

ผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาทียร์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

Effects Of Satir's Model based Individual Psychotherapy Program among Older

Adults with Depression

ไพจิตร พุทธรอด¹, กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ²Phaichit Phutrod¹, Kanokwan Sinpakampisit²

(Received: January 12 ,2020 ; Accepted: March 28, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาทียร์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลและได้รับการประเมินแบบประเมินภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุไทย (TGDS) จำนวน 40 ราย และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาทียร์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถาม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุไทย (TGDS) โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาทียร์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาทียร์น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาทียร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาทียร์มีประสิทธิภาพสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาทียร์ เป็นทางเลือกในการบำบัดภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาทียร์, ผู้สูงอายุ, ภาวะซึมเศร้า.

Abstract

This two group pretest-posttest design aimed to examine the effects of Satir's model based individual psychotherapy program among older adults with depression. Sample were 40 older adults attending hospital, who were diagnosed with depression and assessed for depression by Thai Geriatric Depression scale (TGDS) and willing to participate in the program. Research instruments included questionnaire, TDGS, and Satir's model based individual psychotherapy program.

Research result revealed that depression mean score of older adults after participating in Satir's model based individual psychotherapy program was significantly lower than that of before ($p=.05$). Research finding indicated that Satir's model based individual psychotherapy program is effective in lowering depression in older adults with depression. Therefore, psychiatric nurses could adopt Satir's model based individual psychotherapy program to be an alternative for depression therapy.

Key words: Satir's model based individual psychotherapy program, Older adults, Depression

¹ อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

² รองคณบดีฝ่ายวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ทำนายประชาชนไทย ว่า ในปี พ.ศ. 2563 โรคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ที่เป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่การฆ่าตัวตายคือโรค ซึมเศร้า ซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรัง จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปีค.ศ.2017 ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก ในประเทศไทยมีผู้ป่วย โรคซึมเศร้าในสังคม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพและเป็นโรคใกล้ตัวที่รักษาให้หายขาดได้ แต่หากไม่ได้รับการรักษาอาจรุนแรงจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ในไทยมีข้อมูลความชุกของโรคซึมเศร้า พ.ศ.2551 พบคนไทยป่วยซึมเศร้า 1.5 ล้านคน พิจารณาตามเพศ-อายุผู้ป่วย พบว่าผู้หญิงเสี่ยงป่วยมากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ร้อยละ 62 รองลงมาเป็นวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.5 และเป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 11.5 ตามลำดับ⁽⁶⁾

อัตราการป่วยโรคซึมเศร้า ต่อแสนประชากรในปี 2550, 2551 และ 2552 คือ 196.5, 229.9 และ 260.8 ตามลำดับ โดยในปี 2557 ได้มีการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงถึง 15 ล้านคน และพบมีแนวโน้มป่วยเป็น โรคซึมเศร้า 6 ล้านคน มีอาการซึมเศร้า 1.5 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า 5 แสนคน และมีรายงานการจัดอันดับประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในโลก ประจำปี 2562 โดย World Population Review ที่สำรวจ และพิจารณาข้อมูลการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกปี 2561 ทั้งหมด 183 ประเทศ พบว่า ประเทศไทย มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดติดอันดับ 32 ของโลก เฉลี่ย 14.4 คนต่อประชากร 1 แสนคน⁽¹⁰⁾ ผู้ที่ฆ่าตัวตาย จะมีอาการของโรคซึมเศร้ามาก่อน ซึ่งประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย 2 เท่าตัว พบในกรุงเทพมหานคร มากที่สุดมีอัตราป่วยร้อยละ 5 ขณะที่ต่างจังหวัด มีประมาณร้อยละ 2.3 -2.7 ทำให้คนไทยต้องเสียชีวิต ก่อนวัยอันควรจากภาวะซึมเศร้า

ไปสู่การฆ่าตัวตาย⁽¹¹⁾ ถ้าพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ พบว่าโรคซึมเศร้าจะพบเป็นอันดับที่ 1 เป็นเพศหญิง และอันดับ 2 เป็นเพศชาย⁽¹⁴⁾ โดยผู้ป่วยต้องทน อยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น ไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย⁽¹⁴⁾

