ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมสมรรถนะในการเป็นผู้บำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด

กมลทิพย์ สงวนรัมย์ วท.ม.[1]
กุลชรีย์ เพียรทอง ปร.ด. (วิจัยและประเมินผล)[2]
เกษราภรณ์ เคนบุปผา ปร.ด. (การพยาบาล)[3]

บทคัดย่อขยาย

บทนำ การบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้ามีผลลดอาการซึมเศร้าและช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ผู้บำบัดมีบทบาทสำคัญและจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการถ่ายทอดกิจกรรมการบำบัด

วัตถุประสงค์วิจัย เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการบำบัด ระดับการมีสติและความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ของบุคลากรสาธารณสุขในระยะก่อนและหลังโปรแกรมฝึกอบรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด

การออกแบบวิจัย การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 20 คน ทำงานในโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและวิทยาลัยพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการของการศึกษานำร่อง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบความรู้ 3) แบบวัดความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ 4) แบบประเมินสติ Philadelphia Mindfulness Scale ฉบับภาษาไทย และ 5)โปรแกรมฝึกอบรม 4 วันประกอบด้วย 5 หน่วยการเรียนรู้ ในระหว่างการอบรมผู้เข้าอบรมสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายหลังกิจกรรมการเรียนรู้ โปรแกรมมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการทดสอบทีคู่

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 38 ปี (SD = 6.93) อายุการทำงานเฉลี่ย 16 ปี (SD = 7.24) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 80) ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการบำบัด 10.30 (SD = 2.00) ความครุ่นคิดต่อสถานการณ์เฉลี่ย 37.00 (SD =10.35) และระดับการมีสติเฉลี่ย 60.70 (SD = 12.11) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการบำบัดเฉลี่ย 11.90 (SD = 2.83) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = −3.559, p = .002) ความครุ่นคิดต่อสถานการณ์เฉลี่ย 35.00 (SD = 9.06) ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 0.848, p = .407) และระดับการมีสติเฉลี่ย 64.65 (SD = 6.06) ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = −1.588, p = .129)

ข้อเสนอแนะ บุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด มีความรู้เพิ่มขึ้น สามารถฝึกทักษะการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และนำโปรแกรมไปใช้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2566; 38(3) 215-228

คำสำคัญ โรคซึมเศร้า การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด บุคลากรสาธารณสุข สมรรถนะ

วันที่ได้รับ 16 ก.ค. 66 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 25 ส.ค. 66 วันที่รับตีพิมพ์ 25 ส.ค. 66

[1,2]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี*

[3]*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*

[3]*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: kedsarapom@bcnsp.ac.th*

The Effectiveness of a Training Program for Healthcare Professionals to Enhance Competence of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression

Kamontip Saguanrum M.S.[1]
Kulchalee Pianthong Ph.D. (Research and Evaluation)[2]
Kedsaraporn Kenbubpha Ph.D. (Nursing)[3]

Extended Abstract

Introduction Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for depression, combined with medication therapy using antidepressants, assists in reducing depressive symptoms and preventing the recurrence of depression. Therapists play a crucial role in this process, requiring the competency to facilitate therapeutic activities effectively.

Objectives The aims of this study were to compare the knowledge of depression and MBCT, levels of mindfulness, and ruminative thought among healthcare professionals before and after participating in a training program.

Design A quasi-experimental with one-group, pretest and posttest design

Methodology A sample of 20 healthcare professionals from the psychiatric hospital, the provincial hospital, a district health promoting hospital, and the nursing college in Ubon Ratchathani province, was purposively selected according to the inclusion criteria. The sample size was determined based on the guiding principles of a pilot study. Research instruments included: 1) Demographic questionnaire, 2) Knowledge Test, 3) Ruminative Response Scale, 4) Philadelphia Mindfulness Scale (Thai version), and 5) A 4-day training program comprising 5 learning modules. During the training, participants' reflections and emotions after learning activities were taken. The program revealed a content validity index of .83. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test.

