

EFFECTS OF USING MULTISENSORY POSITIVE MEMORY STIMULATION METHOD ON DEPRESSION IN PEOPLE WITH MILD DEPRESSION

Supranee Phimtra, Ph.D. candidate*, Peera Wongupparaj, Ph.D. **, Kanok Pantong, Ph.D. ***

Abstract

Objective: To compare multiple positive memory stimulation therapy (M-PMS) and psychoeducation in people with mild depression.

Methods: This study was a quasi-experiment and a pretest-posttest control group design. The participants were sixty people with mild depression, which were assessed by the 9Q questionnaire (i.e., scores of 7-12). This research was conducted in Ubon Ratchathani province. Participants were recruited by using a random sampling and divided into two groups, each group consisted of 30 people. The intervention group received the M-PMS and the control group received a psychoeducation. Three people were terminated from this study, one person from the M-PMS group and two people from the control group because they were infected with COVID-19 and admitted to the hospital. The measuring instruments were the Beck Depression Inventory-II and activities of Depression Task (DT). Data were analyzed using chi-square and t-test.

Results: The M-PMS is individual therapy at home and follow were conducted and delivered by an internet-based platform. It's been practiced with papers and computers. The results showed that after trial, the depression scores in the M-PMS group was significantly lower than the control group ($t = -2.76, p < .01$). The Comparison before and after trials found that both groups a significant reduction in depression scores (M-PMS: $t = 8.09, p < .01$; Psychoeducation: $t = -2.05, p < .01$). The M-PMS group had significantly higher of DT response accuracy score than the control group ($t = 3.38, p < .10$). The comparison before and after trials found that the M-PMS group significantly gained a higher score for response accuracy after trial in relative to before trial ($t = -5.43, p < .01$). The control group showed no different scores between before and after the intervention ($t = -2.05, p > .01$).

Conclusion: The M-PMS therapy can be regarded as another promising way to treat people with mild depression. It's also able to increase positive WM processing and reduce negative WM processing.

Keywords: multisensory positive memory stimulation, depression, mild depressive symptoms

*Student, Doctor of Philosophy, College of Research methodology and Cognitive Science, Burapha University

**Corresponding author: Lecturer, College of Research methodology and Cognitive Science, Burapha University, e-mail: peera.wo@go.buu.ac.th

***Assistant Professor, College of Research methodology and Cognitive Science, Burapha University

Received: 2 October 2022, Revised: 14 December 2022, Accepted: 21 December 2022

การเปรียบเทียบผลของวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุกับ การให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

สุปราณี พิมพ์ตรา, Ph.D. candidate*, พีร วงศ์อุปราช, ปร.ด. **, กนก พานทอง, ปร.ด. ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบผลของการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุ (M-PMS) กับการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลก่อนกับหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยจากการประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (7 - 12 คะแนน) ดำเนินการวิจัยในจังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยการสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับ M-PMS และกลุ่มควบคุมได้รับสุขภาพจิตศึกษา มี 3 คน ที่ต้องยุติการทดลอง จากกลุ่ม M-PMS 1 คน และกลุ่มควบคุม 2 คน เนื่องจากคิดโรคจิตต้องรักษาในโรงพยาบาล เครื่องมือวัดผลคือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck depression inventory II; BDI-II) และกิจกรรมทดสอบภาวะซึมเศร้า (Depression Task ; DT) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา : การบำบัด M-PMS เป็นการบำบัดรายบุคคลที่บ้าน และติดตามโดยใช้แพลตฟอร์มทางอินเทอร์เน็ต โดยการศึกษาปฏิบัติทางกระดาษและคอมพิวเตอร์ช่วยฝึก ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม M-PMS น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.76, p < .01$) การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าทั้งสองกลุ่มในระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าทั้งสองกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (M-PMS: $t = 8.09, p < .01$; Psychoeducation: $t = -2.05, p < .01$) กลุ่ม M-PMS มีคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองด้วย DT สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.38, p < .01$) เมื่อเปรียบเทียบระยะก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่ม M-PMS มีคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.43, p < .01$) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนความถูกต้องหลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง ($t = -2.05, p > .01$)

สรุป : การบำบัดด้วย M-PMS เป็นอีกวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และกระตุ้นการทำงานของ Working Memory (WM) นอกจากนี้ยังสามารถเพิ่มการประมวลผลของ WM ในทางบวกและลดการประมวลผลในทางลบ

คำสำคัญ : วิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุ, ภาวะซึมเศร้า, อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

*นักศึกษาลัทธิศรัทธาคุณวุฒิบัณฑิต วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา, e-mail: peera.wo@go.buu.ac.th