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) จัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) โดยความคิดผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการเด่น มีอารมณ์เศร้า ซึมเฉย พฤติกรรมอยากเก็บตัว อยู่คนเดียว หงุดหงิด อารมณ์รุนแรงได้ง่ายเมื่อถูกรบกวน บางรายมีอาการกระสับกระส่าย อยู่หนึ่ง ไม่ได้ต้องลุกเดินไปมา สมาธิเสื่อมเหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดเชิงซ้ำ ถังเถิดใจ ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์มาก ไม่มีใคร ช่วยได้ และอยากตาย⁽¹⁰⁾ ยังมีอาการอื่นร่วมเช่น ด้านร่างกาย ได้แก่ ความอยากรับประทานอาหารแปรปรวน (appetite disturbance) การนอนแปรปรวน (sleep disturbance) นอนหลับน้อยลง หรือนอนไม่หลับ (insomnia) ด้านพฤติกรรม (behavioral symptoms) ผู้ป่วยจะมีอาการเชิงซ้ำ เดินซ้ำ คิดซ้ำ ไม่พูด ไม่โต้ตอบ ไม่อยากทำอะไร ผุดลุกผุดนั่ง หงุดหงิดง่าย ไม่สนใจความสะอาดของตนเอง และด้านความคิด (cognitive symptoms) คิดซ้ำๆ คิดอะไรไม่ออก ไม่มีสมาธิรู้ สึกผิด คิดว่าตนเองไร้ค่า (worthlessness) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem)⁽¹⁰⁾ โดยความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองจะสามารถทำนายอาการซึมเศร้าในอนาคตได้

ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งเป็นผลจากอาการปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของความเจ็บป่วย ตลอดจนความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะทำให้เกิด

ภาวะเสียสมดุลสภาพ และความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จากผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บโดยการเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ 135 ประเภท โดยวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและความเจ็บป่วย ที่ผ่านมามีพบว่ามีโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted life years: DALYs) เป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย และเมื่อพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lost due to Disability) ของโรคซึมเศร้า พบเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 2 ในผู้ชายไทย

การเกิดภาวะซึมเศร้า จนกระทั่งป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้น มีเหตุปัจจัยหลายอย่าง ทั้งปัจจัยทางชีวภาพและทางด้านจิตใจและปัจจัยทางสังคม (Bio-psycho-social factors) ปัจจัยทางชีวภาพนั้นจากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาท ซีโรโทนิน โดพามีน นอร์อิพิเนฟรินและกาบา ปัจจัยด้านจิตใจมีการอธิบายไว้หลายแนวคิด เช่นแนวคิดของ เบค⁽³⁾ อธิบายว่าเมื่อบุคคลรับรู้ที่เกิดวิกฤตในชีวิตแล้วมีความคิดอัตโนมัติทางลบกับตัวเอง กับ โลกและอนาคตตนจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ แนวคิดหรือทฤษฎีการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Theory) ของเดอซูริลลา และเนซุ⁽⁹⁾ อธิบายว่า พฤติกรรม หรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล เกิดจากความบกพร่องในการแก้ไขปัญหา จากการมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ และการมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่มี ส่วนปัจจัยด้านสังคม อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตายว่าเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในสังคม ซึ่งมีทั้งลักษณะความผูกพันกับสังคมมากเกินไป (Altruistic Suicide) ขาดความรู้สึกผูกพันกับสังคม (Egoistic Suicide) และบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ได้ (Anomic Suicide) จึงนำไปสู่การเกิดความแปรปรวนทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรม คือมีอารมณ์ซึมเศร้า มีความคิดทำร้ายตนเอง และมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองได้ (Taylor, 1982) เมื่อมีภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการซึมเศร้ายังไม่มาก แต่ไม่ได้รับการบำบัดรักษาแล้วอาการก็จะมากขึ้นเรื่อยๆ และป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้

การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน มีทั้งการใช้ยาด้านเศร้าเพื่อช่วยปรับความสมดุลของสารสื่อประสาท และการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) รูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ผ่านมามุ่งเน้นให้คำปรึกษาทั่วไป และไม่ได้มีการติดตามผลที่เป็นรูปแบบไม่ได้มีการมีการมุ่งเน้นให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (focused psychotherapy) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการบำบัดอิงแนวคิดซาตียร์ (Satir's model) ซึ่ง เฮอร์เจเนียร์ ซาตียร์⁽²⁾ ได้อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่าเป็นการสะสมอารมณ์ที่เก็บกดหรือการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่ผิดไป ขาดทักษะในการเผชิญความเครียด ขาดความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติความเป็นคนของตนเอง มีการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้องในชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก จึง ยึดถือความเข้าใจ ความเชื่อทัศนคติ หรือกฎเกณฑ์ ที่ผิดนั้นๆ ไว้ ส่งผลให้การจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ผิดวิธี ทั้งนี้จิตบำบัดแบบซาตียร์ (Satir's Model) ช่วยสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึก ความเชื่อ ความคาดหวัง ความปรารถนา และตัวตนที่แท้จริง ของตนเอง เกิดการเรียนรู้ใหม่แทนการเรียนรู้เดิม ที่ไม่ถูกต้องพัฒนาความเข้าใจ ความเชื่อ ทัศนคติ หรือกฎเกณฑ์ต่างๆ ให้เป็นไปตามศักยภาพของ ตนเอง รู้สึกมีคุณค่า ภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น⁽¹²⁾ การบำบัดแนวซาตียร์สามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ภูเขาน้ำแข็ง

ส่วนบุคคล (personal iceberg) 2) การปั้น ท่าทาง (sculpting) 3) การบูรณาการบุคลิกภายในตน

(integrating inner resources) 4) การย้อนอดีต ครอบครัว เพื่อสร้างความเข้าใจใหม่ (family reconstruction) 5) การทำสมาธิ (meditation) 6) การ อ่านอุณหภูมิใจ(temperature reading) 7) การใช้ อุปมาอุปมัย (metaphor) 8) การใช้ อารมณ์ขัน (humor) 9) แมนดาล่าแห่งตัวตนภายใน (self mandala)⁽²⁾ ทั้งนี้พบว่าวิธีที่ช่วยให้ ผู้ป่วยตระหนักรู้และ เข้าใจตัวเองได้ง่าย เป็นที่นิยม ใช้อย่างแพร่หลาย คือ เทคนิคการวิเคราะห์ภูเขาน้ำแข็งส่วนบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยในฐานะผู้วิจัยเห็น ความสำคัญของการพยาบาลที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบ องค์รวม (Holistic approach) โดยเน้นการดูแลครอบคลุม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ก่อให้บุคคลมี ความผาสุก หรือมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ ส่งเสริม กระบวนการหาย (recovery process) เพื่อยกระดับคุณภาพ ชีวิต ลดหรือปรับสภาพความกดดันทางสังคม จิตใจและ สิ่งแวดล้อมที่อาจมีความตึงเครียดทางจิตใจให้อยู่ในระดับ ที่ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ โดยนำการ บำบัดทางจิตอิงแนวคิดซาทียร์ (Satir's model) มา ประยุกต์ใช้ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือทางจิตสังคมเพื่อลด ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ เหมาะสม เปลี่ยนเลนส์ เปลี่ยนมุมมองของตนใหม่ใน ทางบวกมากขึ้นและมีความสอดคล้องกลมกลืนในการมี ชีวิตอยู่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรค ซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ บำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาทียร์
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรค ซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดรายบุคคล โดยแนวคิดซาทียร์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ หลัง การทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจิตบำบัด การ เปลี่ยนแปลงอย่างเป็น ระบบ ของซาทียร์ (Satir Transformational Systemic Therapy) ที่เชื่อว่า การพัฒนา ศักยภาพด้านจิตใจจะทำให้บุคคลเข้าใจ และยอมรับใน ศักยภาพหรือขุมพลังมีอยู่ใน ตัวเอง และสามารถนำออกมา ใช้ในการเผชิญปัญหาได้

