยา Fluoxetine ไม่มีการเปลี่ยนแปลงขนาดของยา ในขณะที่รับการบำบัด ไม่มีผู้ป่วยที่ออกจากกรวิจัย ในขณะที่ทำการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 2

การศึกษาค้นพบว่า คะแนนเฉลี่ยของ อาการซึมเศร้าก่อนบำบัด (Mean = 21.00 SD = 3.44) หลังบำบัดทันที (Mean = 13.17 SD = 4.47) และระยะติดตามผล 3 เดือน (Mean = 9.83 SD = 3.16)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 12)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	7	58.33
คู่	4	33.33
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	1	8.34
อาชีพขณะรับการรักษา		
ว่างงาน	1	8.34
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	33.33
ค้าขาย	1	8.34
รับจ้าง	2	16.68
ว่างงาน	1	8.34
นักศึกษา	3	24.97
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	6	49.99
ประกาศนียบัตร	1	8.34
ปริญญาตรี	4	33.33
สูงกว่าปริญญาตรี	1	8.34
โรคประจำตัว		
มี	4	33.33
ไม่มี	8	66.67
ระยะเวลาในการรักษา		
< 1 ปี	2	16.68
1 - 2 ปี	5	41.67
3 - 5 ปี	3	24.97
5 - 10 ปี	1	8.34
> 10 ปี	1	8.34

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 12) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
15 - 19	1	8.34
20 - 29	6	49.99
30 - 39	2	16.68
40 - 49	2	16.68
50 - 59	1	8.34
Mean = 28.00, SD = 11.55, Min = 19, Max = 54		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอาการซึมเศร้า ความรู้สึกล้มเหลวในตนเอง และความสอดคล้องกลมกลืน ก่อนบำบัด หลังบำบัดทันที และติดตาม 3 เดือน

	ก่อนบำบัด	หลังบำบัดทันที	ติดตาม 3 เดือน
อาการซึมเศร้า Mean (SD)	21.00 (3.44)	13.17 (4.47)	9.83 (3.16)
ความรู้สึกล้มเหลวในตนเอง Mean (SD)	1.86 (0.38)	3.52 (0.44)	3.87 (0.61)
ความสอดคล้องกลมกลืน Mean (SD)	67.83 (14.67)	119.33 (13.19)	125.00 (10.14)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้า ความรู้สึกล้มเหลวในตนเอง และความสอดคล้องกลมกลืน หลังบำบัดทันที กับติดตามผล 3 เดือน

	Mean difference	(95%CI)	p-value
อาการซึมเศร้า			
ก่อนบำบัดกับหลังบำบัดทันที	-7.83	(-9.48, -6.19)	< 0.001
ก่อนบำบัดกับติดตามผล 3 เดือน	-11.17	(-14.09, -8.25)	< 0.001
หลังบำบัดทันทีกับติดตามผล 3 เดือน	-3.33	(-4.90, -1.77)	< 0.001
ความรู้สึกล้มเหลวในตนเอง			
ก่อนบำบัดกับหลังบำบัดทันที	1.67	(1.29, 2.04)	< 0.001
ก่อนบำบัดกับติดตามผล 3 เดือน	2.01	(1.63, 2.38)	< 0.001
หลังบำบัดทันทีกับติดตามผล 3 เดือน	0.34	(-0.03, 0.72)	0.087
ความสอดคล้องกลมกลืน			
ก่อนบำบัดกับหลังบำบัดทันที	51.5	(43.60, 59.40)	< 0.001
ก่อนบำบัดกับติดตามผล 3 เดือน	57.17	(44.86, 69.47)	< 0.001
หลังบำบัดทันทีกับติดตามผล 3 เดือน	5.67	(-2.35, 13.69)	0.273

คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนบำบัด (Mean = 1.86 SD = 0.38) หลังบำบัดทันที (Mean = 3.52 SD = 0.44) และระยะติดตามผล 3 เดือน (Mean = 3.87 SD = 0.61) และคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องกลมกลืน ก่อนบำบัด (Mean = 67.83 SD = 14.67) หลังบำบัดทันที (Mean = 125.00 SD = 13.19) และระยะติดตามผล 3 เดือน (Mean = 125.00 SD = 10.14) ดังแสดงในตารางที่ 3

และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน โดยใช้สถิติ GEE (generalized estimating equation) ผลการวิเคราะห์พบว่า อาการซึมเศร้า ระหว่างก่อนการบำบัดกับหลังบำบัดทันที และติดตามผล 3 เดือน คะแนนลดลงเฉลี่ย 7.83 คะแนน และ 11.17 คะแนน ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนน อาการซึมเศร้า ระหว่างหลังบำบัดทันที และติดตามผล 3 เดือน คะแนนลดลงเฉลี่ย 3.33 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างก่อนการบำบัดกับหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และติดตามผล 3 เดือน คะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.67 คะแนน และ 2.01 คะแนน ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างหลังบำบัดทันที และติดตามผล 3 เดือน คะแนนเพิ่มขึ้น เฉลี่ย 0.34 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความสอดคล้องกลมกลืน ระหว่าง ก่อนการบำบัดกับหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและติดตามผล 3 เดือน คะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 51.5 คะแนน และ 57.17 คะแนน ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสอดคล้องกลมกลืน ระหว่างหลังบำบัดทันที และติดตามผล 3

เดือน คะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.67 คะแนน ที่นัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.273$) ดังแสดงในตารางที่ 4

การอภิปรายผล

ผลของการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ พบว่าหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและหลังติดตามผล 3 เดือน ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของอรอนลิน สิงขรณ์ และคณะ (2559) กัลยา อันชื่น และคณะ (2563) และ ทยวี จันทรวัดน์, ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, และ แสงนภาพารมี (2563) ซึ่งพบว่าการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักสะสมอารมณ์เศร้าไว้ข้างใน รู้สึกตนเองไร้ค่า ตลอดจนขาดทักษะในการเผชิญและจัดการความเครียดที่เหมาะสม ขาดความเข้าใจธรรมชาติความเป็นคนของตนเอง ทั้งนี้การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์เป็นกระบวนการที่มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจของผู้รับการบำบัด โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้มีประสบการณ์ตรง ได้สำรวจถึงอารมณ์ ความรู้สึก มุมมอง ความคาดหวังที่มีต่อตนเองและผู้อื่น เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น ช่วยให้เกิดการยอมรับตนเอง รับผิดชอบ ทุกข์สุขได้ด้วยตนเอง มีทางเลือกที่จะตอบสนองความต้องการและความปรารถนาด้วยตนเอง ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นภายในจิตใจของผู้รับการบำบัด ผลลัพธ์ที่ได้ผู้รับการบำบัดมีความสุข และความพอใจในตนเองมากขึ้นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและหลังติดตามผล 3 เดือน ผู้รับการบำบัดรู้สึกมีคุณค่าใน

ตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sekera (2017) และ Li & Weiqun (2013) พบว่าการบำบัดตามแนวจิตซาเทียร์เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับคุณค่าในตนเอง เพิ่มความสามารถในการตัดสินใจเลือกได้ดีขึ้น รับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้นอธิบายได้ว่า การที่ผู้บำบัดใช้ตัวตนของผู้บำบัดในการทำสมาธิเข้าใจเชื่อมโยงกับผู้รับการบำบัด ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจและยอมรับตนเอง เห็นถึงสิ่งที่ดีงามและศักยภาพภายใน ตลอดจนพลังที่มีในตนเอง เกิดการเชื่อมโยงกับตัวเองในระดับความปรารถนา ส่งผลให้ผู้รับการบำบัดเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น

หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและหลังติดตามผล 3 เดือน ผู้รับการบำบัดมีความสอดคล้องกลมกลืนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา อันชื่น และคณะ (2563) พบว่าหลังสิ้นสุดการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น อธิบายได้ว่า การที่ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจของตนเอง จนเป็นคนต่างไปจากเดิม ทุกส่วนของจิตใจได้เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น โดยผู้รับการบำบัดมีความเชื่อที่เปลี่ยนไป มีความคาดหวังที่เปลี่ยนไป ความต้องการหรือความปรารถนาที่แท้จริงได้รับการตอบสนอง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้รับการบำบัดมีพลังชีวิตและมีความสอดคล้องภายในจิตใจมากขึ้น

จากที่กล่าวมาเมื่อติดตามผลปฏิบัติการบำบัดตามแนวจิตซาเทียร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะยาว พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นทั้ง 3 องค์ประกอบ ทั้งในด้านของภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้อง

กลมกลืน อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงตามแนวจิตซาเทียร์เป็นแนวคิดที่มีเป้าหมายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบภายในจิตใจของผู้รับการบำบัดและการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้รับการบำบัดกับบุคคลอื่น เกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะ transformational change โดยไม่เพียงเปลี่ยนเฉพาะพฤติกรรม อารมณ์ความรู้สึก แต่ทุกชั้นภายในจิตใจของผู้รับการบำบัดได้เปลี่ยนแปลงและเกิดการเติบโตภายใน ช่วยให้ความต้องการและความปรารถนาได้รับการเติมเต็ม ได้สัมผัสกับชุมพลัง (life energy) ซึ่งเป็นพลังงานทางบวกตลอดจนเชื่อมโยงกับตัวเองในระดับตัวตน ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถการนำผลวิจัยไปใช้ในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ด้านการพัฒนาบุคลากร

