

ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง ต่อการลดภาวะซึมเศร้า

THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY MULTI-CHANEL PROGRAM FOR DECLINING DEPRESSION

ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, คด. (Darawan Thapinta, Ph.D., R.N.)*

สุพิศ กุลชัย, พย.ม. (Supit Kulachai, M.N.S., R.N.)**

สมบัติ สกุลพรรณ, พย.ม. (Sombat Skulphan, M.N.S, R.N.)***

กรรณิการ์ ศรีมงคลธาราร, พย.ม. (Gunniga Srimongkontaratorn, M.N.S., R.N.)**

สุทธพร บุญยศิwapong, พย.ม. (Suthaporn Boonyasiwapong, B.N.S., R.N.)**

ผกาทิพย์ สุขจิตร, พย.ม. (Pakatip Sukjit, M.N.S., R.N.)**

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study effect of Multi-Channel Cognitive Behavior Therapy program for decreasing depression among depressed patients who received care in outpatient department, Srisatchanalai Hospital. 9-Question Depressive Disorder Diagnostic Test (9Q) were used for screening subject. Subjects were 36 depressed patients who have mild to moderate depression (score 7-18) aged 18 or more, randomly assigned to experimental and control group (18 patients each). Experimental group received 9 sessions of cognitive behavior therapy; session 1, 2, 3, 6 took place in clinic, session 4, 5 by telephone, session 7, 8, 9 treatment in home. In control group, they were taken care for depression by usual care of Srisatchanalai

Hospital. Evaluation with depression scale after 6 week for post-test and 2 week after that for follow-up was done.

The result revealed that 1) means score of depression among experimental group when compare between post-test and follow-up was lower than pre-test and in follow-up was lower than post-test 2) means score of depression in control group when compare between post-test and follow-up was lower than pre-test but difference between follow-up and post-test was not found 3) means score of depression of experimental group were significantly lower than control group in follow-up but not in post-test.

Key Words: Depression, Cognitive Behavior Therapy Multi-Chanel Program

* Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
e-mail: darawan1955@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีสันถวรักษ์ จังหวัดสุโขทัย

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดสุโขทัย การคัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้าจากการใช้แบบวัด 9 คำถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางใช้ค่าคะแนน 7-18 คะแนน อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 36 คน สุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคลและมีจำนวนการบำบัดรวม 9 ครั้ง โดยจะนัดผู้ป่วยมาพบที่แผนกผู้ป่วยนอก ในครั้งที่ 1, 2, 3, 6 ส่วนครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 เป็นการบำบัดทางโทรศัพท์ ในครั้งที่ 7, 8, 9 เป็นการบำบัดที่บ้านและการประเมินภาวะซึมเศร้า ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามบริการปกติของโรงพยาบาล กลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าทันทีหลังการสิ้นสุดโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (ใช้เวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์) ส่วนในกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า 6 สัปดาห์หลังจากถูกสุ่มเข้ามาเป็นกลุ่มควบคุม และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์หลังจากนั้น

ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 2) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมในระยะหลัง

การทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 3) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในระยะหลังการทดลองไม่พบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกและของประเทศไทย จะเห็นได้จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าทั่วประเทศของกรมสุขภาพจิต ในปี 2554-2555 พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35 เป็นภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยร้อยละ 25.93 ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางร้อยละ 4.0 และภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงร้อยละ 1.24 นับได้ว่าเป็นปัญหาของประเทศไทย ภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life years) เป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย และถ้าพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lost due to Disability) พบว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นอันดับที่ 1 ในผู้หญิงไทย และอันดับ 2 ในผู้ชายไทย ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 3 ของประชากรไทย หรือประมาณ 1.9 ล้านคน พบมากในกลุ่มคนวัยทำงาน ผู้สูงอายุ และวัยรุ่น ตามลำดับ โรคซึมเศร้าจะสัมพันธ์กับการ