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซา ทียร์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการ ทดลอง (two group pre-post test design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาทียร์มีภาวะ ซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะหลัง การทดลอง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่าเป็นซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปะ เหลียน ระหว่างเดือน สิงหาคม-กันยายน 2559 กลุ่ม ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) จำนวน 40 ราย ที่มารับบริการ ณ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลปะเหลียน อำเภอปะเหลียน จากการเลือกแบบ เจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่ กำหนด ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน (Dempsey & Dempsey, 1992) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 20 รายแรกเป็น กลุ่มทดลอง และ ตัวอย่าง 20 รายต่อมาเป็นกลุ่มควบคุม มีเกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มีอายุ 18-59 ปี ไม่มีอาการ ทางจิตเวช สามารถฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีคะแนนอาการ ซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินอาการ ซึมเศร้า อยู่ในระดับ ปานกลางถึงรุนแรง (13-29 คะแนน) ไม่ได้รับยาต้านเศร้า ลี้อสารด้วยภาษาไทยและยินดีเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของตนเองต่อเดือน รายได้ของครอบครัว บุคคลที่ให้เงินเพื่อใช้จ่าย เป็นประจำบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน ระยะ เวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (สารศิริราช, 2537: 1-9) โดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามในกระดาษคำตอบด้วยตนเองแบบวัดนี้มีคะแนนระหว่าง 0-30ที่ผ่านมาตรฐานทดสอบความเที่ยงตรงของแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยฉบับนี้พบว่ามีความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93 การคิดคะแนน ข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนนข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน การแปลผล คะแนน ระหว่าง 0-12 คะแนนเป็นค่าปกติในผู้สูงอายุของไทย 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าปานกลาง และคะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลอิงแนวคิดซาเทียร์ (Satir's model) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โปรแกรมการบำบัดทางจิตรายบุคคลอิงแนวคิดซาเทียร์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากเอกและงานวิจัยต่างๆ โดยนัดพบกับผู้ป่วยทั้งหมด 4 ครั้งๆ ละ 40-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์โดย มีแผนในการบำบัดแต่ละครั้งดังนี้ การบำบัดครั้งที่ 1 เรื่อง ฉันเป็นฉันได้อย่างไร ใช้ระยะเวลาประมาณ 60 - 90 นาที การบำบัดครั้งที่ 2 เรื่อง การเรียนรู้ปัญหาใช้ระยะเวลาประมาณ 60 นาที การบำบัดครั้งที่ 3 เรื่องการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง

ใช้ระยะเวลาประมาณ 50 - 60 นาที การบำบัดครั้งที่ 4 เรื่อง ตอกย้ำความเปลี่ยนแปลง ใช้ระยะเวลาประมาณ 40 - 60 นาที

ขั้นตอนการวิจัย

- ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยชี้แจงขั้นตอน ระยะเวลา จำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรม และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดให้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลอิงแนวคิดซาเทียร์ บำบัดทั้งหมด 4 ครั้ง เริ่มจากครั้งที่ 1 - 4 ครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน โดยมีกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 therapist prepared self ผู้บำบัดเตรียมความพร้อมทั้งภายนอกมีความมุ่งมั่นที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้สัมผัสตัวตนภายใน “เรากับเรา” สัมผัส โลกภายในตนเอง โดยการทำให้ safe place ของตนเองร่วมกับการทำสมาธิประมาณ 5 นาทีก่อนการบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 make contact เริ่มต้นเข้าถึงผู้ป่วยและสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (nurse- patient relationship) ใช้เวลา 2 - 3 นาทีในการทำความคุ้นเคยกับผู้ป่วย (rapport) พูดคุยเรื่องทั่วไป (small talk) “ก่อนที่เราจะพูดคุยถึงปัญหาของคุณ กรุณาช่วยเล่าเรื่องราวของคุณสักเล็กน้อยได้ไหมครับ” “โดยปกติอยู่บ้านคุณเรียกตนเองว่าอย่างไรคะ” เพื่อแสดงถึงการยอมรับ เปิดกว้างและจริงใจ สร้างความรู้สึกเข้าถึงร่วมมือกัน และสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น (trust) ประเด็นการรักษาความลับ “คุณจะเชื่อมั่นและ ไว้วางใจได้ อย่างไรก็ตามเรื่องราวของคุณจะไม่ถูกนำไปพูดต่อ แต่ถ้าคุณได้พูดระบายออกมา ดิฉันเชื่อว่าเรื่องของคุณจะเป็นความลับตลอดไป ”

