

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*

THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND MINDFULNESS ON DEPRESSION IN DEPRESSIVE DISORDER PATIENTS

พรเพ็ญ อารีกิจ (Pompen Areekit, MS.N, RN)**

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (Oraphun Lueboonthavatchai, Ph.D, RN)***

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to study the effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness on depression in patients with depressive disorder. Samples were 40 depressive disorder patients from psychiatric clinic of Makarak hospital. They were divided into the experimental group and the control group with 20 in each group by matching gender, age and level of depression. The experimental group received cognitive behavioral therapy and mindfulness-based program while the control group received routine nursing care. Experimental instruments were cognitive behavioral therapy and mindfulness-based program developed from CBT of Beck (1979) and MBCT of Segal, Williams & Teasdale (2002). Data were collected by demographic data form and Beck Depression Inventory Scale (BDI). The instruments were

tested for content validity by 5 experts. The reliability of BDI were .86. Means, standard deviation, and t-test were employed for data analyses statistic.

Major findings were as follows : 1) The depression score after receiving the cognitive behavioral therapy and mindfulness-based program was significantly less than before receiving program, at the .05 level. 2) The depression score after receiving the cognitive behavioral therapy and mindfulness-based program was significantly less than those who did not receive the program who could not receive the program, at the .05 level implication for nursing.

Keywords : Depression, Depressive disorder, Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Program

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** นิสิตหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: oraphun01@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 40 ราย คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลมะการักษ์ โดยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย พิจารณาจากเพศ อายุ และระดับภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติพัฒนามาจาก CBT ของ Beck (1979) และ MBCT ของ Segal, Williams & Teasdale (2002) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI) ทุกเครื่องมือผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า: 1) เมื่อสิ้นสุดการทดลองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) เมื่อสิ้นสุดการทดลองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, โรคซึมเศร้า, การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ส่งผลให้รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย สมาธิและการตัดสินใจแย่งลงความสามารถในการทำงานลดลง มีปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจนอาจมีการทำร้ายตัวเองและฆ่าตัวตายได้ (พิรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย, 2553) องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประชากรทั่วโลกจะเปลี่ยนจากลำดับที่ 4 มาเป็นลำดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (WHO, 2004) สำหรับประเทศไทยโรคซึมเศร้ามีอัตราความชุก 5% ของจำนวนประชากรหรือมากกว่า 3 ล้านคนจากจำนวนประชากรทั้งหมด (ธรณินทร์ กองสุข, 2551) เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์สุคนิษฐ์, 2548) และเป็นความเสี่ยงสำคัญของการฆ่าตัวตาย (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) สาเหตุของโรคซึมเศร้าเป็นผลมาจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคลนั้นเกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง สภาพแวดล้อม และสถานการณ์ในอนาคต ซึ่งรูปแบบการคิดในแง่ลบนี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบ และมีผลในการให้ความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่าบุคคลอื่น (Beck, 1979) ปัจจุบันการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า คือ การรักษาทางชีวภาพ และการรักษาทางจิตสังคม (พิรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย, 2553) โดยการรักษาทางชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า ส่วนการรักษาทางจิตสังคมใช้จิตบำบัดรูปแบบต่างๆ เช่น Cognitive Behavior Therapy (CBT)