ฆ่าตัวตาย โดยพบว่าในจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตาย สำเร็จประมาณร้อยละ 30 จะมีอาการของโรค ซึมเศร้ามาก่อน (กรมสุขภาพจิต, 2555) มีการ ประเมินการว่าคนไทยอายุระหว่าง 15 ถึง 59 ปี จำนวนไม่น้อยกว่า 800,000 คน ที่ป่วยเป็นโรค ซึมเศร้าประเภทรุนแรง (major depressive disorders) และมีอีกประมาณ 300,000 คน เป็นโรคซึมเศร้าประเภทเรื้อรัง (dysthymia) (กรมสุขภาพจิต, 2554)

ในโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย พบว่าในปี 2550-2553 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 56, 92, 113 และ 62 ราย (รายงานสุขภาพ จิต โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย, 2553) ผู้ป่วยจะ ได้รับการคัดกรองเบื้องต้นจากพยาบาลโดยใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต (2Q, 9Q) และส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยโรคจาก แพทย์ โดยการบำบัดรักษาหลังได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคซึมเศร้าจะรับไว้เพื่อให้การรักษา ในโรงพยาบาลในกรณีที่มีอาการรุนแรงเช่น มี อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันด้วยตนเองลดลง ไม่สามารถทำงาน ประจำได้ และที่สำคัญคือมีความคิดฆ่าตัวตาย ใน ผู้ป่วยที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจะเป็น ผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วย ตนเอง ทำงานได้ค่อนข้างปกติ ไม่มีความคิด ฆ่าตัวตาย จะนัดติดตามเป็นระยะเพื่อประเมิน อาการซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผลจากการบำบัดดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยมีอาการ ซึมเศร้าเป็นๆ หายๆ ร้อยละ 55 ของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าที่รักษาในโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัยต้อง รับการบำบัดรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน นอกจากนั้นยังมีอาการกลับเป็นซ้ำ

จำนวน 66 รายคิดเป็นร้อยละ 20.43 มีผู้ป่วย โรคซึมเศร้าพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 198 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.30 (รายงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย, 2553) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบำบัดโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอก ยังมีโอกาสที่จะสามารถพัฒนาได้อีก

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดย ทัวไปนั้นมีหลายวิธีตามการอธิบายการเกิดโรคที่ อยู่บนฐานของแนวคิดทฤษฎีทางชีวภาพ และ ทฤษฎีทางจิตสังคม (Bio – Psycho – Social Theory) เช่น การให้ยาด้านเศร้า (Antidepressants) และการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Therapy) เป็นต้น ซึ่งมีรูปแบบการบำบัดที่ หลากหลาย การบำบัดโดยการปรับความคิดและ พฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) ก็เป็นวิธีการบำบัดอีกวิธีหนึ่งที่มีการนำมา ใช้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การบำบัดโดยการ ปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดภาวะ ซึมเศร้าที่มีงานวิจัยสนับสนุนเป็นจำนวนมากว่า ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck & Alford, 2009; Westbrook, Kennerly, & Kirk, 2007) การบำบัด โดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy, CBT) ที่ได้ผลในการลดภาวะ ซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น ระบบของ เบคและ อัลฟอร์ด (Beck & Alford, 2009) จะต้องมีจำนวนครั้งตั้งแต่ 9-12 ครั้ง ขึ้นไป ในประเทศไทยจากการศึกษาของ มานิต ศรีสุรณานนท์ และคณะ (2552) พบว่า ผู้ป่วย จะหยุดมาเข้ารับการบำบัดแบบ CBT ก่อนถึง สัปดาห์ที่ 12 (8/14) คิดเป็นร้อยละ 57.1 ซึ่ง สูงกว่าที่พบในการบำบัดโดยการปรับความคิด และพฤติกรรมในประเทศอิตาลี ซึ่งพบการหยุด

มารับการบำบัดแบบ CBT ก่อนถึงสัปดาห์ที่ 12 (3/19) คิดเป็นร้อยละ 18.5 สถานการณ์นี้แสดงถึงปัญหาในการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมตามบริบทของสังคมไทย

