

DEVELOPMENT AND THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT WITH MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM FOR PREVENTING RELAPSE AMONG PEOPLE WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Pairat Choombubut, RN, B.N.S., Kedsaraporn Kenbubpha, RN, Ph.D.**, Supatra Sukhawaha, RN, Ph.D.****

Jintana Leejongpermpoon, RN, M.P.A., Hathairat Saima-in, RN, M.S.*****

Abstract

Objective: The aims of this study were to develop and examine the effect of self-management with a mindfulness-based cognitive therapy program for preventing relapse of major depressive disorder, reducing depressive symptoms and ruminative thought, and increasing mindfulness level. It was also to follow up and evaluate the overall results after the service system implementation in the health service of Prasimahabodi Psychiatric Hospital.

Methods: This study was a research and development design during the fiscal year 2020-2022. The 9 phases were: 1) the situation analysis of nursing services in preventing relapse of major depressive disorder, 2) developing an initial prototype of the program, 3) testing the content validity index, 4) testing preliminary in the initial program in five depressed patients, 5) revising the draft program, 6) testing efficacy of the program using a quasi-experimental control group design in 40 depressed patients. They were divided into experimental and control groups. Instruments were the program, depressive symptoms assessment(9Q), Ruminative Response Scale, and Mindfulness Assessment Scale. The outcomes were evaluated at baseline, post-intervention, and follow-up three months after the intervention. Data were analyzed using frequency, percent, Chi-square, and Mann-Whitney U test. Then, the following phases were: 7) revising the final program, 8) developing of curriculum for training and implementation into the health service system of the hospital, and 9) evaluating the effectiveness of this program and continuous development respectively.

Results: The new program consists of 6 sessions. It takes 60-90 minutes per session and continuously runs 2-3 times per week. The findings of phase six reported that the experimental group significantly reduced the depression score after post-intervention and follow-up three months after the intervention from the control group ($p < .05$). The experimental group also significantly decreased ruminative thought scores after post-intervention and follow-up three months after the intervention from the control group ($p < .05$). There were no differences in mindfulness scores between the experimental and control groups. Depressed patients in the experimental group did not have readmission in 3 and 6 months. Still, the control group reported readmission into the hospital accounted for four patients (20%), which was found different significantly ($p < .001$). One hundred thirty-four depressed patients received the program after implementation into the health service system of the hospital in the fiscal year 2022. However, only two patients, or only 1.49%, reported readmission into the hospital after six months because they had family and economic issues and medication noncompliance.

Conclusion: The program in self-management with mindfulness-based cognitive therapy could prevent readmission into the hospital in 6 months. It could also help reduce depressive symptoms and ruminative thoughts in depressed patients.

Keywords: major depressive disorder, relapse prevention, self-management, mindfulness-based cognitive therapy

**Registered Nurse, Senior Professional Level, Prasimahabhodi Psychiatric Hospital*

***Corresponding author: Registered Nurse, Professional Level, Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, e-mail: kkenbubpha@outlook.co.th*

****Registered Nurse, Professional Level, Prasimahabhodi Psychiatric Hospital*

*****Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University*

Received: 18 December 2022, Revised: 1 February 2023, Accepted: 5 February 2023

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติ ตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ไพรัตน์ ชมภูบุตร, พย.บ.*, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, ปร.ค.**, สุพัตรา สุขาวห, ปร.ค.***,

จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, พย.ม., รพ.ศ.*, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์, พย.ม.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ลดอาการซึมเศร้า ลดความหมกหมุ่นครุ่นคิดเพิ่มระดับสติและเพื่อติดตามประเมินผลการนำไปใช้ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

วิธีการศึกษา : ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา มี 9 ขั้นตอน ดำเนินการวิจัยในปีงบประมาณ 2563-2565 ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ 2) จัดสร้างต้นแบบโปรแกรมเบื้องต้น 3) วิเคราะห์ความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 4) ทดสอบต้นแบบเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 5 คน 5) ปรับปรุงโปรแกรมเบื้องต้น 6) ทดสอบผลของโปรแกรมโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ของโปรแกรม คือ แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า แบบวัดความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และแบบวัดระดับความมีสติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและติดตามผลภายใน 3 เดือน มีการติดตามการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำระยะ 3 เดือนและ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ การทดสอบไคว์สแควร์ และ Mann Whitney U 7) ปรับปรุงโปรแกรมขั้นสุดท้าย 8) พัฒนาวิธีถ่ายทอดและอบรมพยาบาลวิชาชีพเพื่อนำไปใช้ในระบบบริการ 9) ติดตามประเมินผลในภาพรวมหลังการนำไปใช้ในระบบบริการของโรงพยาบาลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ตามลำดับ

ผลการศึกษา : โปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ผลของโปรแกรมขั้นตอนที่ 6 พบว่า หลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับของสติไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 3 เดือน และ 6 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมมีการกลับรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำใน 3 เดือน 1 คน และ 6 เดือน 3 คน (ร้อยละ 20.00) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ประสิทธิภาพของโปรแกรมหลังนำไปทดลองใช้ในระบบบริการของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ปีงบประมาณ 2565 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมจำนวน 134 คน ผลการติดตามใน 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2 คน (ร้อยละ 1.49) กลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องจากมีปัญหามารูปร่างในครอบครัวเศรษฐกิจ และไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

สรุป : โปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสามารถช่วยป้องกันการกลับมา
รักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำได้ และโปรแกรมมีผลทำให้อาการ โรคซึมเศร้าและความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ของผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้ามลดลง

คำสำคัญ : โรคซึมเศร้า, การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ, การจัดการตนเอง, โปรแกรมการเจริญสติตระหนักรู้
ความคิด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, e-mail: kkenbubpha@outlook.co.th

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

วันที่รับ: 18 ธันวาคม 2565, วันที่แก้ไข: 1 กุมภาพันธ์ 2566, วันที่ตอบรับ: 5 กุมภาพันธ์ 2566