Results The sample consisted entirely of females, with the mean age of 38 years (SD = 6.93) and mean work experience of 16 years (SD = 7.24). The majority were professional nurses (80%). Before participating in the program, the sample had mean knowledge about depression and MBCT of 10.30 (SD = 2.00), mean ruminative thought of 37.00 (SD = 10.35), and mean mindfulness level of 60.70 (SD = 12.11). After the program, their knowledge (M = 11.90, SD = 2.83) was significantly higher, compared to before the program (t = -3.559, p = .002). The ruminative thought after the program (M = 35.00, SD = 9.06) had no significant difference from before the program (t = 0.848, p = .407). Similarly, the mindfulness level after the program (M = 64.65, SD = 6.06), had no significant difference from before the program (t = -1.588, p = .129).

Recommendation Healthcare professionals who completed training in MBCT attain a greater knowledge and are prepared with the competence to consistently and continuously apply mindfulness techniques in therapy. They can integrate these skills into their ongoing practice, subsequently offering therapy to patients with depression.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2023; 38(3) 215-228

Keywords depressive disorder / mindfulness-based cognitive therapy / healthcare professionals / competence

Received 16 July 2023, Revised 25 August 2023, Accepted 25 August 2023

[1,2]*Registered nurses, Professional level, Research and Training Center, Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani province*
[3]*Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand*
[3]*Corresponding author, E-mail: kedsaraporn@bcnsp.ac.th*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขหลักที่ก่อให้เกิดภาระทางสังคมและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก[1] สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 หรือเพิ่มมากถึง 7 เท่า ซึ่งมากกว่าที่คาดการณ์ไว้[2] ปัญหาสำคัญของโรคซึมเศร้าคือการกลับเป็นซ้ำ โดยพบว่าหลังจากป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกแล้ว ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มีโอกาสกลับมาป่วยเป็นซ้ำอีก[3] จากรายงานประจำปีของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2559-2561[4] พบว่า อัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 13.43-18.36 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางคนไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงในการรับประทานยาต้านอาการเศร้าได้นาน[5] จากรายงานผลการวิเคราะห์และสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มาจากปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ความเสียใจ ความผิดหวัง ความคิดหมกหมุ่น ขาดสติ เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อการใช้ชีวิตร่วมกับคนในครอบครัว บางครั้งทำให้มีความคิดอยากตาย ทำร้ายตนเอง[6] การทำจิตสังคมบำบัด เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม[7] การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด[8] เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับการบำบัดรักษาด้วยยา ดังนั้น การบำบัดทางจิตสังคม โดยไม่ใช้ยาจึงถือว่ามีความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า บูรณาการจากการบำบัดเพื่อลดความเครียดด้วยสติร่วมกับการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมบำบัด 8 ครั้ง ๆ ละ 1 สัปดาห์ติดต่อกันและมีการมอบหมายให้ฝึกทักษะระหว่างสัปดาห์[9] ซึ่งเป็นหนึ่งในโปรแกรมการบำบัดทางจิตที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตระหนักรู้ความคิดที่เกิดขึ้นและสามารถมีสติในการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า[10] นอกจากนี้การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดยังมุ่งเน้นไปที่การรับรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและความรู้สึก การเพิ่มความรับรู้ในแง่ของอภิปัญญา นั่นคือ ความคิด ความรู้สึก หรือความเชื่อประสบการณ์ในรูปแบบการกระทำที่มีสติ (being) ส่วนรูปแบบการกระทำแบบไม่มีสติหรือ doing mode คือการดำเนินชีวิตแบบใช้ความคิดอัตโนมัติและขาดสติ ทำให้พบกับปัญหาอุปสรรค และพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาที่ประสบ มักคิดแต่เรื่องเดิม ๆ ที่เป็นความคิดแบบเคยชิน ซึ่งเป็นรูปแบบความคิดที่มักพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า[10, 11] ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า โปรแกรมดังกล่าวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสติ ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ ความวิตกกังวล ความเห็นอกเห็นใจ ระดับความตระหนักรู้ ซึ่งส่งผลลดอาการซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ จึงช่วยในการบำบัดรักษาร่วมกับการใช้ยาต้านอาการซึมเศร้า เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้าได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น[8, 12]

สำหรับประเทศไทยได้มีการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13] และโปรแกรมการให้การ