นอกจากนั้นผู้ป่วยบางคนไม่ได้มีลักษณะของอาการของภาวะซึมเศร้าจึงได้รับการประเมินว่าเป็นความเครียดตามปกติและไม่ได้ได้รับการรักษาอาการซึมเศร้า ประกอบกับไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มีข้อจำกัดในการเดินทาง ขาดแหล่งสนับสนุน และไม่ได้ทำตามขั้นตอนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (Ammerman, Putnam, Stevens, Holleb, Novak, & Van Ginkel, 2005) จึงเกิดวิธีการทำจิตบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์ (Cognitive behavior therapy-telephone treatment, CBT-TT) (Tutty, Spangler, Poppleton, Ludman, & Simon, 2010) และการทำจิตบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมที่บ้าน (In-home Cognitive behavior therapy, IH-CBT) (Ammerman et al., 2005)

จากการศึกษาในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ถึงประสิทธิผลของการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์เพียงอย่างเดียว โดยไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 30 คน มีการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลา 30 นาทีในแต่ละครั้ง พบว่าผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 69 มีความพึงพอใจมาก และสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้และแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน โดยผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าร่วมการปรับความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์ได้ครบ 3 เดือน และผู้ป่วยร้อยละ 87

สามารถเข้าร่วมการปรับความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์ได้ครบ 6 เดือน นอกจากนี้ยังสามารถลดค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับการมาบำบัดที่คลินิก ถึง 100 ดอลลาร์ (Tutty et al., 2010) และจากการประเมินงานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องการให้การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์ของอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพในประเทศอังกฤษ ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คนจาก 2 งานวิจัย โดยการสัมภาษณ์ประสบการณ์ของผู้รับบริการการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์ งานวิจัยที่ 1 (15 คน) การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์โดยผู้บำบัดกับผู้ป่วยที่มาขอรับที่การบำบัดด้วยตนเอง มีทั้งผู้ป่วยโรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคต้นตอระหนก โดยเป็นกลุ่มที่เจ็บป่วยนานกว่า 2 ปี งานวิจัยที่ 2 (15 คน) การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์โดยผู้บำบัดกับผู้ป่วยที่ถูกส่งมารับการรักษา และมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล ซึ่งเริ่มมีอาการ 8-90 วัน พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความพึงพอใจในการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์ แม้ว่าจะมีบางส่วนที่ยังยึดติดกับการบำบัดแบบเดิมในระยะแรก (Bee, Lovell, Lidbetter, Easton, & Gask, 2010) นอกจากการศึกษากการปรับความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์แล้ว ยังมีการศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมที่บ้าน (IH-CBT) เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบยึดสิ่งที่ปัจจุบันเป็นศูนย์กลาง (Present – Centered Therapy, PCT) มารดาที่มีบุตรเป็นคนแรกที่มีภาวะซึมเศร้า

จำนวน 220 คน โดยมีการให้การบำบัดที่บ้าน 15 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการติดตามกระตุ้น 2 ครั้ง มีการติดตามหลังการให้โปรแกรมในระยะ 6, 12, 18 เดือน พบว่าการทำการปรับความคิด และพฤติกรรมที่บ้าน (IH-CBT) มีประสิทธิภาพดีกว่า การบำบัดแบบยืดยาวที่เป็นปัจจุบันเป็น ศูนย์กลาง (Present – Centered Therapy, PCT) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าลดลง มีอัตราการ กลับเป็นซ้ำลดลง มีการเพิ่มขึ้นของการสนับสนุน ทางสังคม และมีอาการทางจิตลดลง นอกจากนี้ พบว่า มีบทบาทการเลี้ยงดูที่ดีขึ้น สัมพันธภาพ ระหว่างมารดาและเด็กดีขึ้น และเด็กมีการพัฒนา เรื่องสติปัญญา สังคม อารมณ์ และทางร่างกาย ที่ดีขึ้น (Ammerman & Putnam, 2013)