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่รับ: 2 ตุลาคม 2565, วันที่แก้ไข: 14 ธันวาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 21 ธันวาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้กับทุกคน ลักษณะอาการที่พบส่วนใหญ่คือ อารมณ์เศร้ามากเกินไปและนานเกินควร ซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และมักจะมีความรู้สึกที่ยากลำบากในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หากอารมณ์ซึมเศร้าคงมีอยู่ต่อเนื่องติดต่อกันนานถึง 2 สัปดาห์ โดยไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม มีแนวโน้มจะนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า (Barry, 2002) ปี พ.ศ. 2564 พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึง 1.20 ล้านคน (ระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) อาการซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ครอบครัว และสังคม นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายค่อนข้างสูง ทำให้ผู้ที่อาการซึมเศร้าในระดับมากมีโอกาที่จะทำร้ายตัวเองได้สูง (Symonds & Anderson, 2016) สาเหตุเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น พันธุกรรม สารเคมีในสมอง เป็นต้น ปัจจัยทางครอบครัว สังคมและวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น โดยเฉพาะปัจจัยทางชีวภาพที่เกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ มีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางลบได้ง่าย ทำให้เกิดความเอนเอียงทางปัญญา (Cognitive bias) นั่นคือสมองมีการทำงานบิดเบือนไปจากความจริงหรือไม่สมเหตุผล ที่พบได้บ่อย คือ ความเอนเอียงทางการใส่ใจ (Attention bias) และความเอนเอียงทางความจำ (Memory bias) โดยเฉพาะความจำขณะปฏิบัติการ (Working memory) มักจะใช้ข้อมูล

ทางลบมาตีความ (Mennen, Norman, & Turk-browne, 2019)

ความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ได้รับอิทธิพลจากการทำงานของสมอง โดยเฉพาะการประมวลผลข้อมูลความจำที่ดึงเอาข้อมูลทางลบมาใช้อ้างอิง ทำให้ตีความต่อสถานการณ์ไปทางลบ นำไปสู่อาการซึมเศร้า (Weeland, Nijhof, Otten, Vermaes, & Buitelaar, 2017) ความเอนเอียงทางความจำคือการบิดเบือนเนื้อหาความจำไปทางลบขณะเรียกคืนข้อมูลความจำ ทำให้การประมวลผลและตีความทางลบไว จนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (LeMoult & Gotlib, 2018) สะท้อนถึงความบกพร่องทางปัญญา เช่น การใส่ใจ ความจำ การประมวลผลข้อมูล เป็นต้น และเป็นการทำงานของจิตใต้สำนึกก่อนจะแสดงออกทางพฤติกรรม การศึกษาของ Dillon & Pizzagalli (2018) พบว่า ความจำขณะปฏิบัติการตั้งแต่การรับสัมผัส (Sensory memory) การเข้ารหัสข้อมูล (Encoding) และการเรียกคืนข้อมูล (Retrieval) ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร่าคล้อยตามข้อมูลทางลบก่อให้เกิดความคิดลบ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงระยะเริ่มต้นของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ Baddeley, Banse, Huang, & Page (2012) ในการตรวจจับความชอบ (Hedonic detection) ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเอนเอียงไปทางลบ จากหลักฐานคลื่นไฟฟ้าสมองขณะทำการทดสอบยับยั้งข้อมูลทางลบชี้ว่าตำแหน่ง Central-parietal และ Lateral มีการทำงานมากกว่าคนปกติ และผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Iacoviello & Charney (2015)

ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า คะแนนความถูกต้อง และเวลาในการตอบสนองประเมินด้วย n-back task มีคะแนนความถูกต้องน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และเวลาตอบสนองนานกว่ากลุ่มควบคุม แสดงถึงความจำขณะปฏิบัติการมีความไวต่อการนำข้อมูลทางลบมาประมวลผล ศูนย์กลางของการบริหารจัดการข้อมูลเกิดความเอนเอียงไปทางลบ และเวลาในการตอบสนองที่นาน สะท้อนถึงมีการคิดและตัดสินใจช้า (Nikolin et al., 2021)

ความเอนเอียงทางความจำทำให้เกิดความคิดลบ เป็นปัจจัยเสี่ยงระยะเริ่มแรกของภาวะซึมเศร้าที่รักษาให้หายด้วยยาได้ยาก การบำบัดทางจิตวิทยาช่วยลดความคิดทางลบลงได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยที่ยังไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ในประเทศไทยพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 42.17 (ระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และได้รับการดูแลเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษา ตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้ากรมสุขภาพจิต แต่ยังไม่พบข้อมูลว่าลดภาวะซึมเศร้าได้มากน้อยเพียงใด วิธีบำบัดส่วนใหญ่เน้นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า เช่น การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห (Problem Solving Therapy; PST) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT) เป็นต้น วิธีดังกล่าวยังมีข้อจำกัดคือต้องบำบัดที่โรงพยาบาล ห่วงเวลาบำบัดไม่เอื้อต่อผู้รับการบำบัดและมีปัญหามาดำเนินการไม่ครบตามโปรแกรม