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกมากกว่า 300 ล้านคน และกำลังจะเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพและเกิดการะโรคในปี 2030 (World Health Organization, 2019) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาและจิตบำบัดจะตอบสนองต่อการรักษาและการหายทุเลาของโรคซึมเศร้าได้ดี (Hollon, 2016) อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเป็นซ้ำ (relapse) และกลับเป็นครั้งใหม่ (recurrence) ถึงร้อยละ 50.00 - 90.00 (Piet & Hougaard, 2011) ถ้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีโอกาสกลับเป็นซ้ำหลังจากหายทุเลาภายใน 6 เดือนร้อยละ 38.00 และส่งผลให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน ถึงร้อยละ 20.40 (Citrome et al., 2019) สำหรับรายงานการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในคนไทยพบประมาณ ร้อยละ 33.67 (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต, 2564) และจากรายงานของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ 2561 - 2563 พบว่า มีอัตราการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ ร้อยละ 13.43 ร้อยละ 18.36 และร้อยละ 22.45 ตามลำดับ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2563) จากการวิเคราะห์และสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำพบว่า การเจอสิ่งกระตุ้นที่นำมาสู่ความเครียดและเศร้า เช่น มีความขัดแย้งในครอบครัว ความเสียใจ ผิดหวัง ความคิด

หมกมุ่น ขาดสติ เป็นต้น เมื่อไม่สามารถจัดการให้ตนเองหลุดพ้นจากความคิดและความรู้สึกดังกล่าวได้ ส่งผลให้มีความคิดอยากตาย ทำร้ายตนเอง และในขณะเดียวกันก็มีความต้องการคนเข้าใจ การสร้างจิตใจที่เข้มแข็งไม่ต้องพึ่งพาใคร ต้องการแนวทางหรือวิธีการในการจัดการดูแลตนเอง เพื่อให้หายขาดจากโรคซึมเศร้า และไม่กลับเป็นซ้ำจนต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอีกครั้ง (ไพรัตน์ ชมบุญตร, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน, และ หทัยรัตน์ สายมาอินทร์, 2563)

กลุ่มภารกิจทางโรงพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จึงมีการทบทวนระบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์ความต้องการความจำเป็นในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ พบว่า โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) เป็นการบูรณาการมาจากโปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction Program: MBSR) ร่วมกับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในอารมณ์และความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ เพื่อเปลี่ยนวิธีการที่จิตเคยตอบสนองต่อสิ่งเร้าจาก

เดิมที่ตอบสนองแบบอัตโนมัติ ตามความเคยชิน เป็นการระลึกถึงสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น และการตอบสนองที่ร่างกายและจิตใจมีต่อสิ่งเร้านั้นอย่างมีสติ โดยไม่เน้นการเปลี่ยนความเชื่อที่มีต่อความคิดนั้นเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า (Segal, Williams, & Teasdale, 2003) มีรูปแบบการบำบัดแบบกลุ่มประมาณ 6 - 10 คน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) การตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น 2) การตระหนักรู้โลกของความคิด 3) การจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่าน 4) การตระหนักรู้ถึงความไม่ได้ตั้งใจ 5) การยอมรับอย่างที่เป็น 6) การเห็นว่าความคิดไม่ใช่ความจริง 7) การดูแลตนเองให้ดีที่สุด และ 8) การคงไว้ซึ่งสติและการเรียนรู้ใหม่ ทำการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 - 120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ และมีการบ้านให้ฝึกกิจกรรมระหว่างสัปดาห์ (Segal, Williams, & Teasdale, 2013) โดยโปรแกรมการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสติ ความครุ่นคิด ความวิตกกังวล ความเห็นอกเห็นใจ ระดับความตระหนักรู้ซึ่งมีผลต่อการบำบัดรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า (van der Velden et al., 2015) สามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ โดยลดความเสี่ยงของอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 34.00 และสามารถลดการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 43.00 เมื่อติดตามครบ 1 ปี พบว่า โปรแกรมการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการเจริญสติ

ตระหนักรู้ความคิดควบคู่กับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Guo et al., 2022) นอกจากนี้ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถจัดการตนเองสามารถลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าและส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการฟื้นฟูตนเอง และการเสริมสร้างคุณค่าแก่ตนเอง เป็นการจัดการตนเองด้วยความคิดเชิงบวก (Houle, Gascon-Depatie, Belanger-Dumontier, Cardinal, 2013) ผลของโปรแกรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ และคงอยู่ได้นานกว่า 12 เดือน และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2018) นอกจากนี้ผลของโปรแกรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวเป็นเวลา 2 ปี พบว่า สามารถป้องกันการกำเริบของโรคซึมเศร้า ทำให้ความคิดที่ผิดปกติดลดลง ช่วยทำให้ทักษะการรับรู้การควบคุมอารมณ์และความคิดได้ดีขึ้น (Farb et al., 2018)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาของประเทศไทย พบว่า มีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้

ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Kenbubpha et al., 2021) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิด MBCT ของ Segal et al. (2002); Segal et al. (2003) ทั้งนี้โปรแกรมดังกล่าวพัฒนาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หายทุเลาและใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนเท่านั้น ยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่าสามารถนำมาบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ ส่วนใหญ่มาจากการเจอสิ่งกระตุ้นในครอบครัวที่นำมาสู่ความเครียดและอาการซึมเศร้า ดังนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงต้องการคนเข้าใจ จำเป็นต้องสร้างความเข้มแข็งจิตใจ มีแนวทางหรือวิธีการในการจัดการดูแลตนเองเพื่อให้หายขาดจากโรคซึมเศร้า ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลขึ้น โดยนำโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Kenbubpha et al., 2021; Segal et al., 2002; Segal et al., 2003) มาประยุกต์กับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโปรแกรมเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับผิดชอบในการฟื้นฟูตนเองและจัดการเสริมสร้างคุณค่าแก่ตนเอง โดยมีกิจกรรมการจัดการตนเองด้วยความคิดเชิงบวก (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2018) เป็นโปรแกรมที่

สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นการบำบัดที่ใช้เวลาไม่นานและลดขั้นตอน ไม่ยุ่งยาก ตรงกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถจัดการตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมทั้งเป็นโปรแกรมการบำบัดรักษาทางการแพทย์ทางจิตเวชที่เป็นทั้งการบำบัดเพื่อการเตรียมความพร้อมขณะอยู่ในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อลดอาการซึมเศร้า ลดความหมกหมุ่นครุ่นคิด เพิ่มระดับสติและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อลดอาการซึมเศร้า ลดความหมกหมุ่นครุ่นคิด เพิ่มระดับสติและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. เพื่อติดตามประเมินผลการนำโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อลดอาการซึมเศร้า ลดความหมกหมุ่นครุ่นคิด เพิ่มระดับสติและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด

เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี ร้อยละการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในช้าน้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการของโรคซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับสติเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้คิดต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดของ Segal et al. (2002) มาประยุกต์กับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2018) โดยเชื่อว่าเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตระหนักรู้ในอารมณ์และความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ เพื่อเปลี่ยนวิธีการที่จิตเคยตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากเดิมที่ตอบสนองแบบ

อัตโนมัติ ตามความเคยชินเป็นการระลึกถึงสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น และการตอบสนองที่ร่างกายและจิตใจมีต่อสิ่งเร้านั้นอย่างมีสติ โดยไม่เน้นการเปลี่ยนความเชื่อที่มีต่อความคิดนั้น ตลอดจนเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ลดอาการซึมเศร้า ความรู้คิดต่อสถานการณ์ลดลง ระดับการมีสติเพิ่มขึ้น แสดงตามภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 มีขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา 9 ขั้นตอน แสดงตามตารางที่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยจำแนกโรคทางจิตเวช (DSM-5) และรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในระหว่างปีงบประมาณ 2564 - 2565

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มที่ใช้ทดสอบต้นแบบโปรแกรมครั้งที่ 1 ในขั้นตอนที่ 4 จำนวน 5 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบโปรแกรมครั้งที่ 2 ในขั้นตอนที่ 6 จำนวน 40 คน

โปรแกรม	กลไกที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย	ผลลัพธ์
โปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติ ตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มี 6 กิจกรรม บำบัด 6 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ดังนี้ 1) ความตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น 2) การตระหนักรู้โลกของความคิด 3) การจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่าน 4) การตระหนักรู้ถึงความไม่ได้ตั้งใจและการยอมรับอย่างที่เป็น 5) การเห็นว่าความคิดไม่ใช่ความจริง 6) การสร้างคุณค่าให้กับตนเองและดูแลตนเองให้ดีที่สุด	- เกิดความตระหนักรู้ในอารมณ์ และเท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น - เปลี่ยนวิธีการที่ที่เคยตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากเดิมที่ตอบสนองแบบอัตโนมัติเป็นตอบสนองอย่างมีสติ - ตระหนักรู้เกี่ยวกับโลกของความคิดว่าเป็นแค่ความคิด - มีสติและอยู่กับปัจจุบัน - มีการตระหนักรู้ถึงอาการเตือนของโรคซึมเศร้าก่อนกลับเป็นซ้ำ - มีความเห็นอกเห็นใจ และระดับความตระหนักรู้เพิ่มขึ้น - มีความเมตตาต่อตัวเองและดูแลตัวเองได้	- การรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำลดลง - อาการซึมเศร้าลดลง - ความรู้ร่นคิดต่อสถานการณ์ลดลง - ระดับการมีสติเพิ่มขึ้น

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

1. มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยจำแนกโรคทางจิตเวช (DSM-5)
2. เป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในที่เข้าสู่ระยะหายทุเลาและระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน
3. มีผลการประเมินด้วย 9Q ในระดับเล็กน้อย (9Q = 7 - 12 คะแนน) ที่ระยะเตรียมจำหน่าย
4. สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
5. ได้รับยาต้านเศร้า

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (exclusion criteria)

1. มีโรคร่วมที่อาจส่งผลต่ออาการซึมเศร้า เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคจิต ใช้สารเสพติด มีความคิดอยากตายระดับรุนแรง เป็นต้น
2. มีประวัติป่วยเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดสองขั้ว ปัจจุบันอยู่ในช่วงเมเนีย ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของจิตแพทย์
3. มีปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัด เช่น บุคลิกภาพผิดปกติ เป็นต้น
4. มีปัญหาในการตอบแบบสอบถาม เช่น ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย เป็นต้น

ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนที่	เดือน/ปี	กิจกรรมการพัฒนา
1. วิเคราะห์ความต้องการและปัญหาการจัดการโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (Need analysis)	ธันวาคม 2563 - มกราคม 2564	- วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า - ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
2. จัดสร้างต้นแบบโปรแกรมเบื้องต้น (Prototype developing)	กุมภาพันธ์ 2564	จัดสร้างต้นแบบโปรแกรมเบื้องต้น (prototype) ตามกรอบแนวคิดของ Segal et al. (2002) และปรับปรุงมาจากโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หายทุเลาและอาศัยอยู่ในชุมชน (Kenbubpha et al., 2021) รวมทั้งประยุกต์มาจากโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2018) โดยคณะผู้วิจัยได้ปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เป็นการบำบัดแบบรายบุคคล จำนวน 6 ครั้งๆละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง รวมทั้งหมดใช้เวลา 7 ชั่วโมง 30 นาทีในหอผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาของร่างโปรแกรม (content validity testing)	กุมภาพันธ์ 2564	การวิเคราะห์ความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด จำนวน 3 คน และปรับปรุงต้นแบบโปรแกรมให้เป็นฉบับทดสอบเบื้องต้น
4. ทดสอบและปรับปรุงของโปรแกรม (pilot study and revision)	กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2564	ทดสอบต้นแบบเบื้องต้น (preliminary test) เพื่อประเมินความเป็นไปได้แล้วปรับปรุงเบื้องต้น โดยทดสอบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 5 คน
5. ปรับปรุงเบื้องต้นของต้นแบบโปรแกรม (initial the program revision)	เมษายน 2564	ปรับปรุงโปรแกรมเบื้องต้น (initial product revision) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อวิเคราะห์ข้อจำกัด ข้อควรปรับปรุงและวางแผนการทดสอบผลของโปรแกรม

ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

ขั้นตอนที่	เดือน/ปี	กิจกรรมการพัฒนา
6. ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม (efficacy testing)	พฤษภาคม - กรกฎาคม 2564	ทดสอบผลของโปรแกรมด้วยรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (a quasi-experimental control group design) เพื่อประเมินอาการของโรคซึมเศร้า ความรู้ความคิดต่อสถานการณ์ระดับสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน
7. พัฒนาโปรแกรมขั้นสุดท้าย (final the program revision)	กรกฎาคม 2564	ปรับปรุงโปรแกรมขั้นสุดท้าย เพื่อให้เนื้อหา กิจกรรม เกิดความชัดเจน เข้าใจง่ายและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากขึ้น
8. การพัฒนาวิธีถ่ายทอด และขยายผลโปรแกรม	สิงหาคม - กันยายน 2564	นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารองค์การพยาบาล และพัฒนาวิธีถ่ายทอด โดยการจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมและอบรมพยาบาลจิตเวชที่ให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปรับระบบบริการทางการพยาบาลของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
9. ติดตามประเมินผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	ตุลาคม 2564 - ตุลาคม 2565	ติดตามประเมินผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในระหว่างเดือนตุลาคม 2564 - ตุลาคม 2565 ประเมินผลในระบบบริการของโรงพยาบาล และวางแผนขยายผลกับบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวช 13 แห่ง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และวางแผนปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2566

5. ไม่อยู่ในระหว่างการบำบัดด้วยโปรแกรมอื่น เช่น โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

เกณฑ์ให้ยุติจากการวิจัย (termination criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในการทดสอบ

ได้ครบทุกกิจกรรม

2. ระหว่างดำเนินกิจกรรมที่ 1 - 6 ของโปรแกรมหากล่าว กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้ารุนแรงและมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

3. ขอลอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยความสมัครใจ

4. แพทย์ปรับเพิ่มยาเพราะมีอาการรุนแรง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง การทดสอบผลของโปรแกรมในขั้นตอนที่ 6 ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยใช้ผลการวิจัยจากการศึกษาของเกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ (Kenbubpha et al., 2021) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติความน่าเชื่อถือที่ร้อยละ 95.00 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 80.00 ($\text{Power of Test} = \beta = 0.02$ (1.28) แทนค่าในโปรแกรม G* Power ได้ประมาณการตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 36 คน แบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 18 คน แต่เพื่อป้องกันการออกจากการศึกษา (drop out) ก่อนกำหนดงานวิจัยนี้จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10.00 ได้ประมาณการตัวอย่างทั้งหมด 40 คน ประกอบด้วยตัวอย่างกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตามเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยหมายเลข COA. 009/2563 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2563 อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอธิบายให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ รายละเอียดขั้นตอน ระยะเวลา และกิจกรรมที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัย วิธีการป้องกันแก้ไข ที่คณะผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น การขอยินยอมจากอาสาสมัครเป็นลายลักษณ์อักษร โดยอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการ

วิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลเสียใด ๆ เกิดขึ้น รวมทั้งการรักษาความลับของข้อมูลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการรักษาโรคซึมเศร้า เป็นต้น

1.2 แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ใช้เป็นเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวห, และ รุ่งมณี ยิ่งยืน (2553) ประกอบด้วย 9 คำถาม แบ่งระดับคะแนน เป็น 0 - 3 คะแนน ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0- 27 คะแนน แปลผลคะแนนดังนี้ คะแนน < 7 คือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า, 7 - 12 คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย, 13 - 18 คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และ ≥ 19 คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) รายชื่ออยู่ระหว่าง 0.78 - 0.82 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.82 มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio เท่ากับร้อยละ 85, 72 และ 3.04 (95%CI = 2.16 - 4.26) ตามลำดับ ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 30 คน พบว่า รายชื่ออยู่ระหว่าง 0.79 - 0.84 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.82

1.3 แบบวัดความคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) ฉบับภาษาไทย

ใช้เป็นเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม ซึ่งแปลจากแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ สร้างขึ้นโดย Nolen-Hoeksema & Morrow (1991) นำมาแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ โดย วาริรัตน์ ถาน้อย, รุ่งนภา ภาณิครัตน์, และ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2554) มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 0.95) และความเชื่อมั่นระดับดี ($\alpha = 0.90$) ความครุ่นคิดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตึงเครียดทางอารมณ์ ($r = .736, p < .01$) และพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ($r = .46, p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แบบประเมินเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ ที่มีตัวเลือกตั้งแต่ 1 คือ แทบจะไม่เลยเลย จนถึง 4 คือ เกือบจะเป็นตลอดเวลา ค่าคะแนนความเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 22 ถึง 88 ค่าคะแนนสูงหมายความว่า มีความครุ่นคิดมาก ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 30 คน พบว่า รายชื่ออยู่ระหว่าง 0.76 - 0.83 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.80

1.4 แบบประเมินสติ (Mindfulness Assessment Scale : MAS) ใช้เป็นเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม พัฒนาโดย อรรพรรณ ศิลปกิจ (2558) มีข้อคำถาม 15 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับและรายด้านระหว่าง 0.67 - 0.82 มีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดีมากและมีความตรงร่วมสมัยกับแบบประเมินสติ Philadelphia Mindfulness Scale ทั้งฉบับคือ 0.73 เป็นการประเมินสติจากประสบการณ์ของแต่ละวัน

ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เกณฑ์การให้คะแนน คือ คำว่า “รู้” ในทีนี้ก็คือ รู้สึกตัว รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นในร่างกายหรือจิตใจของตนเอง โดยที่ 1 คือ แทบไม่เคยเลย = ร้อยละ 0.00 - 10.00, 2 คือ นาน ๆ ครั้ง = ร้อยละ 11.00 - 25.00, 3 คือ บางครั้ง = ร้อยละ 26.00 - 50.00, 4 คือ ก่อนข้างบ่อย = ร้อยละ 51.00 - 80.00, 5 คือ บ่อยมาก = มากกว่าร้อยละ 80.00 คะแนนมากหมายถึง การมีสติอยู่กับตนเองมาก และคะแนนน้อย หมายถึง การมีสติอยู่กับตนเองน้อย ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 30 คน พบว่า รายชื่ออยู่ระหว่าง 0.66 - 0.83 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.81

1.5 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2551) ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุโดย แบ่งได้ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) มีคะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนนถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม 2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม และ 3) ผู้สูงอายุที่จบระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาแล้ว จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ คณะผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดย

นำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไปทดสอบให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้เท่ากับ .84

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการบำบัดรายบุคคล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การดูแลตนเองและสามารถสังเกตอาการเตือนก่อนกลับมาเป็นซ้ำหรือเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า มีทักษะในการจัดการความคิดวอกแวกและหมกมุ่น มีทักษะในการเพิ่มสติในการดำรงชีวิตประจำวัน และมีทักษะในการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 6 กิจกรรม บำบัด 6 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ได้แก่ 1) ความตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น 2) การตระหนักรู้โลกของความคิด 3) การจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่าน 4) การตระหนักรู้ถึงความไม่ตั้งใจและการยอมรับอย่างที่เป็น 5) การเห็นว่าการคิดไม่ใช่ความจริง 6) การสร้างคุณค่าให้กับตนเองและดูแลตนเองให้ดีที่สุด

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลปกติ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้ความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการบริการตามมาตรฐานแนวทางของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทั้งในงานบริการผู้ป่วยนอกและงานบริการผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นการ

บำบัดรักษาด้วยยา บำบัดรักษาทางสังคมจิตใจตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการนำเสนอต่อตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างและผู้เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า และทำการวิเคราะห์ด้วยขั้นตอนการจัดแฟ้ม การลงรหัส การแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล การสร้างและพัฒนา และการแก้ไของค์ประกอบของข้อมูล

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.1 ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คำนวณหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Chi-square test

2.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้า ระดับความมีสติ ความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Mann-Whitney U test

2.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยจำนวนและอัตราส่วนร้อยละ รวมทั้งทดสอบความแตกต่างด้วย Chi-square test

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การพัฒนาครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 6 กิจกรรมบำบัด 6 ครั้ง ๆ ละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ดังนี้ 1) ความตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น 2) การตระหนักรู้โลกของความคิด 3) การจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่าน 4) การตระหนักรู้ถึงความไม่ได้ตั้งใจและการยอมรับอย่างที่เป็น 5) การเห็นว่าความคิดไม่ใช่ความจริง 6) การสร้างคุณค่าให้กับตนเองและดูแลตนเองให้ดีที่สุด

ในการกระบวนการพัฒนามีการนำโปรแกรมดังกล่าว ไปอบรมพยาบาลวิชาชีพและทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย (9Q = 9.4) เข้าสู่ระยะหายทุเลาและอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 5 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 3 คน เพศชาย 2 คน อายุต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 48 ปี อายุเฉลี่ย 36.2 ปี ดำเนินการทดสอบโปรแกรม ครั้งที่ 1 ถึง 6 วันเว้นวันจนครบและประเมินผล 1 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจในการใช้ภาษาที่อยู่ในคู่มือผู้รับการบำบัด แต่มีบางส่วนของเนื้อหาที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังไม่ค่อยเข้าใจ นักวิจัยที่เป็นผู้บำบัดต้องอธิบายเพิ่มเติมทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจมากขึ้น

ผลการทดสอบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะเวลา 1 เดือน ในกลุ่มทดสอบนำร่องเบื้องต้น พบว่า ก่อนบำบัดกลุ่ม

ตัวอย่างทั้ง 5 คน มีคะแนน 9Q เฉลี่ย 9.4 เมื่อติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือนพบว่าคะแนน 9Q เฉลี่ย 6.3 โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนยังคงรับประทานยาต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าการรับประทานยาต่อเนื่องควบคู่กับการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีประสิทธิภาพ ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะเวลา 1 เดือนได้

การพัฒนาครั้งที่ 2 เป็นการปรับปรุงหลังจากแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้บำบัดตามโปรแกรมดังกล่าวและนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ ได้มีการปรับเทคนิคและเนื้อหาบางส่วนให้สั้นกระชับเพื่อให้การบำบัดมีความชัดเจนง่ายต่อการทำความเข้าใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากขึ้น ภายใต้กรอบแนวคิด ขั้นตอนและจำนวนครั้งแบบเดิม

2. ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการวิจัยในขั้นตอนที่ 6

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) หมายถึง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลพื้นฐานใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 2)