ทีมผู้วิจัยพบว่า ยังไม่มีโปรแกรมใด ๆ ทาง ด้านการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้ง ปัญหาในการบำบัดโดยการปรับความคิดและ พฤติกรรมตามบริบทของสังคมไทยที่มักจะ มาตามนัดไม่ครบจำนวนครั้งตามขั้นตอนการ บำบัด ทีมผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างและทดลองใช้ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบ หลายช่องทาง โดยให้การบำบัดทั้งในคลินิก บำบัดอย่างต่อเนื่องตามขั้นตอนทางโทรศัพท์ และที่บ้าน เพื่อให้สามารถให้การบำบัดได้ครบ ตามจำนวนครั้งของโปรแกรม ในผู้ป่วยแผนก ผู้ป่วยนอก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดครบ ตามขั้นตอน เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรง พยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย เพื่อจะ นำไปใช้ลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรมแบบหลายช่องทางเพื่อลดภาวะ ซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย และศึกษาผลของโปรแกรมใน การลดระดับภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ใน ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะ ติดตามผล 2 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม ใน ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะ ติดตามผล 2 สัปดาห์
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองและ ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่ม ทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตาม ผลต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อน การทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่ม ควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตาม ผล 2 สัปดาห์ กับระยะก่อนการทดลองไม่แตก ต่างกัน
3. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่ม

ทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ มีความสัมพันธ์กัน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ของบุคคลจะถูกกำหนดจากความคิด หากกระบวนการคิดของบุคคลบิดเบือนไม่ถูกต้อง คิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตไปในทางลบ โดยไม่ได้พิสูจน์ความคิดนั้นว่าเป็นจริงหรือไม่เพียงใด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ของบุคคลนั้นจะแสดงถึงอาการซึมเศร้า การเปลี่ยนแปลงความคิดจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นพบความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้ทำการพิสูจน์หรือประเมินความคิดดังกล่าวว่าเป็นความจริงหรือไม่และมากน้อยเพียงใด รวมทั้งการปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวตามความเป็นจริง เมื่อความคิดทางลบที่เป็นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า เปลี่ยนไปก็จะทำให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลงได้ (Beck, 1995, 2011) ดังนั้นโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยการค้นหาการคิดอัตโนมัติทางลบ และทำการพิสูจน์การติดตามความเป็นจริง รวมทั้งการปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าว จะสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ได้ โดยเฉพาะเมื่อได้รับการบำบัดเมื่อมารับยาที่คลินิกในโรงพยาบาล และได้รับการบำบัดต่อเนื่องตามขั้นตอนของโปรแกรมทางโทรศัพท์ และที่บ้าน ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยรับการบำบัดจนครบ

จำนวนครั้งที่กำหนดไว้ โดยใช้แนวคิดเดียวกันในทุกช่องทางการบำบัด ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอกให้ได้รับการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมได้ครบทุกขั้นตอนและครบทุกครั้ง ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ (two-group pre-post test design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยการนำค่า ขนาดอิทธิพล ที่คำนวณได้จากการศึกษาของกิตสัมบันท์ (Kitsumban et al., 2009) มาร่วมกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 36 ราย (สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน) เลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติคือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) อายุ 18 – 60 ปี 3) มีคะแนนความซึมเศร้า ตามแบบประเมินความซึมเศร้า 9 คำถามในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางขึ้นไป โดยมีค่าคะแนนเท่ากับ 7-18 คะแนน 4) ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง ในการติดต่อสื่อสารภาษาไทย 5) ไม่มีปัญหาในการพูดคุยกับผู้บำบัดทางโทรศัพท์