ผู้วิจัยได้พัฒนาวิธีการบำบัดด้วยการ

กระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุขึ้นมา ช่วยกระตุ้นความจำขณะปฏิบัติการด้วยสิ่งเร้าทางบวกผ่านการมองเห็นและได้ยิน เพื่อให้ประมวลผลข้อมูลทางบวกมีความไวขึ้น และเพิ่มการตีความทางบวก ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Barutchu, Sahu, Humphreys, & Spence, 2019) ตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก และผสมผสานการเรียนรู้แบบบูรณาการพหุประสาทสัมผัส สำหรับประเทศไทยมีงานวิจัยที่นำแนวคิดจิตวิทยาทางบวกมาพัฒนาโปรแกรมฝึกพูดทางบวกกับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง พบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ในระยะหลังการทดลองและติดตาม 1 เดือน (ปวิมล หายสนันท์, ดารารรรณ ต๊ะปินตา, และ วรณช กิตสัมบันท์, 2563) วิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยเนื่องจากสิ่งเร้าที่นำมาใช้ได้พัฒนามาจากกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น เพราะเป็นวัยที่ควรส่งเสริมลดความขัดแย้งในใจกับบทบาทต่าง ๆ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI-II และคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression task (DT) ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยหลังได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุ (M-PMS) กับการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI-II และคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression

task (DT) ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ก่อนและหลังได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วย สิ่งเร้าพหุ(M-PMS)

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า จากแบบประเมิน BDI-II และคะแนนความถูกต้อง ในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression task (DT) ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่อารมณ์ความรู้สึกไม่คงที่ ส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรม เนื่องจากศูนย์กลางของการบริหารจัดการข้อมูลในความจำขณะปฏิบัติการ มีความเอนเอียงในการใช้ข้อมูลเชิงลบมาประมวลผลและตีความ ทำให้เกิดความคิดและความรู้สึกทางลบ สัมพันธ์กับการตรวจจับความชอบทางลบ ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และการคงอยู่ของอาการซึมเศร้า (Baddeley, 2013)

วิธีกระตุ้นการประมวลผลข้อมูลทางบวกช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ตามแนวคิดทางบวกของ Seligman เชื่อว่าการกระตุ้นทางบวกช่วยเปลี่ยนอารมณ์ทางลบได้ (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) ผ่านการบูรณาการระบบประสาทสัมผัสโดยการฝึกซ้ำ ๆ (Antoine, Dauvier, Andreotti, & Congard, 2018) กรอบแนวคิดการวิจัยได้ใช้ 3 แนวคิด ดังนี้ 1) ความจำขณะปฏิบัติการ ส่วนศูนย์กลางของการบริหารจัดการข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ข้อมูลความจำมาประมวลผล ตั้งแต่การเข้ารหัสและการเรียกคืน 2) จิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman โดยใช้หลักการทางบวกมาเป็นตัวกระตุ้น 3) Multisensory integration เป็นวิธีการเรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสการมองเห็นและการได้ยินพร้อมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการประมวลผลข้อมูลทางบวกได้เร็ว เป็นรูปแบบบำบัดที่บ้านและติดตามบนแพลตฟอร์มทางอินเทอร์เน็ต ดังแสดงตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อยที่ได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวก ด้วยสิ่งเร้าพหู มีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI-II น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภายหลังการทดลอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อยที่ได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวก ด้วยสิ่งเร้าพหู มีคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression task (DT) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ภายหลังการทดลอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อยที่ได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวก ด้วยสิ่งเร้าพหู มีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI-II น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ภายหลังการทดลอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อยที่ได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวก ด้วยสิ่งเร้าพหู มีคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression task (DT) มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ภายหลังการทดลอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา มีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI-II มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ภายหลังการทดลอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา มีคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression task (DT) น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาผลของวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหูต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย โดยใช้แผนการวิจัยแบบ Between-subject approach ศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมและวัดผลก่อนกับหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรจัดกระทำคือ วิธีการลดอาการซึมเศร้า มี 2 วิธี คือ วิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู (วิธีที่พัฒนา) และการให้สุขภาพจิตศึกษา (วิธีปกติ) ตัวแปรตามคือ ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการประเมิน BDI-II และระดับคะแนนความถูกต้องจากการทำ DT เก็บข้อมูลวิจัยตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม 2565 โดยเปิดรับคนทั่วไปในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นคนไทย อายุระหว่าง 20 - 35 ปี คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยที่มีคะแนนจากแบบประเมิน 9Q เท่ากับ 7 - 12 คะแนน 2) สัญชาติไทย 3) อายุระหว่าง 20-35 ปี 4) อ่านออก เขียนได้ สื่อสารภาษาไทยได้ 5) ถนัดมือขวา 6) ไม่มีความผิดปกติทางการได้ยินและการมองเห็น 7) ไม่มีประวัติป่วยด้วยโรคทางจิตเวชรุนแรง 8) ไม่มีประวัติได้รับการผ่าตัดหรือบาดเจ็บที่ศีรษะ 9) มีคอมพิวเตอร์หรือแล็ปท็อปเพื่อใช้ในการฝึกปฏิบัติ และเรียนรู้ผ่านทางออนไลน์ 10) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ 1) ไม่สามารถเข้า