ขั้นตอนที่ 3 problems การรับฟังปัญหาและประสบการณ์ของผู้ป่วยโดยการค้นหาสิ่งที่รบกวนใจในการ พบกันครั้งแรกกลุ่มสรรคคือผู้ป่วยจะพูดเรื่องราว

ออกมา มากมาย (ระบายนความรู้สึก) ต้องใช้ active listening ร่วมกับเทคนิคการใช้สายตา (eye to eye contact) ในการแสดงความจริงใจและรับรู้ว่าปัญหาของผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญ เทคนิคการสะท้อนความคิด ความรู้สึก การสรุปประเด็น จับตรรกะ ทำความเข้าใจตัวตน

ขั้นตอนที่ 4 explore impact (สำรวจภูเขาน้ำแข็ง) ใช้คำถาม question process ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วย มากกระทบต่อภูเขาน้ำแข็งในระดับของบุคคลระดับต่างๆ ช่วยให้นักกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษากระจ่างต้นเหตุแห่งทุกข์ (clarify) ทักษะที่ใช้คือ process question ในการเรียนรู้ กระบวนการโลกภายในของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา โดยนำแนวคิดอุปมาอุปไมยน้ำแข็งของบุคคล (personal iceberg) และแผนภูมิกครอบครัว (family map) ในผู้ป่วยทุกราย ค้นหาประสบการณ์และผลกระทบจาก ความเป็นจริงในปัจจุบัน ความเข้าใจในอดีตและภาวะการปรับตัว

ขั้นตอนที่ 5 set goal ตั้งเป้าหมายผู้บำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้เริ่มตั้งเป้าหมายในการบำบัดในแต่ละ ครั้งถึงความต้องการและความหวังในการเปลี่ยนแปลง “คุณคาดหวังอะไรจากการบำบัดในครั้งนี้” หรือ “คุณ อยากเปลี่ยนแปลงอะไรในวันนี้” การตั้งเป้าหมายจะ ต้องเป็น แนวบวกและสามารถทำได้จริง กลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อคนอื่น อยากให้คนอื่นเกิด การเปลี่ยนแปลง “ลึก ๆ แล้วลองถามใจตนเองก่อนว่า ใจเราเป็นยังไง” เสริม self ว่าตนเองลืมนอะไรไป มุ่งให้ เกิดกระบวนการภายใน กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดต้องการ มีความสุข การดูแลตนเอง การมีคุณค่าในตนเอง

ขั้นตอนที่ 6 commitment พัน ษะสัญญา ผู้ป่วย ทั้งหมดมีความตั้งใจแน่วแน่เป้าหมาย มองหาข้อดีที่น่าชื่นชมและยอมรับนับถือในตัวของผู้ป่วยนำมาพูดคุย แลกเปลี่ยนกันอย่างน้อย 1 อย่างและชี้ให้เห็นเห็นศักยภาพ ทั้งภายในและภายนอกที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 7 change การเปลี่ยนแปลงโดยการนำ เทคนิคต่าง ๆ เข้ามาใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับ Experiential กระบวนการบำบัดได้พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาจะมีความคับข้องใจจากพฤติกรรมปรับตัวต่อโรค ตอตนเองและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการมองตนเอง ในทางลบ มองว่าตน ไม่ได้ไม่มีเงิน บางคนเอาอารมณ์ ความรู้สึก (perception)

ขั้นตอนที่ 8 anchoring การตอกย้ำมา ทบทวน สิ่งที่ได้คุยกัน ในชั่วโมงการบำบัด การให้ความหวัง การสื่อสารทางบวก การเปลี่ยนแปลงทุกขณะที่สังเกตได้จาก พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงจากการพบกัน ครั้งที่ผ่าน มาสำรวจภูเขาน้ำแข็งอีกครั้งเพื่อตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 9 home work ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ต่อเนื่องหลังการบำบัดให้เกิดเจตนาที่มุ่งมั่นต่อไปไปด้วยการจัดการด้วยตนเอง การนำที่ปักใจไปใช้อย่างต่อเนื่อง การชื่นชมตนเอง การมองตนเองในทางบวก

ขั้นตอนที่ 10 closure ทบทวนการนัดหมายการบำบัด ประมวลผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบำบัด

- ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินภาวะ ซึมเศร้าและแบบประเมินการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมในครั้งสุดท้าย (ครั้งที่ 10)

- สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ดำเนินชีวิตตามปกติและนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

3.ระยะหลังการทดลอง มีการประเมินซ้ำหลังเสร็จสิ้น โครงการวิจัย อีก 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบอาการทาง ลบก่อนและ หลังการได้รับ โปรแกรมการบำบัดทาง ความคิด พฤติกรรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมด้วย paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ด้วย independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.6 อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 58.4 ส่วนใหญ่จบประถมศึกษาหรือ

ละ 86.5 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 57 อาชีพทาสวน ร้อยละ 66 สถานภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 84

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวความคิดเชิง

| คะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง | Mean | S.D. | ระดับ | t | p-value |
|--|-------|------|-------|------|---------|
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวความคิดเชิง | 10.70 | 1.71 | มาก | 9.01 | .00*** |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวความคิดเชิง | 4.25 | 1.91 | น้อย | | |

*** $p \leq 0.001$

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวความคิดเชิง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้าในกลุ่มทดลองน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวความคิดเชิงและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($n=40$)

| คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวความคิดเชิง | Mean | S.D. | ระดับ | t | p-value |
|---|------|------|---------|------|---------|
| กลุ่มควบคุม | 9.40 | 1.53 | ปานกลาง | 9.01 | .00*** |
| กลุ่มทดลอง | 4.25 | 1.91 | น้อย | | |

*** $p \leq 0.001$

สรุปและอภิปรายผล

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวความคิดเชิงส่งผลทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวความคิดเชิงของกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวความคิดเชิงทั้ง 10 กิจกรรม

โดยเน้นไม่สนใจรายละเอียดของเนื้อเรื่อง แต่ให้ความสำคัญกับผลกระทบจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า^{(13),(4)} ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางกรอบความคิด การสื่อสารของ ตนเองใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศ จอร์แดนที่พบว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ตามการบำบัดแนวความคิดเชิงสามารถ

ปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านลบของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะโรคของผู้หญิงทำงานให้ดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05^{(1)}$ อีกทั้งยังพบว่า ซาเทียร์โมเดล สามารถช่วยแก้ปัญหาทัศนคติ ด้านลบของประชาชนในประเทศจีนแผ่นดินใหญ่ ที่เกิดจากประเพณีและวัฒนธรรม ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น มีส่วนร่วมในการเลือกทางดำเนินชีวิตที่เหมาะสมได้มากขึ้น⁽⁷⁾

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางปัญญาโดยวิธีการโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น ซึ่งสังเกตเห็นได้ถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมในขั้นตอนแรกนั้นส่วนใหญ่มักมีมุมมองเกี่ยวกับตัวเอง โดยมีมุมมองทางลบต่อตนเอง มองตนเอง ว่าเป็นภาระ มีความรู้สึกน้อยใจคิดว่าตนเองเป็นคนไร้ความสามารถ มองความรุนแรงของโรค 7 และกลัวตาย นอกจากนี้ยังพบว่า มีปัจจัยจิตสังคมเครียดจากบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย เช่น ปัญหาในครอบครัว และยังพบว่าพบว่าการบำบัดรายบุคคลตามแนวคิดซาเทียร์สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าได้สอดคล้องกับการรายงานการวิจัยซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบำบัดโดยแนวคิดซาเทียร์สามารถช่วยให้บุคคลมีความงอกงามขึ้น มองเห็นความจริงของชีวิตและดำรงตนอย่างมีความหวัง และสามารถนำมาใช้ในการบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้⁽⁸⁾ รวมทั้งผู้ป่วยสามารถที่จะให้อภัยตนเองกับการกระทำที่ผิดพลาดและอดีตที่ผ่านมาและจะให้ความรักกับตนเองทุกวัน รวมทั้งระดับคะแนนความพึงพอใจในการบำบัดอยู่ในระดับมาก

การนำโปรแกรมการบำบัดตามแนวคิด Satir ได้ช่วยกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาสามารถสื่อสารภายในสอดคล้องกลมกลืนกัน (ตามฝั่ง กูเขาน้ำแข็ง) มีความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา เกิดความเข้าใจตนเอง และ