ปรึกษาแนวพุทธธรรมแบบกลุ่มช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้[14] โดยในปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต มีการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของ Segal และ Williams[9] พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม MBCT มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและในระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลองภายใน 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผลการติดตามการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าวในระยะเวลา 3 เดือนและ 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า[15] โดยโปรแกรม MBCT ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ใช้แนวคิดของ Segal และ Williams[9] ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและมีการทดสอบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะอาการสงบหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตามบริบทของพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

อย่างไรก็ตามบุคลากรสาธารณสุขที่สามารถเป็นผู้บำบัดตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ยังมีจำนวนไม่เพียงพอที่จะนำโปรแกรมไปขยายผลใช้ในโรงพยาบาลจิตเวช การขยายผลได้นั้นต้องมีบุคลากรที่ถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้โปรแกรมดังกล่าว ดังนั้นจึงต้องมีการฝึกอบรมบุคลากรให้มีสมรรถนะในการบำบัดตามโปรแกรมนี้ การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติ มี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความร่วมมือในการบำบัดของผู้ป่วยซึ่งขึ้นกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ผู้บำบัดสามารถบำบัดตามมาตรฐานของโปรแกรม และสมรรถนะของผู้บำบัด[16] สมรรถนะจึงเป็นระดับทักษะของผู้บำบัดหรือครูในการถ่ายทอดโปรแกรม ดังนั้นสมรรถนะของบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินผลลัพธ์ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพผู้บำบัดให้มีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการบำบัดตามแนวทางของโปรแกรมบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการบำบัด ระดับการมีสติและความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ของบุคลากรสาธารณสุขในระยะก่อนและหลังฝึกอบรมโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการบำบัด มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม บุคลากรสาธารณสุขมีความครุ่นคิดต่อสถานการณ์แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระดับการมีสติของบุคลากรสาธารณสุขแตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดของการวิจัย

สมรรถนะของผู้บำบัดในโปรแกรมจิตสังคมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช คือการที่ผู้บำบัดมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความรู้เกี่ยวกับการบำบัด รวมทั้งทักษะที่เพียงพอสามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานของการบำบัดเพื่อบรรลุผลลัพธ์การบำบัด[17] สมรรถนะของผู้บำบัดจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพของโปรแกรมการบำบัด[18] โปรแกรมฝึกอบรมการบำบัด

โรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการศึกษาครั้งนี้ พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Segal และคณะ[9] และแนวทางการฝึกอบรมผู้บำบัดตามแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมโดยมีสติเป็นฐานของ Crane และคณะ[19] โดยสมรรถนะของผู้บำบัดมี 5 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้เริ่มต้น 2) ผู้ก้าวหน้าหรือผู้เรียนรู้ 3) ผู้มีความสามารถหรือผู้ปฏิบัติ 4) ผู้ชำนาญ และ 5) ผู้เชี่ยวชาญ[19] ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นที่สมรรถนะระดับเริ่มต้น แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบหลัก คือ ความครอบคลุมและการบริหารเวลาในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรม ทักษะที่เกี่ยวกับการเจริญสติ การแสดงออกอย่างมีสติ การแนะนำการฝึกสติ การมีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการฝึกอบรม และการเรียนรู้แบบกลุ่ม[19] ดังกรอบแนวคิดโปรแกรมการฝึกอบรม (Figure 1)