6) ยินดีให้ไปเยี่ยมที่บ้าน 7) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมจนจบโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นที่เรียบร้อยแล้วว่าไม่มี การล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพและไม่ก่อให้เกิด ภัยอันตรายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้แนะนำตัว กับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยต่อส่วนรวมแก่กลุ่ม ตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยและสามารถออกจากการศึกษา ได้ทุกขั้นตอน ข้อมูลทั้งหมดจะไม่มีการเปิดเผย ทำให้เกิดความเสียหาย ข้อมูลที่ได้จะใช้ประโยชน์ ในงานวิจัยและนำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่ม ตัวอย่าง ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมกลุ่ม ทั้งหมดของกลุ่มทดลองแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนิน กิจกรรมกลุ่มบำบัดแบบปรับความคิดและ พฤติกรรมให้กับกลุ่มควบคุม ในกรณีที่กลุ่ม ควบคุมมีความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการป่วย จำนวนครั้งในการมารักษา

ยาที่ใช้ในการรักษา

1.2 เครื่องมือในการประเมินภาวะ ซึมเศร้า ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ของ ทรนิทท์ กองสุข และคณะ (2550) มีทั้งหมด 9 ข้อ ให้เลือกตอบว่า “มี” หรือ “ไม่มี” ความแม่นยำตรงจากการหาจุดตัดคะแนน ที่เหมาะสมโดยการทำ Receiver Operating Characteristic Curve analysis = 0.9283 (95% CI = 0.8931 – 0.9635) คือ 7 คะแนนขึ้นไป มีค่า ความไวสูงร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูงถึง ร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรค MDD ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า = 11.41 เท่า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

แผนกิจกรรมกลุ่มบำบัดแบบปรับ ความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการปรับ เปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ เบ็ค (Beck, 1995) โดย ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, สุพิศ กุลชัย, สมบัติ สกุลพรรณ, กรรณิการ์ ศรีมงคลธรา, สุชาพร บุญยศิลาพงศ์ และ ผกาทิพย์ สุขจิตร (2553) ซึ่งโปรแกรมการบำบัดนี้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักคือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติ ในทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติใน ทางลบ และ 3) การปรับเปลี่ยนความคิดหรือการ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ตามความเป็นจริง ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคลและมีจำนวนการ บำบัดรวม 9 ครั้ง โดยจะนัดผู้ป่วยมาพบที่แผนก ผู้ป่วยนอก ในครั้งที่ 1, 2, 3, 6 สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ส่วนครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 จะเป็นการบำบัดทาง โทรศัพท สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในครั้งที่ 7-9 เป็น การเยี่ยมบ้านและการประเมินภาวะซึมเศร้า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์โดยใน

แต่ละครั้งจะพบหรือพูดคุยกันในการบำบัด
ครั้งละ 30-90 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้
ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย การหาความตรง
ตามเนื้อหา (content validity) และการหาความ
เชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ซึ่งผู้วิจัยได้
ดำเนินการดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม
(9 Q) ที่นักศึกษาไม่ได้คัดแปลงใดๆจึงไม่ได้หาค่า
ความตรงของเนื้อหา

1.2 แผนกิจกรรมกลุ่มบำบัดแบบปรับ
ความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความซึมเศร้าของ
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้ตรวจสอบความตรงตาม
เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการบำบัดแบบ
ปรับความคิดและพฤติกรรม 1 ท่าน นักจิตวิทยา
ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการบำบัดแบบปรับความคิด
และพฤติกรรม 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทาง
ด้านการทำกลุ่มบำบัดแบบปรับความคิดและ
พฤติกรรม 1 ท่าน หลังผ่านการพิจารณาจาก
ผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้วทีมผู้วิจัยนำเครื่องมือ
มาปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอ
แนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้เพื่อ
ทดสอบความเข้าใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่โรง
พยาบาลสวรรค์โลก จำนวน 1 ราย และพบว่า
โปรแกรมดังกล่าวสามารถใช้ในผู้ป่วยซึ่งมี
ลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างได้จริง

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 Q ที่ม
ผู้ศึกษาได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะ
คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า
โรงพยาบาลสวรรค์โลก จำนวน 10 คน และ
คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค (Cronbach coefficient)
(Polit & Beck, 2004) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ
0.8