มีหลักการว่าพฤติกรรมและอารมณ์เป็นผลจากลักษณะความคิด CBT เน้นการแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความเป็นจริง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันพบว่ามีการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และใช้การเจริญสติ เช่น กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพลภัทร์ โล่เสถียรกิจ (2553) ศึกษาการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังด้วยการเจริญสติร่วมกับการรับยา ใช้แนวทางการเจริญสติของ Segal, Williams & Teasdale (2002) พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายหลังจากได้ฝึกการเจริญสติแล้วมีภาวะซึมเศร้าลดลง และจากการติดตามผลการรักษาในระยะยาวพบว่าผู้ป่วยสามารถหยุดยาต้านเศร้าได้นานถึง 3 ปีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากตัวอย่างงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องนี้ พบว่ายังเป็นงานที่แยกกันอยู่ ยังไม่มีการนำการบำบัดทั้งสองนี้มาผสมผสานกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยหากนำการบำบัดทั้งสองนี้มาผสมผสานกันจะช่วยเพิ่มให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ สามารถควบคุมความคิดและการกระทำให้อยู่ต้องเหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริง เนื่องจาก CBT จะมีการพิสูจน์หากระบวนการคิดที่บิดเบือนแล้วปรับเปลี่ยนให้เกิดความคิดใหม่ที่ถูกต้อง สอดคล้องกับความจริง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าลดลง ป้องกันโรคซึมเศร้าไม่ให้เกิดเป็นซ้ำอีก (Beck, 1979) แต่ในบางขณะผู้ป่วยอาจขาดการตระหนักรู้ในปัจจุบันขณะ และไม่ปล่อยวางความคิดที่เกิดขึ้น จึงทำให้ขาดสติ ไม่สามารถควบคุมตัวเองขณะฝึก CBT ได้ (พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2553) เนื่องจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดให้อารมณ์ในทางบวกมากขึ้น ส่วนการเจริญสติ (Mindfulness) เป็นการฝึกคิดให้เห็นความจริงของความคิด และอารมณ์ ทั้งดีและไม่ดี ว่าไม่เที่ยง เปลี่ยนแปลง และเกิดขึ้นตามเหตุปัจจัย ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการปล่อยวาง ความทุกข์ และการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมให้เหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริง (พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2553) ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ สามารถควบคุมความคิดและการกระทำให้อยู่ต้องเหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริง การใช้การเจริญสติจะช่วยในการควบคุมความคิดและการกระทำเพื่อให้เกิดการรับรู้ ปล่อยวาง ไม่ตัดสินผิผิว ขอมรับปัญหา และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริง (Segal, Williams & Teasdale, 2002) และจากผลสำรวจการนับถือศาสนาของประชากรไทยพบว่าร้อยละ 94.8 ของจำนวนประชากรทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) การเจริญสติตามแนวทางพุทธศาสนาจึงสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้สอดคล้องกับชีวิตวิถีพุทธได้ (พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2553) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการแนวทางการบำบัดทางความคิดและ

พฤติกรรมของ Beck (1979) ร่วมกับแนวคิดการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติของ Segal, Williams & Teasdale (2002) พัฒนามาเป็นโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวทางในการดูแลตนเองทั้งกาย จิต สังคม สามารถตระหนัก รับรู้ ไม่ตัดสินผิถูกยอมรับอยู่กับปัญหาได้ มีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่บิดเบือนให้ถูกต้อง สามารถคิดและจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริง

กรอบแนวคิด

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรู้จักตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการเจริญสติ

กิจกรรมที่ 3 การฝึกวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน

กิจกรรมที่ 4 การฝึกวิเคราะห์ทบทวนปัญหา และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน

กิจกรรมที่ 5 การฝึกหยุดความคิดที่บิดเบือน และฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง

กิจกรรมที่ 6 การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา และฝึกการตระหนักถึงความคิดกับความจริง

กิจกรรมที่ 7 การฝึกใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับปัญหา

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ

2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ภาวะซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

1) เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติหลังได้รับ โปรแกรมจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม

2) เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัด ทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติจะ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่ง ทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลสองครั้ง ก่อนและ หลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และเข้ารักษา ที่แผนกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และ เข้ารักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 40 คน โดยมีเกณฑ์ ในการคัดเข้ากลุ่ม คือ 1) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้าตาม ICD-10 3) มีคะแนนภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) ถึงระดับมาก (20-29 คะแนน) 4) ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวช ระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคอื่นๆ 5) มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ 6) ไม่เคยได้รับการบำบัด ทางความคิดและพฤติกรรม และการฝึกเจริญสติ 7) ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ และ