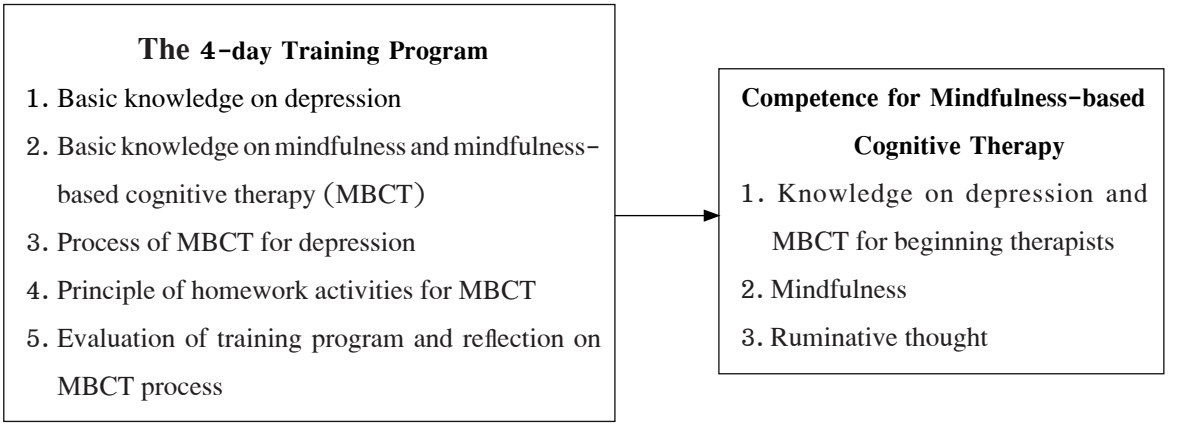


Figure 1: Conceptual framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (Quasi-experimental design with one group, pre-test and post-test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานีที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานีที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลประจำจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 3 ปี และผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช

2. เป็นนักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 3 ปี และผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

3. ไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด

4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้

เนื่องจากยังไม่มีงานวิจัยในลักษณะนี้มาก่อน จึงใช้หลักการจากคำแนะนำการกำหนดขนาดตัวอย่างในงานวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมหรือ

หลักสูตรในการศึกษานำร่อง ซึ่งควรมีตัวอย่างอยู่ระหว่าง 10-40 คน[20] ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงใช้ตัวอย่างจำนวน 20 คน

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมฝึกอบรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามากกว่า 10 ปี ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จบการศึกษาระดับปริญญาเอกและปริญญาโททางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผ่านการอบรมและฝึกทักษะตามโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด นอกจากนี้ยังมีนักจิตวิทยาเชี่ยวชาญจิตเวชและนักสังคมสงเคราะห์เชี่ยวชาญจิตเวชเป็นผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรม โปรแกรมประกอบด้วยเนื้อหา 5 หน่วยการเรียนรู้รวม 32 ชั่วโมง แบ่งการฝึกอบรมออกเป็น 4 วัน เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และสะท้อนการเรียนรู้ตามหลักการฝึกอบรมผู้บำบัดโดยใช้การบำบัดแบบมีสติเป็นฐาน[19] ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์เชี่ยวชาญเรื่องสติ 2 คน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์เชี่ยวชาญ 1 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index, CVI) เท่ากับ .83

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัย ประกอบด้วย อายุ ประสบการณ์การทำงาน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการบำบัด พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัย มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการฝึกสติ ลักษณะการตอบเป็นแบบเป็นการเลือกตอบถูกหรือผิด ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนมากหมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามาก แบบทดสอบฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .87 ผลวิเคราะห์ประสิทธิภาพรายข้อด้วยการจำแนกความยากง่าย ได้ค่าดัชนีความยากง่ายอยู่ระหว่าง .20-.80 วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบทดสอบโดยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .76

3. แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ ฉบับภาษาไทยแปลโดย วารีรัตน์ ถาน้อยและคณะ[21] จาก Ruminative Response Scale ของ Nolen-Hoeksema and Morrow[22] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน แปลผลรวมจากคะแนนของแบบสอบถามทั้งฉบับ คะแนนมากหมายถึง มีความครุ่นคิดต่อสถานการณ์มาก แบบวัดฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .95 และความเที่ยงโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90 นอกจากนี้ยังพบว่า ความครุ่นคิดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตึงเครียดทางอารมณ์ ($r = .736, p < .01$) และพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ($r = .460, p < .01$) ได้มีการนำแบบวัดฉบับนี้ไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89[15]