3. ผลลัพธ์ของโปรแกรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)						
ค่าเฉลี่ย	35.25 (9.88)		35.15 (10.36)			0.935 ^a
(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)						
เพศ					0.800	0.371
ชาย	8	40.00	7	35.00		
หญิง	12	60.00	13	65.00		
สถานภาพสมรส					6.600	0.086
โสด	8	40.00	7	40.00		
สมรส	6	30.00	6	30.00		
หม้าย	4	20.00	5	25.00		
หย่าร้าง/แยกทาง	2	10.00	2	5.00		
การศึกษา					18.200	0.674
ประถมศึกษา	7	35.00	7	35.00		
มัธยมศึกษา	9	45.00	10	50.00		
ปวช./ปวส.	2	10.00	2	10.00		
ปริญญาตรี	2	10.00	1	5.00		
อาชีพ					7.750	0.101
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	20.00	4	20.00		
รับราชการ	2	10.00	2	10.00		
นักศึกษา	2	10.00	3	15.00		
เกษตรกร	7	35.00	7	35.00		
ว่างงาน	5	25.00	4	20.00		
รายได้ต่อเดือน						
ไม่มีรายได้	2	20.00	1	5.00	12.200	0.658
น้อยกว่า 5,000 บาท	12	45.00	13	65.00		
5,001 – 10,000 บาท	3	15.00	2	10.00		
10,001 – 15,000 บาท	1	5.00	1	5.00		
มากกว่า 15,000 บาท	2	15.00	3	15.00		

*p-value < 0.05, ^aMann-Whitney U test

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน ด้วย Mann-Whitney U test

ตัวแปร	Mean Rank	n	Mann-Whitney U	p-value
ภาวะซึมเศร้า				
หลังสิ้นสุดการทดลองทันที				
กลุ่มทดลอง	16.48	20	119.500	0.028*
กลุ่มควบคุม	24.53	20		
ภาวะซึมเศร้า				
ระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน				
กลุ่มทดลอง	13.03	20	50.500	0.000*
กลุ่มควบคุม	27.98	20		
ความรู้unkคิดต่อเหตุการณ์				
หลังสิ้นสุดการทดลองทันที				
กลุ่มทดลอง	16.85	20	127.0000	0.049*
กลุ่มควบคุม	24.15	20		
ความรู้unkคิดต่อเหตุการณ์				
ระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน				
กลุ่มทดลอง	14.40	20	78.000	0.001*
กลุ่มควบคุม	26.60	20		
ระดับของสติ				
หลังสิ้นสุดการทดลองทันที				
กลุ่มทดลอง	17.85	20	147.000	0.157
กลุ่มควบคุม	23.15	20		
ระดับของสติ				
ระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน				
กลุ่มทดลอง	16.95	20	129.000	0.056
กลุ่มควบคุม	24.05	20		

*p-value < 0.05

สถิติ ($p < .05$) ในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลอง 3 เดือน

กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้unkคิดต่อเหตุการณ์ลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญสถิติ ($p < .05$) ในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลอง 3 เดือน แต่คะแนนเฉลี่ยระดับสติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันทั้งหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลอง 3 เดือน (ตารางที่ 3)

ผลการติดตามร้อยละการรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำของกลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยจากจิตแพทย์และการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ ส่วนกลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำจำนวน 4 คน (ร้อยละ 20.0) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 4)

4. ผลการติดตามการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในระบบบริการ

ในส่วนการบริการทางการพยาบาลผู้ป่วย

โรคซึมเศร้า พบว่า หลังการทดลองนำโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าไปทดลองใช้ในระบบบริการของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำและได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมดังกล่าว จำนวน 134 คน จากการติดตามพบว่า ไม่มีการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 3 เดือน แต่พบการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 6 เดือน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.49) โดยยังมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 38 คน กำลังติดตามการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 6 เดือน อย่างไรก็ตามถือว่าร้อยละการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำหลังการบำบัดตามโปรแกรมหากล่าว น้อยกว่าภาพรวมร้อยละการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำของโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีรายงานร้อยละ 14.30 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ผลติดตามการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 3 เดือน และ 6 เดือน

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 3 เดือน	0	0	1	5	36.100*	<0.001
การกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 6 เดือน	0	0	3	15	25.600*	<0.001
รวม	0	0	4	20		

*p-value < 0.05, Chi-square test

ตารางที่ 5 ร้อยละการกลับมารักษารูปแบบผู้ป่วยในซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รักษาแบบผู้ป่วยใน	ร้อยละการกลับมารักษารูปแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 6 เดือน	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดตามโปรแกรม	จำนวนผู้ป่วยกลับมารักษารูปแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 6 เดือน	ร้อยละการกลับมารักษารูปแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 6 เดือน
2561	136	13.43	-		
2562	241	18.36	-		
2563	268	22.45	-		
2564	345	17.39	20	0	0
2565	353	14.30	134	2	1.49

การอภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง ด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครั้งนี้ พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Segal et al. (2002) และปรับปรุงมาจากโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้า ด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หายทุเลาและอาศัยอยู่ในชุมชน (Kenbubpha et al., 2021) ที่มีรูปแบบการบำบัดแบบกลุ่มประมาณ 6 - 10 คน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) การตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น 2) การตระหนักรู้โลกของความคิด 3) การจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่าน 4) การตระหนักรู้ถึงความไม่ได้ตั้งใจ 5) การยอมรับอย่างที่เป็น 6) การเห็นว่าความคิดไม่ใช่ความจริง 7) การสร้างคุณค่าให้กับตัวเองและการดูแลตนเองให้ดีที่สุด และ 8) การคงไว้ซึ่งสติและการเรียนรู้ใหม่ มีกิจกรรมบำบัด 8

ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 - 120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์และมีการบ้านให้ฝึกกิจกรรมระหว่างสัปดาห์ (Segal et al., 2013) รวมทั้งประยุกต์มาจากโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการหายทุเลา และป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2018) แต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีการปรับรูปแบบเป็นการบำบัดแบบรายบุคคลเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมีกิจกรรมบำบัด 6 ครั้ง ๆ ละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ได้แก่ 1) ความตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น 2) การตระหนักรู้โลกของความคิด 3) การจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่าน 4) การตระหนักรู้ถึงความไม่ได้ตั้งใจและการยอมรับอย่างที่เป็น 5) การเห็นว่าความคิดไม่ใช่ความจริง 6) การสร้างคุณค่าให้กับตนเองและดูแลตนเองให้ดีที่สุด โดยยึดหลักการของแนวคิดเดิม

