

ผลของโปรแกรมการใช้สติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ Effects of Mindfulness-based therapy Program on Depressed Patients Phukhieo Chalermprakiat Hospital.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

วรางคณา เร่งไพบูลย์วงศ์¹
Warangkana Rengpaiboonwong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการใช้สติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ทำการศึกษาในช่วงเดือน สิงหาคม 2565-กรกฎาคม 2566 รวมระยะเวลา 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการสติบำบัด, แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อน-หลัง ด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 26.67 สถานภาพสมรส แต่งงาน ร้อยละ 40.00 การศึกษามัธยมศึกษา ปวช. ร้อยละ 40.00 อาชีพทำไร่ทำนา ร้อยละ 40.00 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนมากต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 50.00 ภาวะซึมเศร้าส่วนมากรู้สึกหดหู เศร้า หรือ ท้อแท้สิ้นหวัง ร้อยละ 60.00 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 53.33 ภายหลังการใช้ผลของโปรแกรมสติบำบัด ทำให้ภาวะความเครียดลดลง และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($t = 12.69, 4.28$)

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, สติบำบัด, การพัฒนาโปรแกรมบำบัด

Abstract

This research is quasi-experimental research. Aim to compare the effects of mindfulness therapy programs in patients with depression at Phu Khieo Chalermprakiat Hospital. During August 2022-July 2023, a total of 12 months. Sample group was 30 people with depression. Research tools included Mindfulness-based therapy program, general information questionnaires, Depression assessment forms (9Q), and satisfaction assessment forms. Data were analyzed using descriptive statistics and compared the average scores before and after using inferential statistics, paired t-test.

The results of the study found that the sample group Most of them were female, 63.33 percent, under 20 years old, 26.67 percent, married status, married, 40.00 percent, high school education, vocational certificate, 40.00 percent, farming occupation, 40.00 percent, average family income per month, mostly less than 10,000 baht, 50.00 percent, depression, mostly felt depressed, sad or hopeless, 60.00 percent, mild depression, 53.33 percent, after using the results of the mindfulness therapy program, stress decreased and satisfaction increased, statistically significant at the .05 level ($t = 12.69, 4.28$).

Keywords: Depression, Mindfulness Therapy, Development of Therapy Programs

บทนำ

โรคซึมเศร้านับว่าเป็นปัญหาในระดับโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพ และสุขภาวะอย่างมาก และคาดการณ์ว่าในปี 2030 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากร

มากกว่า 300 ล้านคน¹ โดยประมาณ ร้อยละ 4.00 ของประชากรโลก ภาวะการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ส่งผลให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้มากกว่า ร้อยละ 0.42 ภาวะซึมเศร้าพบทั้งในกลุ่มวัยรุ่นที่เสี่ยงฆ่าตัวตายสูงมากกว่าทุกกลุ่ม และยังพบอีกกลุ่มสำคัญคือ กลุ่มผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรค

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

ซึมเศร้า จำนวน 1.56 ล้านคน² โดยประมาณร้อยละ 2.24 ของประชากรไทยทั้งหมด และพบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยประมาณ 4,000 คนต่อปี³ ภาวะซึมเศร้า นั้นเป็นสภาวะทางจิตใจที่มีความเปราะบางทางด้านอารมณ์ทางลบ เช่น โศกเศร้า หดหู่ ไม่มีอารมณ์สุข เบื่อหน่าย มีความเปราะบางทางด้านความคิดและการรับรู้ รู้สึกล้มเหลว รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ลังเลในการตัดสินใจ ต่ำหนิโทษตัวเอง แยกตัวจากสังคมหรือมีสัมพันธภาพลดลง และเปราะบางทางด้านร่างกาย มีสมาธิลดลง สูญเสียแรงขับเคลื่อน⁴

การใช้สติบำบัด มีการใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ และภายในประเทศไทย และมีผลการศึกษารองรับมากมาย การเจริญสติ หรือการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-based therapy ; MBT)⁷ เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยการใช้แนวคิดเชิงพุทธและการฝึกเมตตาตนเอง การเรียงลำดับด้วยการฝึกจิต³ หยุดความคิดด้วยลมหายใจ จนจิตสงบ และฝึกสติด้วยลมหายใจที่เป็นปัจจุบันควบคู่กับการรับรู้ในกิจที่ทำ จึงควรมีการนำโปรแกรมสติบำบัดมาพัฒนาให้สามารถใช้ในการบริการทางการแพทย์ในยุคปัจจุบัน การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ภายหลังการบำบัด⁶