4. แบบประเมินสติ Philadelphia Mindfulness Scale ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Cardaciotto, Herbert[23] แปลเป็นภาษาไทยโดย ชัชวาลย์ ศิลปกิจและคณะ[24] มีจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ๆ ละ 10 ข้อ คือ การตระหนักรู้และการยอมรับ ลักษณะการตอบเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคยเลย (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) บ่อยมาก (4 คะแนน) และเกือบตลอดเวลา (5 คะแนน) คะแนนมาก หมายถึง การมีสติอยู่กับตนเองมาก แบบประเมินฉบับนี้มีค่าความเที่ยงในการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient, r) ด้านการตระหนักรู้และการยอมรับเท่ากับ .88 และ .89 ตามลำดับ และความสอดคล้องภายในของทั้งสององค์ประกอบอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินด้านการตระหนักรู้ และการยอมรับเท่ากับ .87 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาและการทดสอบผลของโปรแกรมและหลักสูตรการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เลขที่ COA No 003/2563 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงข้อมูลก่อนการเข้าร่วมการวิจัย และตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองโดยการลงนาม สามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยนำเสนอในภาพรวม ไม่ระบุชื่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โดยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้ากลุ่มงานและผู้อำนวยการซึ่งเป็นผู้บริหารหน่วยงานต้นสังกัดของกลุ่มตัวอย่าง และทำหนังสือเพื่อเชิญเข้าร่วมฝึกอบรมเฉพาะหน่วยงานที่จะมีการนำโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ หอผู้ป่วย หน่วยงานจิตวิทยา และสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีไค จังหวัดอุบลราชธานี และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ดำเนินการฝึกอบรมในระหว่างวันที่ 15-18 กรกฎาคม 2564 ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เริ่มจากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-administration) ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการบำบัด แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ และแบบประเมินสติ Philadelphia Mindfulness Scale ฉบับภาษาไทย โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที จากนั้นดำเนินการโปรแกรมฝึกอบรมแบบกลุ่มรวม 32 ชั่วโมง (4 วัน) โดยคณะวิทยากรผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด จำนวน 9 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 6 คน นักจิตวิทยา 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน แบ่งกลุ่มย่อยเพื่อฝึกทักษะการเจริญสติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังการฝึกแต่ละทักษะ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้ แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ และแบบประเมินสติอีกครั้งหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ และระดับการมีสติ วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลักษณะของข้อมูล

2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ และระดับการมีสติของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนและหลังโปรแกรม โดยใช้สถิติอ้างอิงคือ การทดสอบทีคู่ (Paired t-test) ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลทุกชุดมีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุ 29-55 ปี อายุเฉลี่ย 38 ปี (SD = 6.93) อายุการทำงาน 6-32 ปี ค่าเฉลี่ย 16 ปี (SD = 7.24) มีสถานภาพโสดมากที่สุด (ร้อยละ 45) ส่วนใหญ่ศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 80) และเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 80) (Table 1)

Table 1 Characteristics of participants (n=20)

Variables	N	%
Marital status		
Single	9	45.0
Married	8	40.0
Windowed	2	10.0
Divorced	1	5.0
Education level		
Bachelor's degree	16	80.0
Master's degree	3	15.0
Doctoral's degree	1	5.0
Profession		
Registered nurse	16	80.0
Psychologist	1	5.0
Social worker	1	5.0
Occupational therapist	1	5.0
Nurse lecturer	1	5.0

ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการบำบัดเฉลี่ย 10.30 (SD = 2.00) ความครุ่นคิดต่อสถานการณ์เฉลี่ย 37.00 (SD = 10.35) และระดับการมีสติเฉลี่ย 60.70 (SD = 12.11) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เฉลี่ย 11.90 (SD = 2.83) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -3.559, p = .002) ทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและความรู้เกี่ยวกับการบำบัดพบว่าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -1.879, p = .005; t = -2.950, p = .001 ตามลำดับ) ในขณะที่ความครุ่นคิดต่อสถานการณ์เฉลี่ย 35.00 (SD = 9.06) ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 0.848, p = .407) และระดับการมีสติเฉลี่ย 64.65 (SD = 6.06) ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -1.588, p = .129) (Table 2)

Table 2 Comparisons of knowledge, ruminative thought, and mindfulness level in the participants before and after the program using Paired t-test (n=20)

Variable	Before M (SD)	After M (SD)	t	p-value
Knowledge	10.30 (2.00)	11.90 (2.83)	-3.559	.002
- Depression	3.24 (0.82)	4.47 (0.41)	-1.879	.005
- MBCT	6.89 (1.74)	8.76 (2.01)	-2.950	.001
Ruminative thought	37.00 (10.35)	35.00 (9.06)	0.848	.407
Mindfulness level	60.70 (12.11)	64.65 (6.06)	-1.588	.129