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความตระหนักรู้ในอารมณ์ และเท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น เปลี่ยนวิธีการที่จัดเคยตอบสนองต่อสิ่งเร้า จากเดิมที่ตอบสนองแบบอัตโนมัติเป็นตอบสนองอย่างมีสติ ตระหนักรู้เกี่ยวกับโลกของความคิดว่าเป็นแค่ความคิด มีสติและอยู่กับปัจจุบัน มีการตระหนักรู้ถึงอาการเตือนของโรคซึมเศร้าก่อนกลับเป็นซ้ำ มีความเห็นอกเห็นใจ มีการเสริมคุณค่าตัวเองและสามารถดูแลตัวเองได้อย่างดี (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2018; Segal et al., 2002) นอกจากนี้ในกระบวนการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าว มีการทดสอบนำร่องโดยการฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพให้มีทักษะตามโปรแกรมและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารักษาแบบผู้ป่วยในที่เข้าสู่ระยะหายทุเลามีอาการซึมเศร้าระดับน้อยและเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจในการใช้ภาษาที่อยู่ในคู่มือผู้รับการบำบัด แต่มีบางส่วนของเนื้อหาที่ยังอาจไม่เข้าใจ นักวิจัยที่เป็นผู้นำบัดต้องอธิบายเพิ่มเติม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจมากขึ้น “เช่น เนื้อหาในเรื่อง การตระหนักรู้โลกของความคิด ที่ให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำความเข้าใจกับโมเดล ABC ซึ่งประกอบด้วย เหตุการณ์ ความคิด และความรู้สึก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจที่ไม่ชัดเจน แยกระหว่างความคิดและความรู้สึกต่อสถานการณ์นั้นค่อนข้างยาก ไม่แน่ใจว่าอันไหนคือความคิด อันไหน คือความรู้สึก” จึงมีการปรับปรุงโปรแกรมหลังจากแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้บำบัดตามโปรแกรมดังกล่าวและนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ ได้มีการปรับเทคนิคและเนื้อหาบางส่วนให้สั้นกระชับ เพื่อให้การบำบัดมีความชัดเจนง่ายต่อการทำความเข้าใจ

เข้าใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากขึ้น ภายใต้กรอบแนวคิด ขั้นตอนและจำนวนครั้งแบบเดิม

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า โปรแกรมมีผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้าและการลดลงของความรุนแรงต่อเหตุการณ์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยและสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (Batink, Peeters, Geschwind, van Os, & Wichers, 2013) และจากการศึกษาเพื่อทดสอบผลของโปรแกรمدังกล่าวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 20 คน สามารถป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยและสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด มีผลต่อการบำบัดรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า (van der Velden et al., 2015) แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดควบคู่กับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Guo et al., 2022) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า สามารถลดอาการซึมเศร้าได้และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับ

การดูแลแบบปกติ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2018) และผลของโปรแกรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงสามารถป้องกันการกำเริบของโรคซึมเศร้าทำให้ความคิดที่ผิดปกติลดลงช่วยให้ทักษะการรับรู้ การควบคุมอารมณ์ และความคิดได้ดีขึ้น (Farb et al., 2018)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของระดับสติที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาหายทุเลาและใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน พบว่า ไม่มีความแตกต่างของระดับสติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เช่นกัน (Kenbubpha, Pianthong, Saganrum, & Sukhawaha, 2022) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเพิ่มระดับของการมีสติและการตระหนักรู้จำเป็นต้องใช้เวลาในการฝึกทักษะสติอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องฝึกสติอย่างสม่ำเสมอและนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเพิ่มเติมจากการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดรายบุคคลกับผู้นำบัดแต่ 6 ครั้งเท่านั้น

ส่วนประสิทธิผลของโปรแกรมหลังมีการนำไปใช้ในระบบบริการของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ปีงบประมาณ 2565 พบว่า ส่งผลทำให้ร้อยละการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำของโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลลดลง ซึ่งโปรแกรมดังกล่าว

ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความตระหนักรู้ในอารมณ์ และเท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น เปลี่ยนวิธีการที่จิตเคยตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากเดิมที่ตอบสนองแบบอัตโนมัติเป็นตอบสนองอย่างมีสติ ตระหนักรู้เกี่ยวกับโลกของความคิดว่าเป็นแค่ความคิด มีสติและอยู่กับปัจจุบัน มีการตระหนักรู้ถึงอาการเตือนของโรคซึมเศร้าก่อนกลับเป็นซ้ำ มีความเห็นอกเห็นใจ และระดับความตระหนักรู้เพิ่มขึ้น และมีความเมตตาต่อตัวเองและดูแลตัวเองได้ จึงสามารถลดอาการซึมเศร้าและลดความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อสถานการณ์ รวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการฝึกสติเป็นพื้นฐานมีประสิทธิผลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวภายใน 6 - 12 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีสุขภาวะที่ดีเพิ่มขึ้น (van Aalderen et al., 2012) และสอดคล้องกับผลของโปรแกรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า สามารถป้องกันการกำเริบของโรคซึมเศร้าทำให้ความคิดที่ผิดปกติลดลง ช่วยให้ทักษะการรับรู้การควบคุมอารมณ์และความคิดได้ดีขึ้น (Farb et al., 2018) อย่างไรก็ตามจากการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดตามโปรแกรมนี้ จำนวน 134 คน กลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 6 เดือน เพียง 2 คน ซึ่งจากการสัมภาษณ์และซักประวัติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งสองคน พบว่า “มีความรุนแรงในครอบครัวและมีปัญหาทางเศรษฐกิจ รวมทั้งไม่ได้

รับประทานยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่อง” ดังนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน ควรมีการเตรียมความพร้อมและประเมินศักยภาพของครอบครัวสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การทดสอบผลของโปรแกรมในครั้งนี้ ใช้การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง จึงไม่ได้สุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรม
2. การศึกษาวิจัยนี้ไม่ได้ควบคุมตัวแปรที่แทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าและการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของโรคซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยยังได้รับยาต้านอาการซึมเศร้า เป็นต้น
3. ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับต่ำเท่านั้น จึงอาจได้ผลที่แตกต่างถ้านำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำเป็นต้องฝึกอบรมพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หรือผู้บำบัดให้มีความรู้ความเข้าใจและสมรรถนะตามหลักของโปรแกรมก่อนเสมอ

2. ด้านการวิจัย

2.1 การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าและการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของ

โรคซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยยังได้รับยาต้านอาการซึมเศร้า เป็นต้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเก็บข้อมูลการใช้ยาต้านอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อพิจารณาผลร่วมด้วย และควรมีการศึกษาแบบสุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยเพื่อลดความคลาดเคลื่อนการวิจัย

2.2 การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการบำบัดโปรแกรมแบบรายบุคคลเนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน มีวันที่รับไว้รักษาและจำหน่ายไม่พร้อมกัน ทำให้ไม่สามารถดำเนินการบำบัดแบบกลุ่มได้สะดวก ดังนั้นการศึกษารายต่อไปจึงควรนำโปรแกรมไปทดสอบผลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและใช้การบำบัดแบบรายกลุ่ม

2.3 การศึกษาครั้งนี้พัฒนาโปรแกรมภายใต้บริบทของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดังนั้นการศึกษารายต่อไป ควรมีการปรับปรุงและนำไปทดลองใช้ในบริบทอื่น ๆ ของโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีแผนกจิตเวช

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ประสาท อุครนันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่สนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ทุกท่าน สำหรับความช่วยเหลือและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

ธณินทร กองสุข, จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนนูปผา, สุพัตรา สุขาวห, และ รุ่งมณี อึ้งยี่น. (2553, 18-20 สิงหาคม). ความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามเมื่อเทียบกับแบบประเมิน hamilton rating scale for depression (hrsd-17). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 9 เรื่อง "ความสุขครอบครัว ความสุขชุมชน : Happy Family Happy Community" ครอบครัวเข้มแข็ง ชุมชนเข้มแข็ง สังคมอยู่เย็นเป็นสุข, กรุงเทพมหานคร

ไพรัตน์ ชมภูบุตร, เกษราภรณ์ เคนนูปผา, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน, และ หทัยรัตน์ สายมาอินทร์. (2563). ผลการวิเคราะห์ความต้องการและปัญหาการจัดการโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. กลุ่มภารกิจทางการแพทย์, โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2563). รายงานผลปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2563. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. (2564). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

วาริรัตน์ ถาน้อย, รุ่งภาภาณิตรรัตน์, และ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2554). แบบวัดความรู้ความคิดต่อสถานการณ์ภัยพิบัติสำหรับวัยรุ่น: คุณภาพของเครื่องมือ. *Journal of Nursing Science*, 29(2), 29-38.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ เรื่องการเปรียบเทียบความสัมพันธแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย(MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีจีพูล จำกัด.

อรรณพ ศิลปกิจ. (2558). การสร้างแบบประเมินสติ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(2), 72-90.

Batink, T., Peeters, F., Geschwind, N., van Os, J., & Wichers, M. (2013). How does mbet for depression work? Studying cognitive and affective mediation pathways. *PLOS ONE*, 8(8), e72778.

Biesheuvel-Leliefeld, K. E. M., Bosmans, J. E., Dijkstra-Kersten, S. M. A., Smit, F., Bockting, C. L. H., van Schaik, D. J. F., et al. (2018). A supported self-help for recurrent depression in primary care; an economic evaluation alongside a multi-center randomised controlled trial. *PLOS ONE*, 13(12), e0208570-e0208570.

Citrome, L., Jain, R., Tung, A., Landsman-Blumberg, P. B., Kramer, K., & Ali, S. (2019). Prevalence, treatment patterns, and stay characteristics associated with hospitalizations for major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 249, 378-384.

Farb, N., Anderson, A., Ravindran, A., Hawley, L., Irving, J., Mancuso, E., et al. (2018). Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 200-204.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.

Guo, H. R., Wang, J. R., Wang, Y. L., Huang, B. L., Yang, X. H., & Ren, Y. M. (2022). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy combined with medication therapy in preventing recurrence of major depressive disorder in convalescent patients. *Frontiers in Psychology*, 13.

Hollon, S. D. (2016). The efficacy and acceptability of psychological interventions for depression: Where we are now and where we are going. *Epidemiology Psychiatric Science*, 25(4), 295-300.

Houle J, Gascon-Depatie M, Bélanger-Dumontier G, Cardinal C. (2013). Depression self-management support: A systematic review. *Patient Education and Counselling*, 91(3), 271-9.

- Kenbubpha K, Pianthong K, Saguanrum K, Sukhawaha S, Thongbenjamas S, & Hasook P. (2021, March). *Development and testing the content validity of the program of mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorders*. Paper presented at the 20th WPA World Congress of Psychiatry. Retrieved March 22, 2021, from <https://www.eposters.net/event/20th-wpa-virtual-congress-of-psychiatry>
- Kenbubpha K, Pianthong K, Saguanrum K, & Sukhawaha S. (2022, August). *Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorder in Thailand*. Paper presented at the 20th WPA World Congress of Psychiatry. Retrieved November 9, 2022, from <https://2022.wcp-congress.com/abstract-topics/>
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 loma prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-1040.
- Segal Z.V., Williams J.M., & Teasdale J. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2003). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., et al. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 37, 26-39.
- World Health Organization. *Depression*. World Health Organization. Retrieved October 9, 2019, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.