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่เข้าร่วม กิจกรรมในโปรแกรมไม่ครบตามขั้นตอน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์อำนาจทดสอบใช้โปรแกรม PASS (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2553) โดยนำผลการศึกษา ของ Teasdale et al. (2002) และกุลธิดา สุภาคุณ (2549) มาร่วมกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน เพื่อให้ข้อมูลกระจายตัว เข้าใกล้โค้งปกติมากขึ้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่ม ตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน รวมเป็น 40 คน และจับคู่กลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจ กระทบต่อการวิจัยครั้งนี้ โดยจับคู่ตามเพศ อายุ และคะแนนภาวะซึมเศร้า แล้วจับฉลากเข้ากลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบทั้ง 20 คู่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้รับ อนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล มะเร็งรักษ์เรียบร้อยแล้ว จากนั้นกลุ่มตัวอย่าง ทุกคนจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ วิธีเก็บ ข้อมูล เวลาที่ใช้ ซึ่งแจ้งถึงการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อบริการ ที่พึงได้รับ ข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ จะ นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น สามารถถอนตัวจาก การวิจัยได้ตลอดเวลาหากมีข้อสงสัยสามารถ สอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง และเซ็นยินยอมไว้หาก สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ
ทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางความคิด
และพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ มีกิจกรรม
8 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละครั้ง นาน
8 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้าง
สัมพันธภาพ การประเมินความคิดและพฤติกรรม
และฝึกการรู้จักตนเอง กิจกรรมที่ 2 การให้
ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการเจริญสติ
กิจกรรมที่ 3 การฝึกวิเคราะห์ความคิดและ
พฤติกรรม และฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน
กิจกรรมที่ 4 การฝึกวิเคราะห์ทบทวนปัญหา
และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน กิจกรรมที่ 5 การฝึก
หยุดความคิดที่บิดเบือน และฝึกการยอมรับตาม
ที่เป็นจริง กิจกรรมที่ 6 การฝึกค้นหาแนวทาง
แก้ไขปัญหา และฝึกการตระหนักถึงความคิดกับ
ความจริง กิจกรรมที่ 7 การฝึกใช้ประสบการณ์
ที่เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับปัญหา และ
กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยตรวจ
ความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน
5 ท่าน ทดลองใช้ และนำข้อบกพร่องมาปรับแก้
ให้โปรแกรมสมบูรณ์ที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

ชุดที่ 2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล
ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา
อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่
เจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ 2) แบบประเมิน
ภาวะซึมเศร้าของ Beck (1979) แปลโดย มุกดา
ศรีรงค์ (2522 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536)
ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับปรุงภาษาให้เหมาะกับกลุ่ม
ตัวอย่าง แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและนำไปทดลอง
ใช้เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการ
ทดลอง ได้แก่ 1) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติ
ทางลบของ Hollon & Kendall (1980) แปลโดย
ลัดดา แสนสีหา และคาราวรรณ ต๊ะปันตา (2536)
2) แบบวัดระดับการมีสติของ Brown & Ryan
(2003) แปลโดยรัตดาพร สันติวงษ์ (2550) ซึ่ง
ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงภาษาให้เหมาะกับกลุ่ม
ตัวอย่างแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน
ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและนำไปทดลอง
ใช้เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ
วิเคราะห์คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่
ร้อยละ 2) เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าใน
แต่ละกลุ่มใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
3) เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม
ทดลองก่อนและกลุ่มควบคุมใช้สถิติทดสอบที
(Independent t-test) และ 4) กำหนดค่าระดับ
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมุติฐาน
ที่ตั้งไว้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรม
การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการ
เจริญสติ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของ
คะแนนซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่ม

ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ และการพยาบาลตามปกติ (n = 40)

เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	Df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	24.80	4.26	มาก	38.00	.18	.86
กลุ่มควบคุม	24.55	4.51	มาก			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	18.20	4.87	ปานกลาง	38.00	-3.09	.004*
กลุ่มควบคุม	23.55	6.00	มาก			

* p < .05

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลง ซึ่งอธิบายได้จากกิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรู้จักตนเอง เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการได้รับการบำบัดและเกิดความพร้อมในการที่จะนำวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติไปใช้ในชีวิตประจำวัน การประเมินความคิดและพฤติกรรมในการพบกันครั้งแรก ทั้งผู้วิจัยและผู้ป่วยต่างเป็นบุคคลแปลกหน้า แต่เมื่อได้มีการดำเนินกิจกรรม พบว่า

ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และเกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง และระหว่างผู้วิจัยซึ่งเป็นการสร้างบรรยากาศให้เอื้ออำนวยต่อการเป็นมิตรในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม มีการบอกจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ของการบำบัดแนวทางการปฏิบัติระยะเวลารวมถึงการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการบำบัดรักษา จึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ โดยเฉพาะเรื่องของการรักษาความลับที่ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อนี้ และยินดีที่จะเปิดเผยความรู้สึก และทำให้ความวิตกกังวลในการเข้ากลุ่มน้อยลง เกิดเป็นการพัฒนาสัมพันธภาพที่เข้าถึงจิตใจกันและกันของผู้วิจัยและผู้ป่วย ต่อจากนั้นกิจกรรมครั้งที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการเจริญสตินี้

ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่ม สมาชิกเริ่มรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ที่สำคัญ คือ การดึงประสบการณ์ของผู้ป่วยเข้ามาเชื่อมโยงกับเนื้อหาตามทฤษฎีที่สอนเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการเจริญสติ ทำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับโรคซึมเศร้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการเจริญสติมากขึ้น เป็นการเรียนรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง การทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากการมีส่วนร่วม ได้แบ่งปันประสบการณ์ของตนเองทำให้ความวิตกกังวลในการเข้ากลุ่มลดลง (กุลธิดา สุภาคุณ อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และรังสิมันต์ สุนทรไชยา 2550) ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 3 การฝึกวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรม และฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสินจากการที่ผู้ป่วยได้ฝึกการเจริญสติด้วยการทำสมาธิกำหนดลมหายใจ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกการวิเคราะห์เข้าใจถึงความคิดและพฤติกรรมของตนเองได้ชัดเจนขึ้น มีสติ รู้จักตัวเอง รับรู้อารมณ์ความคิดของตนได้ ตอบสนองต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม จากนั้นกิจกรรมครั้งที่ 4 การฝึกวิเคราะห์ทบทวนปัญหา และฝึกการอยู่ย่นปัจจุบัน ผู้ป่วยได้ฝึกการเจริญสติด้วยการทำสมาธิแบบสั้นช่วยฝึกจิตใจให้เป็นปัจจุบัน รับรู้ ยอมรับและไม่ตัดสิน พิจารณาทบทวนถึงปัญหาที่เกิดขึ้นว่ามีสาเหตุจากอะไร และแนวทางแก้ไขที่ถูกต้องทำอย่างไร ต่อมากิจกรรมครั้งที่ 5 การฝึกหยุดความคิดที่บิดเบือน และการฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง เป็นการฝึกสร้างความคิดใหม่ หยุดความคิดเดิมที่บิดเบือน โดยรวมกับการทำสมาธิกำหนดลมหายใจช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ รับรู้ และยอมรับความจริงได้ และกิจกรรมครั้งที่ 6 การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา

และฝึกการตระหนักรู้ถึงความคิดกับความจริง ฝึกให้แยกแยะระหว่างความคิดกับความจริง ซึ่งสมาชิกทุกคนสามารถรับรู้ได้ว่าความคิดไม่ใช่ความจริงเสมอไป โดยสมาชิกในกลุ่มมีความเข้าใจตรงกันว่าต้องมีสติ เพราะความคิดบางอย่างก็ไม่จริงเสมอไป เป็นการช่วยให้ฝึกการคิดในเชิงของเหตุผล ซึ่งจากกระบวนการในกิจกรรมครั้งที่ 1-6 นี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้รู้จักตนเอง รู้จักบริหารจัดการกับความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเองอย่างมีสติ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด และเกิดพฤติกรรมการแก้ไข ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับความจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พลัทธ์ โลเสถียรกิจ (2553) ที่ใช้การเจริญสติบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับการรับยา พบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมดีขึ้นสอดคล้องกับความจริง สำหรับกิจกรรมครั้งที่ 7 การฝึกใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับปัญหา และกิจกรรมครั้งที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำนั้น เป็นการให้ผู้ป่วยได้รวบรวมความรู้ทั้งหมด มาเป็นแนวทางแก้ไข ปัญหาจากสถานการณ์สมมุติ เพื่อให้คุ้นเคยกับวิธีการต่างๆ ในโปรแกรม เห็นความสำคัญในการฝึกฝน เกิดการตระหนักรู้ รู้จักความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนในทุกขณะ จนเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดอารมณ์และพฤติกรรมตามความสามารถนำมาเป็นแนวทางจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และการที่ผู้บำบัดให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่สามารถเกิดซ้ำได้อีกหากเผชิญกับสภาพวิกฤต ดังนั้นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำจึงเป็นการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยไว้เตรียมตัวพร้อมเผชิญปัญหาต่อไป ซึ่งเป็นการ

กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง จริงจัง ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น มากกว่าการ มุ่งเน้นที่การรักษา (White & Freeman, 2000) เป็นการให้ข้อมูลการดูแลตนเอง และเป็นการ แสดงให้เห็นถึงความห่วงใยของผู้บำบัดที่มีต่อ ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะ ซึมเศร้าลดลง และไม่เกิดโรคซ้ำ (จันทิมา องค์กรโฆนิต, 2545) ซึ่งการปฏิบัติตามขั้นตอนที่ กล่าวมานี้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจ มีกำลังใจ รักษาการเจ็บป่วยของตน ร่วมมือรับการบำบัด และนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ต่อไป โดยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ มีขั้นตอน ปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ หรือความคิดที่ไม่ สมเหตุสมผล ด้วยการใช้การเจริญสติร่วมด้วย ช่วยให้ตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน พิจารณาถึง ความคิดทางเลือกใหม่ที่มีผลต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และ ไม่เกิดโรคซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiesa & Serretti (2010) ที่ศึกษาถึงโรคซึมเศร้า และการป่วยซ้ำ โดยใช้กลุ่มบำบัดความคิดบน พื้นฐานการเจริญสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มี ประวัติป่วยซ้ำพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสิ้นสุด แล้วมีภาวะซึมเศร้าลดลง และไม่ป่วยซ้ำ ภายใน ระยะเวลาการติดตามผล 1 ปี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติกรพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติไปใช้ พยาบาลผู้ทำการบำบัดจะต้องเป็นบุคคลที่มีความ รู้พื้นฐานและทักษะในเรื่องการบำบัดทางความคิด

และพฤติกรรม และการเจริญสติ รวมทั้งมีทักษะ ในการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของ การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนิน กิจกรรมในโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

1.2 หลังการให้โปรแกรมการบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ เพื่อ ลดระดับภาวะซึมเศร้า ควรมีการติดตามระยะยาว โดยการติดตามประเมินผลระดับคะแนนภาวะ ซึมเศร้าเป็นระยะ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วย ได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ โรคซึมเศร้าในอนาคต

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้ง ต่อไป

2.1 ในการศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณา นำระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มาร่วมกับการลดภาวะซึมเศร้าในรายบุคคลมา ประกอบด้วย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการ เจ็บป่วยที่ยาวนานอาจตอบสนองต่อการรักษาได้ ไม่เท่ากับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่สั้นกว่า ซึ่งจากการดำเนินการทดลองของผู้วิจัยในครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลา การเจ็บป่วยที่ยาวนานกว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใน กลุ่มทดลอง ดังนั้นระยะเวลาการเจ็บป่วยจึงอาจ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองต่อการรักษา ของผู้ป่วย

2.2 ควรมีการนำโปรแกรมการบำบัด ทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ไปใช้กับผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นที่มีความผิดปกติ ด้านอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้ที่มีความผิดปกติ ทางอารมณ์เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ได้มีโอกาสในการนำกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมไปปรับเปลี่ยนความผิดปกติของอารมณ์จากพยาธิสภาพของโรคให้มีอาการดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กุลธิดา สุภาคุณ อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2550). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต*, 21(2), 79-89.
- ธรณินทร์ กองสุขและคณะ. (2551). ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย. การศึกษาระดับชาติ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พีรพันธ์ ลือบุญรัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2553). การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังด้วยการเจริญสติ: รายงานผู้ป่วย 2 ราย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 18 (3): 189-199.
- มานิช หล่อตระกูลและปาริมาภรณ์ สุกนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอนเตอร์ไพรส์.
- รศดาพร สันติวงษ์. (2550). *การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford press.
- Chiesa, A. & Serretti, A. (2010). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, Sep 14.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- White, J.R., & Freeman, A.S. (2000). *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Specific Problems and Populations*. Washington, DC: American Psychological Association.
- WHO. (2004). *Schedule for clinical assessment on neuropsychiatry and disability adjusted life years*. [online]. Available from: <http://www.who.int>.