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติ
พรรณนา หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน
ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที
และระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์โดยใช้การ
วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way
ANOVA) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ย
คะแนนภาวะซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มและใช้สถิติ
ทดสอบที (Independent t-test) เพื่อวิเคราะห์
ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะ
หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยกำหนด
ระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการป่วย จำนวนครั้งในการรับรักษา และยารักษาโรคซึมเศร้า

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 18)		กลุ่มควบคุม (n = 18)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	4	22.2	3	16.7
หญิง	14	77.8	15	83.3
อายุ (ปี)				
20-30	1	5.6	4	22.2
31-40	-	-	4	22.2
41-50	9	50	1	5.6
51-60	7	38.8	9	50
61-70	1	5.6	-	-
	(mean = 48.17 SD = 8.686)		(mean = 43.78, SD = 13.251)	
สถานภาพสมรส				
โสด	1	5.6	-	-
คู่	15	83.3	12	66.7
หม้าย				
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาปีที่ 4	2	11.1	6	33.3
ประถมศึกษาปีที่ 6	13	72.2	7	38.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	11.1	3	16.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	5.6	3	16.7
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
<5,000	2	11.1	5	27.7
5,000-10,000	13	72.2	9	50
15,000	3	16.7	6	33.3
	2	11.1	3	16.7

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการป่วย จำนวนครั้งในการรับรักษา และยารักษาโรคซึมเศร้า (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 18)		กลุ่มควบคุม (n = 18)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาการป่วย				
2-4 สัปดาห์	1	5.6	-	-
5-8 สัปดาห์	-	-	2	11.1
9-11 สัปดาห์	3	16.7	2	11.1
12 สัปดาห์ขึ้นไป	14	77.8	14	77.8
จำนวนครั้งในการรับรักษา				
1 ครั้ง	14	77.8	13	72.2
2 ครั้ง	-	-	1	5.6
มากกว่า 2 ครั้ง	4	22.2	4	22.2
ยารักษาโรคซึมเศร้า				
Fluoxetine	18	100	18	100

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 77.8 เพศชายร้อยละ 22.2 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.17 (SD.=8.686) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ร้อยละ 83.3 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 72.2 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 72.2 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 77.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับรักษา 1 ครั้ง ร้อยละ 77.8 และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการรักษาโดยการใช้ยา Fluoxetine

กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 83.3 เพศชายร้อยละ 16.7 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.78, (SD=13.251) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ร้อยละ 66.7 ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 38.9 ประถมศึกษาปีที่ 6 และมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 16.7 มัธยมศึกษาตอนปลาย 27.7 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 50 รายได้ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 33.3 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 77.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับรักษา 1 ครั้ง ร้อยละ 72.7 และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการรักษาโดยการใช้ยา Fluoxetine

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล

กลุ่มการทดลอง/ระยะการทดลอง	mean	SD	p-value
กลุ่มทดลอง			
ระยะก่อนการทดลอง	13.94	3.00	.000
ระยะหลังการทดลอง	7.17	3.65	
ระยะก่อนการทดลอง	13.94	3.00	.000
ระยะติดตามผล	3.44	2.85	
ระยะหลังการทดลอง	7.17	3.65	.003
ระยะติดตามผล	3.44	2.85	
กลุ่มควบคุม			
ระยะก่อนการทดลอง	12.78	2.39	.003
ระยะหลังการทดลอง	9.22	3.21	
ระยะก่อนการทดลอง	12.78	2.39	.000
ระยะติดตามผล	6.94	3.35	
ระยะหลังการทดลอง	9.22	3.21	.083
ระยะติดตามผล	6.94	3.35	

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมใน

ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

กลุ่มการทดลอง / ระยะการทดลอง	mean	SD	df	t	p-value
ระยะหลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	7.17	3.65	34	-1.79	.082
กลุ่มควบคุม	9.22	3.21			
ระยะติดตามผล					
กลุ่มทดลอง	3.44	2.85	34	-3.373	.002
กลุ่มควบคุม	6.95	3.35			