1.1 ผลการศึกษาที่ได้พบว่าการบำบัดตามแนวจิตซาเทียร์มีความเหมาะสมที่จะใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเพิ่มความสอดคล้องกลมกลืน จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1.2 ควรส่งเสริมและจัดระบบบริการให้มีการนำจิตบำบัดตามแนวจิตซาเทียร์มาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารวมทั้งผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น

1.3 ผู้บริหารควรเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของพยาบาล โดยส่งเสริมให้พยาบาลเข้าอบรมหลักสูตรการบำบัด

ตามแนวความคิดเชิงทฤษฎี

2. ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ

2 กลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หรือหรือวิจัยในรูปแบบ RCT เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของผลการวิจัย

2.2 ควรนำไปศึกษาในกลุ่มโรคทางอารมณ์กลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ โรคอารมณ์สองขั้ว และโรควิตกกังวล

2.3 ควรเพิ่มตัวแปรในการประเมินผลลัพธ์โดยใช้ประเมินความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย (Global Assessment of Functioning Scale : GAF) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของการบำบัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัตนา สายพานิชย์ อ.พญ.อุบล จั้วพานิช และนางนุชกร อุตสาหกิจ ตลอดจนทีมแพทย์ผู้รักษาและอาสาสมัครทุกท่านที่ให้โอกาสในการพัฒนาโครงการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2560). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2560. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2563, จาก https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/a-hb-25-12-17_mix.pdf
- กรมสุขภาพจิต. (2561). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2561. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2563, จาก https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/a-hb-25-12-18_mix.pdf

กรมสุขภาพจิต. (2561ก). ป่วยซึมเศร้าเหยื่อสังคม ถูกปรักปรำคดีฆาตกรรม. สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2563 , จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30118>

กรมสุขภาพจิต. (2562). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2562. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2563, จาก: https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/a-hb-12-19_mix_HDC.pdf

กัลยา อันชื่น, วัชรภรณ์ ลือไชยวงศ์, วิไลพร วงษ์จำปา, จิตรา จินรัตน์, และ หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี. (2563). ประสิทธิภาพของครอบครัวบำบัดตามแนวทฤษฎีต่อความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตและระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 16(1), 56-66.

ซาฟิเยร์, เวอร์จิเนีย, แมนแมน, จอห์น, เกอร์เบอร์, เจน, และ กอมอร์, มาริเย. (2557). *The Satir Model: family therapy and beyond*. กรุงเทพฯ: สมาคมพัฒนาศักยภาพและจิตบำบัดสาขาวิชาชีพ.

ฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล. (2545). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองและความรู้สึกสิ้นหวังในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาศึกษา, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทนาย วัชรวิวัฒน์, ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, และ แสงนภา บารมี. (2563). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีซาฟิเยร์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 26(1), 135-152.

ทศนีย์ จันทร์สด. (2556). *การบำบัดคู่สมรสตามแนวความคิดทฤษฎีในผู้ป่วยโรคจิตเศร้า โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธวัชชัย พละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และ รัชนิกร อุปเสน. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 60-74.

นางพาง ล้อมสุวรรณ, และ นิดา ล้อมสุวรรณ. (2555). การทำจิตบำบัดโดยใช้ Satir Model. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 251-258.

นิตยา จรัสแสง, สมจิตร มณีกันนท์, วิจิตรา พิมพ์นิตย์, และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2554). ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาห้องตรวจจิตเวชโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 129-135.

พงษ์เดช สารการ, และ ภูธร จำปาหาญ. (2564). ภาพรวมของข้อมูลระยะยาว ข้อจำกัดและทางเลือกที่เหมาะสมของวิธีการทางสถิติ: การวิเคราะห์ข้อมูลระยะยาวในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 28(1), 184-197.

พรทิภา วีระใจ. (2561). ผลของการทำกลุ่มจิตบำบัดแนวซาตียร์ต่อความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตเยาวชนผู้ใช้สารเสพติดกัญชา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิกและชุมชน, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

มณัญญา ช้อยจิตสุข, เพ็ญภา กลุณภาค, และ ระพีพันธ์ ฉายวิมล. (2555). การพัฒนาทักษะการสื่อสารของคู่สมรสที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยการให้คำปรึกษามาแนวทฤษฎีเซทเทอร์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(1), 84-96.