กระอาจถึงสาเหตุความทุกข์หรือภาวะ ซึมเศร้าของตนเอง รับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) มีทางเลือกในตนเองได้ (better choice maker)²⁰ มองเห็นเป้าหมายใหม่ในชีวิต เกิดการเติบโตตามพฤติกรรม โดยมีผู้วิจัยช่วย สรุปและเสริมประเด็นสำคัญให้เกิดความตระหนักถึงปัจจัยและผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมถึงมุมมองที่ผู้ป่วย ยังไม่ตระหนัก ให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับความรู้สึก ความคิด ความต้องการและความปรารถนาที่แท้จริง อีกครั้ง เพื่อให้เข้าใจตนเองชัดเจนมากขึ้น สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้เหมาะสมตามบริบทมากขึ้น โดยซาเทียร์ เชื่อว่า ทุกคนสามารถเปลี่ยนแปลง ภายในได้ สามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้ จะช่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การรับรู้พฤติกรรมและนำไปสู่การตัดการกับปัญหาไปในทางที่ดีขึ้น ช่วยให้ความทุกข์ที่เกิดจากปัญหาต่างๆ ลดลงและนำมาสู่การลดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะการนำวิจัยไปประยุกต์ใช้

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุข และอาจารย์พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปโปรแกรมการบำบัดตามแนวคิด Satir รายบุคคลไปใช้ได้ช่วยกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เพื่อเห็นคุณค่าตนเอง ปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นและมีความสุขในชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างเฉพาะของอำเภอปะเหลียน จังหวัดตรังเท่านั้นเพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในอนาคต จึงควรทำการศึกษาเปรียบเทียบกับสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าใน อำเภออื่น ๆ ให้ครอบคลุมหรือนำโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น โรคเรื้อรังกลุ่มอื่น

เช่น ความดันโลหิตสูงโรคหัวใจ โรคหอบหืด เป็นต้น เพื่อนาผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีโรคทางกายร่วมด้วยให้เกิดประสิทธิภาพ

และประสิทธิผลดียิ่งขึ้น รวมถึงนาผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอีกทางหนึ่งแก่ผู้สนใจต้องการศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.Abueita, S. (2013). Modifying the Attitudes Among Unmarried Employee Females According to Satir Model. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 574-578.
- 2.Banmen, J. (2008). *Satir Transformational Systemic Therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books, Inc.
- 3.Beck, J. S., & Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond* (No. Sirsi) i9780898628470). New York: Guilford press.
- 4.Bentheim, S. (2013). Evolving to Become More Fully Human-Early Contributors to the Satir Model. *Satir International Journal*, 1, 40-52.
- 5.<https://www.blbangkok.com/News Thai - Thai people - Suicide - Stress - Depression - World Health Organization Retrieved 24 September 2019>
- 6.Kiatphum Wongrachit (2019) Fresh news: Worried about teen suicide Risk depression. Department of Mental Health.
- 7.Li, Y., & Vivian, L. (2010). Applying the Satir Model of Counseling in Mainland China: Illustrated with Case Studies. *Satir Journal*, 4(1).
- 8.Morrison, M. F., Kallan, M. J., Ten Have, T., Katz, I., Tweedy, K., & Battistini, M. (2004). Lack of efficacy of estradiol for depression in postmenopausal women: a randomized, controlled trial. *Biological psychiatry*, 55(4), 406-412.
- 9.Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2016). Problem solving.
- 10.Oraphan Luebuntawatchai. (2015). Family therapy: the role of psychiatric nurses. *FAMILY INTERVENTION: ROLES OF PSYCHIATRIC NURSES. THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH*, 29 (1), 1-13.
- 11.Narong Sahamethaphat. (2013). Article on stress events at the International Conference on Mental Health. 6th
- 12.Piddocke, S. (2010). The Self: Reflections on its nature and structure according to the Satir Model. *The Satir Journal*, 4(1), 109-155.
- 13.Srikosai, S. (2008). Effects of Individual Psychotherapy using the Satir Model on an Alcohol-Dependent and Depressed Patient. *Satir Journal*, 2(3).
- 14.Wachira Pengchan and team (2013). Epidemiology of psychiatric disorders in Thai people. *Journal of Mental Health of Thailand*, Year: 21 Issue: 1 Page Number: 1-14 Year:2013