ร่วมการวิจัยได้ต่อเนื่องครบทุกขั้นตอน 2) เจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ด้วยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 โดยใช้สถิติ t-test ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน เนื่องจากมีการระบาดของโควิด-19 และเป็นพื้นที่ที่ต้องเฝ้าระวังอย่างเข้มงวด จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 60 คน นำรหัสรายชื่อกลุ่มตัวอย่างมาสุ่มเข้ากลุ่ม ได้กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย สัญชาติ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ที่พัฒนาโดย ธรินทร์ กองสุข และคณะ (2561) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 ค่าความไวเท่ากับ 75.68 ค่าความจำเพาะเท่ากับ 93.37 ค่า LR+ เท่ากับ 11.41 เท่า ประสิทธิภาพจำตัวหรือการขาดเจ็บทางศีรษะรุนแรงหรือผ่าตัดที่ศีรษะ ประสิทธิภาพได้ รับยากันชัก

1.2 แบบประเมินการได้ยินด้วย ส้อมเสียง (Tuning fork) ประเมินโดยวางส้อมเสียงที่เคาะแล้วซึ่งมีความถี่ประมาณ 256 เฮิร์ต (Hz) ไว้แนวกลางศีรษะ ปกติจะได้ยินเสียงจากส้อมเสียงดังพอ ๆ กันทั้งสองข้าง เมื่อนำไปทดสอบกับผู้ที่มิลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.78

1.3 แบบประเมินสายตาระยะใกล้

ใช้วัดทีละข้าง โดยอ่านได้ตั้งแต่แถวบนสุดถึงแถวล่าง เมื่อนำไปทดสอบกับผู้ที่มิลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.84

1.4 แบบวัดความถนัดการใช้มือ พัฒนาโดย Oldfield (1971) เกณฑ์การพิจารณาว่าถนัดมือขวา มีคะแนนระหว่าง 80 - 100 เมื่อนำไปทดสอบกับผู้ที่มิลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.86

เนื่องจากวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู มีส่วนที่ต้องใช้คอมพิวเตอร์ช่วยฝึกทั้งการมองเห็นและการได้ยิน จึงจำเป็นต้องใช้เครื่องมือคัดกรองตามข้อ 1.2 - 1.4

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มี 2 วิธี คือ

2.1. วิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหูสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นการบำบัดรายบุคคลที่บ้าน และติดตามทางออนไลน์ ก่อนบำบัดได้รับการฝึกซ้อมกับผู้วิจัยเพื่อซักซ้อมความเข้าใจในการฝึก ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การฝึกปฏิบัติทางกระดาษ มี 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) สิ่งดี ๆ ในชีวิต 2) การแสดงความขอบคุณ 3) การให้อภัย 4) ความเข้มแข็งในตัวเอง 5) การเสริมสร้างสติ และการฝึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยฝึก ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การจดจำและเรียกคืนความจำเชิงบวก 2) การจับคู่สิ่งเร้าพหูเชิงบวก 3) การฝึกตีความในเชิงบวก ให้ทำกิจกรรมตามตารางเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 2 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน นักจิตวิทยาคลินิก 1 คน และ

อาจารย์คอมพิวเตอร์ 1 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.94 อยู่ในระดับที่มีคุณภาพ และได้นำไปทดลองบ่งบอ กับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยที่คล้ายกับกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่าคะแนนซึมเศร้าหลัง การบำบัดน้อยกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 ($z = -4.81, p < .01$; Negative mean rank = 15.50)

2.2 วิธีการให้สุขภาพจิตศึกษา สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยเนื้อหาใน 5 ประเด็น ดังนี้ 1) ความเข้าใจโรคซึมเศร้า 2) การ สังเกตอาการเตือนและการปฏิบัติตัว 3) เสริมสร้าง ทักษะการแก้ปัญหา 4) เสริมสร้างทักษะการเผชิญ ความเครียด และ 5) แหล่งการสนับสนุนให้การ ช่วยเหลือ ผู้บำบัดเป็นพยาบาลจิตเวชประจำศูนย์ ร่วมโพธิ์ใจ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และได้ผ่าน การอบรมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต เป็นการบำบัดรายบุคคลเน้น การสอนให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง ใช้การสื่อสาร และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นักบำบัดที่โรงพยาบาล สปีด้าละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของเบค (BDI-II) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย ศราวุธ ราชภณ, สุชาดา กรเพชรปานิ, และ พีร วงศ์อุปราช (2561) มีคำถาม 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทาง จิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ แต่ละข้อ คำถามมี 4 ตัวเลือก มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 63 คะแนน โดยแบ่งระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้า เป็น 4 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อยที่สุด (0 -

13 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (14 - 19 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (20 - 28 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (29 - 63 คะแนน) มีค่า ความเที่ยงเท่ากับ .82