โรงพยาบาลสุวเขตเฉลิมพระเกียรติ⁸ มีผู้มารับบริการในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดจำนวนมาก จากการวิเคราะห์สถิติ 3 ปีย้อนหลัง พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี และพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นทุกปี การฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอสุวเขตตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2563-2565 เท่ากับ 17.66, 14.51, และ 14.42 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จากผลการดำเนินงานในโรงเรียนในด้วยการคัดกรองภาวะซึมเศร้า พบว่ากลุ่มวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-24 ปี พบปัญหาหนักที่สุดในเรื่อง ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเรียน สัมพันธภาพ เป็นต้น ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่

ให้มีอาการทั้งจิตใจ ความคิด อารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย หรือไม่มีความสุข รู้สึกไม่ดีกับตนเอง ไม่มีสมาธิ สติ คิดทำร้ายตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพรรณนาข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับบริการบำบัดด้วยโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสุวเขตเฉลิมพระเกียรติ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ก่อน-หลังเข้ารับโปรแกรมบำบัดด้วยโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสุวเขตเฉลิมพระเกียรติ
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจ ก่อน-หลัง ก่อน-หลัง เข้ารับโปรแกรมบำบัดด้วยโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสุวเขตเฉลิมพระเกียรติ

วิธีการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการใช้สติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสุวเขตเฉลิมพระเกียรติ ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มาบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลสุวเขตเฉลิมพระเกียรติ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 12 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2565-กรกฎาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้มีคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ที่มาบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลสุวเขตเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 186 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้มีคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ที่มาบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลสุวเขตเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 30 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความ

สมัครใจให้เข้ารับกระบวนการอบรมตามโปรแกรมส่งเสริมประสิทธิภาพและความปลอดภัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมสถิติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ
2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ
3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 Q จำนวน 9 ข้อ
4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม จำนวน 5 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ามาใช้บริการสถิติบำบัด โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ เปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า และคะแนนความพึงพอใจ ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมสถิติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาลงของโปรแกรมการใช้สถิติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่เข้ามาใช้บริการสถิติบำบัด โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 30 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 19 คน ร้อยละ 63.33 และ เพศชาย จำนวน 11 คน ร้อยละ 36.67 ช่วงอายุส่วนมาก อายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 รองลงมา 41-50 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 23.33 และ ช่วงอายุ 21-30 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67 ตามลำดับสถานภาพสมรส ส่วนมาก แต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมา สถานะภาพโสด จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.33 และ หม้าย จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 ตามลำดับ

การศึกษามัธยมปลาย ปวช. จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 ประถมศึกษา จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.33 มัธยมต้น จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67 อาชีพทำไร่ทำนา จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมา รับจ้างทั่วไป จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 และทำสวน จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนมากต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 15 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมา 10,000-20,000 บาท จำนวน 7 คน ร้อยละ 23.33 และ 50,000 บาทขึ้นไป จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (2Q) ส่วนมากรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้สิ้นหวัง จำนวน 18 คน ร้อยละ 60.00 และ รู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 ตามลำดับภาวะซึมเศร้า (9Q) มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน) จำนวน 16 คน ร้อยละ 53.33 รองลงมามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) จำนวน 9 คน ร้อยละ 30.00 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (มากกว่า 19 คะแนน) จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67

2. โปรแกรมดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตเวชและยาเสพติดให้เป็นระบบในการทำจิตบำบัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาทุกวันพฤหัสบดี ช่วงบ่าย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีทางเลือกในการรักษาในการเลือกไม่ใช้ยา ลดค่าใช้จ่ายค่ายาของโรงพยาบาล จัดรูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาเป็นแบบกลุ่ม โดยใช้กระบวนการบำบัดโดยใช้สถิติบำบัด ของนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์⁷ ดังนี้ โปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) กิจกรรมครั้งที่ 1 การจัดการกับความวุ่นใจ กิจกรรมครั้งที่ 2 การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ กิจกรรมครั้งที่ 3 รู้จักปล่อยวางอารมณ์ กิจกรรมครั้งที่ 4 รู้ทันกับความคิดและปล่อยวาง กิจกรรมครั้งที่ 5 ทบทวนสัมพันธ์ภาพใหม่ กิจกรรมครั้งที่ 6 ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น กิจกรรมครั้งที่ 7 เมตตาและให้อภัยกิจกรรมครั้งที่ 8 ชีวิตต้อง