จากตารางที่ 3 พบว่าในระยะหลังการทดลองไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างสองกลุ่ม แต่พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองได้ จะเห็นได้จากการที่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่าการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การพิสูจน์และประเมินความคิดดังกล่าว รวมทั้ง

การตอบสนองอย่างเหมาะสม ช่วยให้เกิดการปรับความคิดและพฤติกรรม จึงทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าลดลงได้ (Beck, 2011; Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007) และแม้ว่าจะไม่พบการศึกษาที่นำเอาทั้งการบำบัดที่คลินิก ร่วมกับการบำบัดทางโทรศัพท์ และการบำบัดที่บ้านเพื่อช่วยให้เกิดความร่วมมือในการบำบัด แต่ผลการศึกษาที่เป็นไปในทิศทางเดียวกับการทบทวนงานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 2 งานที่เกี่ยวกับการใช้การปรับความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์ (T-CBT) ของอาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่สุขภาพของประเทศอังกฤษ ซึ่งพบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ (Bee, Lovell, Lidbetter, Easton, & Gask, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ คอปกิน และคณะ (Dobkin et al., 2011) ซึ่งได้ทดลองใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางโทรศัพท์ ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาในคลินิกเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยพากินสัน

ในผู้ป่วยจำนวน 21 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 95 มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความคิดทางลบ และการปรับตัวดีขึ้น

นอกจากนี้การศึกษาประสิทธิผลของการปรับความคิดและพฤติกรรมที่บ้านในผู้ที่เริ่มบทบาทของมารดาเป็นครั้งแรกในชีวิต (IH-CBT) ซึ่งพบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน และยังสามารถลดบทบาทที่ไม่เหมาะสมลงได้ (Ammerman, Putnam, Stevens, Holleb, Novak, & Van Ginkel, 2005; Ammerman, & Putnam, 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าทำให้การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมที่บ้านโดยใช้เวลา 5 สัปดาห์ พบว่ามีความเป็นไปได้และได้รับการยอมรับจากผู้ดูแลที่สูญเสียญาติที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 11 คน สามารถลดภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับลงได้ทั้งในระยะติดตามผล 3 สัปดาห์และ 5 สัปดาห์ (Carter, Mikan & Simpson, 2009)

แม้ว่าในกลุ่มควบคุมก็พบการลดลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลซึ่งต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แต่ก็ยังไม่พบความแตกต่างระหว่างระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล แสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามการดูแลของโรงพยาบาลแต่ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่อง เพราะลดลงมาได้เพียงระดับหนึ่งแต่ยังคงอยู่ในระดับที่ยังคงมีภาวะซึมเศร้า คือ 9.22 คะแนนในระยะหลังการทดลอง และ 6.95 คะแนนในระยะติดตามผล (คะแนนที่แสดงถึงการเริ่มมี ภาวะซึมเศร้าคือ

7 คะแนน) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลองเท่ากับ 7.17 ในระยะติดตามผลเท่ากับ 3.44 ซึ่งหมายความว่าไม่ได้มีภาวะซึมเศร้าแล้วและเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีอย่างต่อเนื่องแม้จะสิ้นสุดโปรแกรมเป็นเวลา 2 สัปดาห์แล้ว ส่วนการไม่พบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลในกลุ่มควบคุมก็แสดงถึงการเริ่มคงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงที่ช้ามากของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ประกอบกับเมื่อทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มในระยะติดตามผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ผลการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยการใช้การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์ จำนวน 8 ครั้ง ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในชนบทของรัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 101 คน พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการปรับความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์ มีภาวะซึมเศร้าที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม ทั้งในระยะ 6 สัปดาห์ 3 เดือน และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .017 (Dwight-Johnson et al., 2011) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

การปรับความคิดและพฤติกรรมในคลินิก ร่วมกับทางโทรศัพท์และที่บ้าน สามารถให้ผลในการบำบัดได้ดีมาก และผู้ป่วยสามารถเข้าร่วม