3.2 กิจกรรมทดสอบภาวะซึมเศร้า (Depression task; DT) แบบบูรณาการประสาทสัมผัส ผู้วิจัยได้ พัฒนาขึ้นมาในปี 2564 เป็นกิจกรรม ทดสอบทางคอมพิวเตอร์สร้างด้วยโปรแกรม สำเร็จรูปทางปัญญา เพื่อประเมินความเอนเอียงทาง ความจำในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่กระตุ้น วัด คะแนนความถูกต้องในการตอบ สอนจากการทำ DT มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน ค่า ความเที่ยงเท่ากับ .82 และมีความสัมพันธ์กับแบบ ประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II ระดับปานกลาง ($r = -.51, -.49$)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการ วิจัยกับอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย ให้ทราบ รายละเอียดของการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ถึงความ สมัยครใจ การปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับผู้เข้าร่วม การวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่ระบุตัวตน แต่ใช้รหัสแทน ระหว่างที่ฝึกทำกิจกรรมที่บ้านแล้ว เกิดความคับข้องใจ สามารถทักแชตหรือโทรศัพท์ เมาขอคำปรึกษากับผู้วิจัย เพื่อให้การช่วยเหลือ การ วิจัยนี้มีค่าชดเชยเวลาให้กับอาสาสมัครที่เข้าร่วม การวิจัย นำเสนอข้อมูลผลการวิจัยในภาพรวม เพื่อ เป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น การวิจัยนี้ผ่าน การรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB3-

003/2564 เนื่องจากการระบาดของโควิด-19 ทำให้การเก็บข้อมูลไม่เป็นตามแผน จึงได้ยื่นขอแก้ไขและขยายระยะเวลาการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตามหนังสือเลขที่ อว 8100/11783

การดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มที่ได้รับวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู เป็นการบำบัดรายบุคคล แบ่งการฝึกออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นฝึกปฏิบัติทางกระดาน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม และส่วนที่ 2 การฝึกใช้คอมพิวเตอร์ช่วยฝึก ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 1 เป็นการฝึกปฏิบัติที่บ้าน และติดตามทางออนไลน์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยนักกลุ่มตัวอย่างมาพบกับผู้วิจัยทาง Onsite เพื่อวัดผลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบประเมิน BDI-II และกิจกรรมทดสอบ DT นับมาครั้งละ 5 - 6 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกิจกรรมทดสอบ DT

และพยาบาลจิตเวชที่เป็นผู้ช่วยนักวิจัยเก็บข้อมูลแบบประเมิน BDI-II โดยปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการระบาดของโควิด-19 ของโรงพยาบาล ได้แก่ การสแกนอุณหภูมิก่อนเข้าอาคาร การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง การใช้ระบบการนัดเป็นช่วงเวลาที่ห้องบำบัดโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้วิจัยดำเนินการฝึกซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการฝึกกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู ภายหลังสิ้นเสร็จจากการวัดผลก่อนการทดลอง

2. กลุ่มที่ได้รับวิธีการให้สุขภาพจิตศึกษาบำบัดแบบรายบุคคล โดยพยาบาลจิตเวชประจำศูนย์ร่มโพธิ์ใจ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่ผ่านการอบรมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 5 เรื่อง ดังนี้ 1) ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า 2) สังเกตอาการเตือนและวิธีปฏิบัติตัว 3) เสริมสร้างทักษะ

ตารางที่ 1 ตารางการฝึกวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู

กิจกรรม	ระยะเวลาการฝึก
ส่วนที่ 1 ฝึกปฏิบัติทางกระดาน	
1.1 สิ่งดี ๆ ในชีวิต	- ฝึกและบันทึกความรู้สึก เป็นเวลา 2 สัปดาห์
1.2 การแสดงความขอบคุณ	- ฝึกและบันทึกความรู้สึก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์
1.3 การให้อภัย	- ฝึกและบันทึกความรู้สึก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์
1.4 ความเข้มแข็งในตนเอง	- ฝึกและบันทึกความรู้สึก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์
1.5 การเสริมสร้างสติ	- ฝึกและบันทึกความรู้สึกทุกวัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์
ส่วนที่ 2 การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยฝึก	
2.1 การจดจำและเรียกคืนความจำเชิงบวก	- ฝึกสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ทุกวันอังคารและพฤหัสบดี
2.2 การจับคู่สิ่งเร้าพหูเชิงบวก	เป็นเวลา 4 สัปดาห์
2.3 การฝึกตีความในเชิงบวก	

การแก้ปัญหา 4) เสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด และ 5) แหล่งการสนับสนุนให้การช่วยเหลือเน้นการสอนให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องโดยใช้เทคนิคย่อยของกระบวนการให้การปรึกษาและฝึกทักษะการแก้ปัญหาและการผ่อนคลาย โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ใช้ระบบการนัดพบผู้บำบัดที่ห้องบำบัดศูนย์ร่มโพธิ์ใจ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 40 - 50 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ก่อนและหลังการบำบัดได้นัดมาพบผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อวัดผลด้วยแบบประเมิน BDI-II และกิจกรรมทดสอบ DT ครั้งละ 5 - 6 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square เพื่อทดสอบความเท่ากันของกลุ่มตัวอย่าง การเปรียบเทียบผลการบำบัดภายในกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Dependent-sample t-test และระหว่างกลุ่มวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent-sample t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยจับสลากแบบไม่แทนที่ได้กลุ่มละ 30 คน ระหว่างการทดลองมีผู้ที่ต้องออกจากกรวิจัย จำนวน 3 คน เนื่องจากติดโควิด-19 ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล อยู่ในกลุ่มทดลอง 1 คน กลุ่มควบคุม 2 คน กลุ่มตัวอย่างที่อยู่จนครบการทดลองจำนวน 57 คน อายุเฉลี่ย 24 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.44 ระดับ

การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 71.93 รองลงมาคือ ปริญญาตรี ร้อยละ 15.79 และปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 10.53 อาชีพนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 73.68 รองลงมาคือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 12.28 และอื่น ๆ คือ ทำงานออนไลน์ ร้อยละ 7.02 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.49 ไม่มีโรคประจำตัว ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีประวัติรับประทานยาเกินขนาด เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

2. เปรียบเทียบผลการบำบัดต่อภาวะซึมเศร้า

2.1 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI-II ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยหลังได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู (M-PMS) กับการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)

ผลการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov ได้ค่า p เท่ากับ 0.16 ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ ($p > .05$) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติทดสอบที่

จากตารางที่ 3 พบว่าหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู มีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.76, p = .01$) มีค่าความแตกต่างกันเท่ากับ -5.16 (95%CI : -8.90 ถึง -1.41)

2.2 เปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression task (DT) ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 57)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม (n = 28)		χ^2	p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ					.01	.94
ชาย	7	24.14	7	25.00		
หญิง	22	75.86	21	75.00		
เพศ					5.85	.12
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	3.45	0	0.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	58.62	24	85.71		
ปวส./อนุปริญญา	5	17.24	1	3.57		
ปริญญาตรี	6	20.69	3	10.72		
ประกอบอาชีพ					14.99	.50
เกษตรกร	0	0.00	0	0.00		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	6	20.69	1	3.57		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	3.45	0	0.00		
รับจ้าง	2	6.90	0	0.00		
นักเรียน/นักศึกษา	15	51.72	27	96.43		
ว่างงาน	1	3.45	0	0.00		
อื่น ๆ ทำงานออนไลน์	4	13.79	0	0.00		
โรคประจำตัว					1	2.00
ไม่มี	27	93.10	28	100.00		.16
มี (อื่น ๆ ภูมิแพ้)	2	6.90	0	0.00		
มีประวัติรับประทานยาเกินขนาด					.00	1.00
มี	0	0.00	0	0.00		
ไม่มี	29	100.00	28	100.00		
อายุเฉลี่ย (ปี)	M = 24.03, SD = 4.17		M = 24.03, SD = 4.17			

* $p < .05$

หลังได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู
(M-PMS) กับการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)
จากตารางที่ 4 กลุ่มที่ได้รับวิธีการกระตุ้น

ความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู มีคะแนนความ
ถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย DT
มากกว่ากลุ่มที่ให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI-II ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะซึมเศร้า	n	M	SD	t	p	Mean	95% CI	
						Difference	Lower	Upper
กลุ่มทดลอง	29	11.34	7.72	-2.76	.01*	-5.16	-8.90	-1.41
กลุ่มควบคุม	28	16.50	6.30					

* $p < .05$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression task (DT) ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะซึมเศร้า	n	M	SD	t	p	Mean	95% CI	
						Difference	Lower	Upper
กลุ่มทดลอง	29	67.69	13.77	3.38	.01*	10.62	4.32	16.93
กลุ่มควบคุม	28	57.06	9.51					

* $p < .05$

ทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.38, p = .01$) มีค่าความแตกต่างกันเท่ากับ 10.62 (95%CI: 4.32 ถึง 16.93)

2.3 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย จากแบบประเมิน BDI-II ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู (M-PMS) และกลุ่มที่ให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู มีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 8.09, p = .00$) และกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา มีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองน้อยกว่า

ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -2.05, p = .00$) แสดงว่าทั้ง 2 วิธีช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ แต่วิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา

2.4 เปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression task (DT) ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู (M-PMS) และกลุ่มที่ให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)

จากตารางที่ 6 กลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุมีคะแนนความถูกต้อง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า (BDI-II) ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะซึมเศร้า	n	M	SD	t	p	Mean	95% CI	
						Difference	Lower	Upper
กลุ่มทดลอง	29			8.09	.00*	13.03	9.73	16.34
ก่อนการทดลอง		24.38	10.10					
หลังการทดลอง		11.34	7.72					
กลุ่มควบคุม	28			-2.05	.00*	3.04	1.93	4.14
ก่อนการทดลอง		19.54	5.91					
หลังการทดลอง		16.50	6.30					

* $p < .01$

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย DT ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะซึมเศร้า	n	M	SD	t	p	Mean	95% CI	
						Difference	Lower	Upper
กลุ่มทดลอง	29			-5.43	.00*	14.40	-19.83	-8.97
ก่อนการทดลอง		53.29	7.57					
หลังการทดลอง		67.69	13.77					
กลุ่มควบคุม	28			-2.05	.05	-2.85	-5.70	.00
ก่อนการทดลอง		54.21	9.66					
หลังการทดลอง		57.06	9.51					