เดินทาง ผู้วิจัยได้ปรับเวลาเป็น 45-60 นาที ในการบำบัดแต่ละครั้ง ตามความเหมาะสมของกลุ่ม และนัดแต่ละครั้งห่าง 1 สัปดาห์

3. ผลของโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

3.1 การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้า ก่อน-หลัง การเข้ารับโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ก่อนเข้ารับโปรแกรมภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับปานกลาง เป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 14.26 คะแนน เป็น 2.28 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความ

แตกต่างก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรมสติบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 12.69$)

3.2 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การเข้ารับโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ก่อนเข้ารับโปรแกรม มีระดับความพึงพอใจ อยู่ในระดับปานกลาง เป็น ระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 2.89 คะแนน เป็น 4.56 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรมสติบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 4.28$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับบริการสติบำบัด โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ (n=30)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนารูปแบบ มีนาคม 2565			หลังพัฒนารูปแบบ มิถุนายน 2565			t	p-value
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล		
1) ระดับภาวะซึมเศร้า	14.26	1.72	ปานกลาง	2.28	0.21	ไม่มีภาวะ	12.69	<0.001*
2) ระดับความพึงพอใจ	2.89	0.18	ปานกลาง	4.56	1.35	มาก	4.28	<0.001*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุส่วนมาก อายุต่ำกว่า 20 ปี สถานภาพสมรส แต่งงาน การศึกษามัธยมศึกษา ปวช. อาชีพทำไร่ทำนา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ภาวะซึมเศร้าส่วนมากรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง ภาวะซึมเศร้า (9Q) มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย สอดคล้องกับ บุชา ทองโพธิ์ศรี⁹

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ต้องเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา จัดรูปแบบคลินิก และให้คำปรึกษาเป็นแบบกลุ่ม และใช้โปรแกรมสติบำบัด ทำให้การดำเนินงานได้ครอบคลุม ทำให้ดำเนินการได้ดีและบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ สมจิตร เสริมทองทิพย์ และคณะ¹⁰

ผลของโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ พบว่าภายหลังการเข้ารับโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มี

ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า การเข้ารับโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวทำให้ระดับความพึงพอใจ จากระดับปานกลาง เป็น ระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เนื่องจากการทำงานอย่างเป็นระบบของโรงพยาบาลและอาศัยความร่วมมือการติดตามให้เข้าโปรแกรมจนครบ สอดคล้องกับ วิภาวี เผ่ากันทรกรและคณะ¹¹

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมสติบำบัดไปใช้ต้องติดตามให้ผู้เข้ารับการบำบัดให้ครบตามโปรแกรม และคำนึงถึงความพึงพอใจของผู้มารับบริการเป็นสำคัญ
2. ควรมีการดำเนินการตามโปรแกรมสติบำบัดเป็นระยะอย่างต่อเนื่องและทำประจำทุกปี
3. ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนาโดยการใช้โปรแกรมสติบำบัดไปประยุกต์ใช้ในบริบทพื้นที่และ

พัฒนา ประเมินผล และปรับปรุงอย่างน้อย 2 วงรอบ
จะทำให้ได้รูปแบบที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
ชัยภูมิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระ

เกียรติ ที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา
คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ ในการ
ให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
ภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยงาน
สุขภาพจิตในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือตลอด
โครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health. Organization; 2008.
2. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford press; 1979.
3. Organization; 2008 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. จัปตาศึกทางสุขภาพจิตคนไทยปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/thaihealthwatch/>
4. ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า. รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://thaidepression.com/www/report/main_report/
5. พิรพจน์ ลือบุญธวัชชัย. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: www.thaimio.com/
6. มาโนช หล่อตระกูล. โรคซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017/>
7. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ประวิติ เอราวรรณ. การพัฒนาเชิงระบบเพื่อปฏิรูปการเรียนรู้และคุณภาพโรงเรียน ระยะที่ 2 : การพัฒนาต้นแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งและการขยายเครือข่าย. กรมสุขภาพจิต:นนทบุรี.
8. โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยสุขภาพจิต. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. 2566.
9. บุษบา ทองโพธิ์ศรี. ผลของโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ 2565; 6(2): 49-60.
10. สมจิตร เสริมทองทิพย์ และคณะ. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 25(3): 66-75.
11. วิภาวี เผ่ากันทรการ และคณะ. ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564;29(4):286-296.