โปรแกรมได้จนครบ และหากจะให้ผลดี จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเตรียมความพร้อมให้เหมาะสม เช่นการเตือนให้ผู้ป่วยเข้าไปรับการบำบัดทางโทรศัพท์ในทันที จะไม่มีผู้รบกวนซึ่งจะทำให้เสียสมาธิ เช่นเดียวกับที่บ้านควรจัดสถานที่ให้เหมาะสมและไม่มีผู้เข้ามาร่วมการพูดคุยจนทำให้เสียสมาธิเช่นกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

การทดลองครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางที่ทีมผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าได้ และน่าสนใจที่จะติดตามผลในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี รวมทั้งน่าสนใจที่จะศึกษาความคุ้มค่าคุ้มทุนในการใช้โปรแกรมนี้ในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2554). *แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2, 2554)*. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *อัตราการป่วยทางจิตต่อแสนประชากรประจำปีงบประมาณ 2554 – 2555*. นนทบุรี.
- ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. (2550). *โรคซึมเศร้าองค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- มานิต ศรีสุรภานนท์, ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, และ อัจฉรา จรัสสิงห์. (2552). การรักษาผู้รับการบำบัดโรคซึมเศร้าชนิด Major Depressive Disorder ด้วย Cognitive Behavioral Therapy: การพัฒนานุเคราะห์และประเมินการให้บริการในผู้รับการบำบัดชาวไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(4), 367-374.
- โรงพยาบาลศรีสะเกษ. (2553). รายงานสุขภาพจิตประจำปี 2552. ศรีสะเกษ, จังหวัดสุโขทัย
- Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Stevens, J., Holleb, L. J., Novak, A. L., & Van-Ginkel, J. B. (2005). In-home cognitive behavior therapy for depression: An adapted treatment for first-time mothers in home visitation. *Best Practices in Mental Health*, 1(1), 1–14.
- Ammerman, R. T., & Putnam, F. W. (2013). Treatment of Maternal Depression in home Visitation: Mother and Child Impacts. Retrieved August 15, 2013, from <http://www.clinicalTrials.gov/ct2/show/NCT01212783>.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* (2nded.). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. (2nded.). New York:

- The Guilford Press.
- Bee, P. E., Lovell, K., Lidbetter, N., Easton, K., & Gask, L. (2010). You can't get anything perfect: User perspectives on the delivery of cognitive behavioural therapy by telephone. *Social science & Medicine*, 71, 1308-1315.
- Dobkin, R. D., Menza, M., Allen, L. A., Tiu, J., Friedman, J., Bienfait, K. L., Gara, M. A., & Mark, M. H. (2011). Telephone-based cognitive-behavioral therapy for depression in Parkinson disease. *Journal of Geriatric Psychiatry Neurology*, 24(4), 206-214.
- Dwight-Johnson, M., Aisenberg, E., Golinelli, D., Hong, S., O'Brien, M., & Ludman, E. (2011). Telephone-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Latino Patients Living in Rural Areas: A Randomized Pilot Study. *Psychiatric Services*. Doi 10.1176/appi.ps.62.8.936.
- Kitsumban., V., Thapinta., D., Sirindharo, P. B., & Anders., R. (2009). Effect of Cognitive Mindfulness Practice Program on Depression Among Elderly Thai Women. *Thai Journal of Nursing Research*, 13(2), 95-108.
- Leis, J. A., Mendelson, T., Tandon, S. D., & Perry, D. F. (2009). A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*, 12(1), 3-13.
- Polit, D. F., & Beck, C. (2004). *Nursing Research: principles and methods* (7th Ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Tutty, S., Spangler, D. L., Poppleton, L. E., Ludman, E. J., & Simon, G. E. (2010). Evaluating the effectiveness of cognitive behavioural teletherapy in depressed adults. *Behaviour Therapy*, 41, 229-236.
- Westbrook, D., Kennerly, H., & Kirk, J. (2007). *Cognitive Behavior Therapy: Skill and Applications*. Los Angeles: SAGE Publication.