* $p < .01$

ในการตอบสนอง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -5.43, p = .00$) และกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษามีคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองหลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง ($t = -2.05, p = .05$) แสดงว่าวิธีการกระตุ้นความจำเชิง

บวกด้วยสิ่งเร้าพหู ช่วยเพิ่มความถูกต้องในการตอบสนองข้อมูลทางบวกมากกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีภาวะ

ซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดโดยวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุที่พัฒนาขึ้น ทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้า และคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองแตกต่างกัน สามารถอธิบายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าด้วย BDI-II ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภายหลังได้รับ M-PMS กับการให้สุขภาพจิตศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ M-PMS มีคะแนนภาวะซึมเศร้า น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 อาจเพราะวิธีการ M-PMS มุ่งเน้นไปปรับการทำงานของ WM ในการประมวลผลข้อมูล จากที่ใช้ข้อมูลความจำทางลบ บ่อย ฝึกให้สมองใช้ข้อมูลทางบวกมากขึ้น จึงทำให้ลดภาวะซึมเศร้ามากกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการสอน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Steel et al. (2020) แบบ RCT เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการฝึกความจำเชิงบวกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ พบว่าอาการซึมเศร้าน้อยกว่าการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อติดตาม 3 เดือน คะแนนภาพรวมการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย BDI-II ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 4.33, SE = 2.00, 95% CI 0.38 ถึง 8.23; $p = 0.03$)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองด้วย DT ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภายหลังได้รับ M-PMS กับการให้สุขภาพจิตศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ M-PMS มีคะแนนความถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 ซึ่งวิธีการ M-PMS เป็นการฝึกใช้ข้อมูล

ทางบวกมาประมวลผลมากขึ้น ไม่คล้อยตามข้อมูลทางลบ ทำให้การตอบสนองต่อคำสั่งทางบวกมีความไวและแม่นยำมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Takano, Van Grieken, & Raes (2019) ที่พบว่าในผู้ที่ได้รับการฝึกเรียกคืนข้อมูล ภายใต้งานไขให้สนใจเฉพาะข้อมูลทางบวก ภายหลังการฝึกช่วยให้ภาวะซึมเศร้าและความครุ่นคิดลดลง นอกจากนี้ยังช่วยให้การตอบสนองต่อคำสั่งทางบวกเร็วขึ้น

3. ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าด้วย BDI-II ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ก่อนและหลังได้รับ M-PMS พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ใช้โปรแกรมการฝึกพูดทางบวกมาช่วยลดภาวะซึมเศร้ากับวัยรุ่นที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย พบว่าทำให้ลดภาวะซึมเศร้าได้ในระยะหลังการทดลองและติดตาม 1 เดือน (ปวิมล หายสนันท์, ดารารรรณ ติะปินดา, และ วรณช กิตสัมบันท์, 2563)

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองด้วย DT ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ก่อนและหลังได้รับ M-PMS พบว่าภายหลังการทดลองมีคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองด้วย DT มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 4 ซึ่งพบหลักฐานที่ชี้ว่า ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าจะจดจำเรื่องทางลบได้ดี แต่ความจำทางบวกแย่งตามระดับความรุนแรงของอาการ และการตอบสนองต่อข้อมูลทางบวกน้อยลงทำให้ความคิดเกิดการชะงัก แต่การบำบัดเรียกคืนความจำเชิงบวกทำให้

การตอบสนองต่อข้อมูลทางบวกเพิ่มขึ้น ช่วยลดภาวะซึมเศร้า (Dillon & Pizzagalli, 2018)

5. ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าด้วย BDI-II ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ก่อนและหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา พบว่า หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 5 แสดงว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ อาจเป็นเพราะการให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในโรคซึมเศร้าที่นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tursi, Baes, Camacho, Tofoli, & Juruena (2013) ที่พบว่าการมีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการรักษาเพิ่มขึ้นช่วยให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นได้

6. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองด้วย DT ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ก่อนและหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา พบว่าหลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง เป็นตามสมมุติฐานข้อที่ 6 แสดงว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา ไม่ได้เปลี่ยนแปลงกับการตอบสนองข้อมูลทางบวก อาจเพราะการให้สุขภาพจิตศึกษานั้นการสอนไม่ได้เน้นการฝึกเอาข้อมูลทางบวกมาใช้ประมวลผลก่อนการตีความ สอดคล้องกับงานวิจัย Meta analysis ในการฝึกตีความทางบวกกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าผ่านข้อมูลความจำเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ จำนวน 17 เรื่อง พบว่ามีการตีความทางบวกมีความถูกต้องเพิ่มขึ้น ร้อยละ 67.00 ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Menne-Lothmann et al., 2014)