นอกจากนี้ในระหว่างการฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจนสะท้อนผลของการฝึกสติเพื่อตระหนักรู้ความคิดของตัวเองในช่วงสิ้นสุดโปรแกรมการฝึกอบรมการบำบัดโรคซึมเศร้า โดยในช่วงสองชั่วโมงสุดท้ายของการอบรมเป็นการสรุปผลการเรียนรู้ทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนความรู้สึกดังนี้ *"การฝึกทักษะสติทำให้ได้รู้จัก ความคิด อารมณ์และการแสดงออกของตัวเอง ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงท่าทีของตัวเอง โดยเฉพาะเมื่อกำลังอยู่อารมณ์ที่หงุดหงิด ทำให้รู้ตัวเร็วขึ้น รู้สึกมีความสุขสงบ" "ช่วงฝึกการนั่งเจริญสตินาน 30 นาที ได้เห็นความคิดของตัวเองว่าไม่สงบ มีเรื่องต่าง ๆ โผล่เข้ามา พอรู้ตัวก็ปล่อยและนั่งต่อ เป็นครั้งแรกที่นั่งได้นานขึ้น" "เมื่อเช้าก่อนมาถึงโรงพยาบาล มีรถยนต์แซงมาเบียด อารมณ์กำลังจะเปี๊ยดขึ้น ได้สติรีบขับรถหลบไปข้าง ๆ ก่อนจะเฉี่ยวชน"*

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและมีความรู้พื้นฐานในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น และส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีเพียงอาจารย์พยาบาล 1 คน และนักกิจกรรมบำบัด 1 คนเท่านั้นที่สมัครเข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากมีความสนใจเป็นส่วนตัวและต้องการนำไปปรับใช้ในการทำงาน จึงมีความตั้งใจในการฝึกอบรมในครั้งนี้ซึ่งมุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างสามารถบำบัดผู้ป่วยตามกิจกรรม 8 ครั้งของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ผู้บำบัดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคซึมเศร้าและหลักสำคัญของการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด[25] นอกจากนี้ผู้บำบัดต้องฝึกทักษะการเจริญสติในระหว่างการฝึกอบรมและในวิถีชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสะท้อนการเรียนรู้กับอาจารย์พี่เลี้ยงเพื่อให้เกิดกระบวนการสะท้อนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตัวเอง ก่อนจะสามารถให้การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้เกิดผลลัพธ์เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า[26] ดังนั้นการที่ผู้บำบัดมีความรู้และทักษะเพียงพอในการนำโปรแกรมการบำบัดไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่แสดงถึงคุณภาพของโปรแกรมการบำบัด[18]

โปรแกรมการฝึกอบรมครั้งนี้ใช้วิธีการฝึกอบรมผู้บำบัดตามแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมโดยมีสติ

เป็นฐานของ Crane และคณะ[19] ซึ่งมี 6 องค์ประกอบหลักของการประเมินสมรรถนะของผู้บำบัด คือ ความครอบคลุมและการบริหารเวลาในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรม ทักษะที่เกี่ยวกับการเจริญสติ การแสดงออกอย่างมีสติ การแนะนำการฝึกสติ การมีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการฝึกอบรม และการเรียนรู้แบบกลุ่ม[19] เนื่องจากเป็นครั้งแรกที่กลุ่มตัวอย่างผ่านการอบรมนี้ และยังไม่ได้มีการทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การอบรมครั้งนี้จึงเป็นการฝึกทักษะจากการแสดงบทบาทสมมติและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากวิทยากรและผู้เข้ารับการอบรมเท่านั้น ดังนั้นสมรรถนะของผู้บำบัดที่ผ่านการอบรมในครั้งนี้จึงอยู่ในระดับที่ 1 คือ ผู้เริ่มต้นเท่านั้น การที่ผู้เข้ารับการอบรมจะมีสมรรถนะเป็นผู้บำบัดในระดับ 2 คือ ผู้ก้าวหน้าหรือผู้เรียนรู้ หรือระดับ 3 ผู้มีความสามารถหรือผู้ปฏิบัติ ระดับ 4 ผู้ชำนาญ หรือ ระดับ 5 ผู้เชี่ยวชาญ[19] ได้นั้น จะต้องมีการฝึกฝนทักษะสติใช้กับตัวเองจนเป็นวิถีชีวิต และมีการนำโปรแกรมดังกล่าวไปทดลองบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งมีการติดตามประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เชี่ยวชาญอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่างลดลงแต่ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อธิบายได้จากการประเมินความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ในผู้เข้ารับการอบรมเป็นกระบวนการฝึกอบรมที่คาดหวังเพียงให้ผู้บำบัดเข้าใจกลไกการทำงานของกระบวนการความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเข้าใจถึงความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมาหากเกิดความวิตกกังวลและความหมกหมุ่นครุ่นคิด ซึ่งความวิตกกังวลและความหมกมุ่นครุ่นคิดสูงมีแนวโน้มทำให้เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ และเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ในการคาดการณ์การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า[27] ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาในนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 15 คน ที่ได้รับการอบรมและฝึกทักษะการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดซึ่งมีสุขภาวะและมีความสุขเพิ่มขึ้น[28] แต่ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งวิธีการฝึกอบรมมีความแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการนำโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงไม่ได้ประเมินภาวะซึมเศร้า สุขภาวะและความสุขของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามผู้บำบัดที่ผ่านการเรียนรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและกระบวนการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อบำบัดโรคซึมเศร้าแล้ว จะส่งผลให้เข้าใจอาการเตือนและกลไกเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ทำให้สามารถนำความรู้และทักษะการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ [9, 25]