มลฤดี อินทร์พันธ์, และ รัชนิกร อุปเสน. (2561). ผลของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบครอบครัวเป็นฐานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 175-183.

มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุนธิชัย, และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 235-246.

รัศมีสุนันท์ อิชญาณนท์, และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). ผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(3), 113-125.

ลลิตา อันอมาคย์. (2560). ผลของการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา*, 11(1), 24-33.

ศิริพร นนทะน้า. (2551). โปรแกรมบำบัดทางจิตรายบุคคลอิงแนวคิดซาตียร์ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุนทร ศรีโกไสย, และ ศิริวรรณ ทวีวัฒนปรีชา. (2555). คุณลักษณะทางจิตของแบบวัดความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตตามแนวซาตียร์ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57, 75-88.

หน่วยเวชสถิติ. (2562). รายงานสถิติผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรคตามระบบ ICD 10. ขอนแก่น: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อดิศักดิ์ ชัยศิริ. (2555). การบำบัดคู่สมรสในผู้ป่วยโรคจิตสุราที่รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ตามแนวคิดซาตียร์. รายงานการศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรณิน สิงขรณ์, อัจฉราพร สี่หรีดวงศ์, รพีพรรณ กาญจนการณ, และ วิทยากรณ์ ปัญญาดี. (2559). ผลของโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาตียร์โมเดลเป็นฐานต่ออาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(3), 21-35.

American Psychiatric Association. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *The American Journal of Psychiatry*, 157(4 Suppl), 1-45.

Banmen, J. (2002). The Satir model: Yesterday and today. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 24(1), 7-22.

Banmen, J. (2008). *Satir transformational systemic therapy*. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books.

- Chonprai, C., Rod-Ong, D., Maneeganondh, S., Jaruensook, W., Theeyoung, A., & Patjanasontorn, N. (2019). Improving social and life skills in children with cleft lip and palate. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 102(5), 79-82.
- Erker, J. (2017). *A qualitative study of contemporary Satir family therapy: Theoretical and practical development over the past 30 years*. Master thesis of Science in Counseling, Marriage and Family Therapy, California State University Northridge.
- Health Quality Ontario. (2017). Psychotherapy for major depressive disorder and generalized anxiety disorder: a health technology assessment. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 17(15), 1-167.
- Hegerl, U., Plattner, A., & Möller, H. J. (2004). Should combined pharmac- and psychotherapy be offered to depressed patients? A qualitative review of randomized clinical trials from the 1990s. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(2), 99-107.
- Koca, D. A. (2017). Spirituality-based analysis of Satir family therapy. *Spiritual Psychology and Counseling*, 2(2), 121-142.
- Lau, W. K.W., Leung, P. P.Y., & Chung, C. L.P. (2019). Effects of the Satir model on mental health: A randomized controlled trial. *Research on Social Work Practice*, 29(7), 775-785.
- Lee, B. K. (2002). Development of a congruence scale base on the Satir Model. *Contemporary Family Therapy*, 24(1), 217-237.
- Li, Y., & Weiqun, V.L. (2013). Applying the Satir Model of counseling in Mainland China. *Satir International Journal*, 1, 18-39.
- Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A. & Cheek, S. M. (2015). The hopelessness theory of depression: A quarter-century in review. *Clinical Psychology (New York)*, 22(4), 345-365.
- Markowitz, J. C. (2008). Evidence-based psychotherapies for depression. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 437-440.
- Piddocke, S. (2010). The self: Reflections on its nature and structure according to the Satir Model. *The Satir Journal*, 4(1), 109-55.
- Piyavhatkul, N. , Arunpongpaisal, S. , Patjanasontorn, N. , Rongbutsri, S., Maneeganondh, S., & Pimpanit, W. (2017). Effectiveness of family therapy based on the Satir model in family of patients with schizophrenia. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 100(6), 670-678.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Satir, V., Banmen, J., Gerber, J., & Gomori, M. (1991). *The Satir model: family therapy and beyond*. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books.
- Sekera, O. (2017). Outcome of psychotherapeutic training MOVISA (Model of Virginia Satir). *Satir International Journal*, 5(1), 67-75.
- World Health Organization. (2018). *Depression: let's talk*. Bangkok: Department of Mental Health. Retrieved January 20, 2018, from: <http://www.searo.who.int/thailand/news/technical-factsheetdepression-thai.pdf?ua=1> (in Thai)
- World Health Organization. (2021). *Depression*. Retrieved August 8, 2021, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>