ข้อจำกัดในการวิจัย คือ การเข้าถึงประชากร

หรือกลุ่มตัวอย่าง มีความยุ่งยากและล่าช้า เนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้พื้นที่ที่เก็บข้อมูลจำเป็นต้องใช้มาตรการควบคุมประชาชนอย่างเข้มงวด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

วิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุ เป็นทางเลือกหนึ่งที่ให้ผลลัพธ์ที่ดี ควรนำไปใช้บำบัดกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลบ่อย ช่วยลดปัญหาการบำบัดไม่ครบตามโปรแกรมและค่าใช้จ่าย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการติดตามผลในระยะยาวขึ้นเป็น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อพิสูจน์ความทนของการบำบัดว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการพัฒนาส่วนของการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยฝึกให้เป็นแพลตฟอร์ม Web Application ที่สามารถรองรับการใช้งานกับสมาร์ตโฟนทั้ง Android และ iOS ได้ ไม่เฉพาะใช้กับคอมพิวเตอร์หรือแล็ปท็อปแบบเดิวนั้น เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงการฝึกได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี 2564

เอกสารอ้างอิง

- ธณินทร กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พฤกษ์กานนท์, สุพิตรา สุขาวห, และ จินตนา ลีจงเพิ่มพูน. (2561). ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาคกลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(4), 321-334.
- ปวิมล หายสนันท์, ดรรารณ ต๊ะปินดา, และ วรณช กิตสัมบันท์. (2563). ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรัง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 27(1), 34-45.
- ระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต. สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2565, 1 ก.ค. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89.
- ศราวุธ ราชหมณี, สุชาดา กรเพชรปานิ, และ พีร วงศ์อุปราษ. (2561). การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ประเมินภาวะซึมเศร้าแบบกิจกรรมสิ่งเร้าควบคู่ร่วมกับการวัดคลื่นไฟฟ้าสมองสำหรับวัยรุ่นไทย. *วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*, 16(1), 122-137.
- Antoine, P., Dauvier, B., Andreotti, E., & Congard, A. (2018). Individual differences in the effects of a positive psychology intervention: Applied psychology. *Personality and Individual Differences*, 122, 140-147.
- Baddeley, A. (2013). Working memory and emotion: Ruminations on a theory of depression. *Review of General Psychology*, 17(1), 20-27.
- Baddeley, A., Banse, R., Huang, Y. M., & Page, M. (2012). Working memory and emotion: Detecting the hedonic detector. *Journal of Cognitive Psychology*, 24(1), 6-16.
- Barry, P. D. (2002). *Mental health & mental illness*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Barutchu, A., Sahu, A., Humphreys, G. W., & Spence, C. (2019). Multisensory processing in event-based prospective memory. Ayla Barutchu, PhD. *Acta Psychologica*, 192, 23-30.
- Dillon, D. G., & Pizzagalli, D. A. (2018). Mechanisms of Memory Disruption in Depression. *Trends in Neurosciences*, 41(3), 137-149.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Iacoviello, B. M., & Charney, D. S. (2015). Developing cognitive-emotional training exercises as interventions for mood and anxiety disorders. *European Psychiatry*, 30(1), 75-81.
- LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2018). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, 1-16.
- Menne-Lothmann, C., Viechtbauer, W., Höhn, P., Kasonova, Z., Haller, S. P., Drukker, M., ... Lau, J. Y. F. (2014). How to boost positive interpretations? A meta-analysis of the effectiveness of cognitive bias modification for interpretation. *PLoS ONE*, 9(6), 1-26.
- Mennen, A. C., Norman, K. A., & Turk-browne, N. B. (2019). Attentional bias in depression : understanding mechanisms to improve training and treatment. *Current Opinion in Psychology*, 29(1), 266-273.
- Nikolin, S., Tan, Y. Y., Schwaab, A., Moffa, A., Loo, C. K., & Martin, D. (2021). An investigation of working memory deficits in depression using the n-back task: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 284, 1-8.
- Oldfield, R. C. (1971). The assessment and analysis of handedness: The Edinburgh inventory. *Neuropsychologia*, 9(1), 97-113.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Steel, C., Korrelboom, K., Fazil Baksh, M., Kingdon, D., Simon, J., Wykes, T., ... van der Gaag, M. (2020). Positive memory training for the treatment of depression in schizophrenia: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 135, 103734.
- Symonds, C., & Anderson, I. M. (2016). Unipolar depressive disorders. *Medicine*, 44(11), 654-660.

- Takano, K., Van Grieken, J., & Raes, F. (2019). Difficulty in updating positive beliefs about negative cognition is associated with increased depressed mood. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64, 22-30.
- Tursi, M. F. D. S., Baes, C. V. W., Camacho, F. R. D. B., Tofoli, S. M. D. C., & Juruena, M. F. (2013). Effectiveness of psychoeducation for depression: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11), 1019-1031.
- Weeland, M. M., Nijhof, K. S., Otten, R., Vermaes, I. P. R., & Buitelaar, J. K. (2017). Beck's cognitive theory and the response style theory of depression in adolescents with and without mild to borderline intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 69, 39-48.