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระดับการมีสติของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ทั้งนี้อาจเนื่องจากระดับสติจำเป็นต้องใช้เวลาในการฝึกฝนทุกวันอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดเป็นวิถีชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น โปรแกรมการอบรมเพียง 4 วันอาจไม่เพียงพอ กระบวนการฝึกเจริญสติในกลุ่มตัวอย่างที่จะเป็นผู้บำบัดตามโปรแกรมในครั้งนี้คาดหวังให้เข้าใจกลไกการทำงานของสติ มีประสบการณ์ในรูปแบบการกระทำที่มีสติ (being) และเข้าใจรูปแบบการกระทำแบบไม่มีสติหรือ doing mode ซึ่งเป็นรูปแบบความคิดที่มักพบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า[10-11] ซึ่งการจะเป็นผู้บำบัดตามโปรแกรมจำเป็นต้องมีการฝึกสติอย่างต่อเนื่องและต้องมีสติในขณะให้การ

บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ผลการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ โดยมีการมอบหมายให้ฝึกทุกวันในระหว่างโปรแกรม พบว่าระดับการมีสติเพิ่มมากขึ้น แต่ในบางการศึกษาก็ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[29] อย่างไรก็ตามในระหว่างการฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจนได้มีการสะท้อนผลของการฝึกสติเพื่อตระหนักรู้ความคิดของตัวเองในช่วงท้ายของโปรแกรมโดยราวสองชั่วโมงสุดท้ายที่เป็นช่วงของการสรุปผลการเรียนรู้ทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนว่า การเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้ ทำให้ได้รู้จักความคิด อารมณ์และการแสดงออกของตัวเอง ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงท่าทีของตัวเอง โดยเฉพาะขณะอยู่ในอารมณ์ที่หงุดหงิด ทำให้รู้ตัวเร็วขึ้น รู้สึกมีความสุขสงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการฝึกอบรมโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศอังกฤษที่พบว่ามีผลต่อการมีสติและเพิ่มความสุขในชีวิต[29]

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้บำบัดมีความสำคัญในโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด และช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถดูแลตนเอง มีกำลังใจในการฝึกใช้ทักษะการเจริญสติอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อโปรแกรมการฝึกอบรมในการทำจิตสังคมบำบัด ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้การอบรม การควบคุมดูแล การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมและทฤษฎีพื้นฐาน รวมทั้งการมีเทคนิคการฝึกอบรม[30] ดังนั้นควรมีกระบวนการติดตามประเมินผลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของผู้เข้ารับการอบรมอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้

เนื่องจากโปรแกรมการฝึกอบรมอยู่ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้วิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด 1 ท่าน ไม่สามารถเดินทางมาฝึกอบรมได้ด้วยตัวเอง แต่ใช้การวิดิโอผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อสังเกตการณ์ฝึกอบรมและสะท้อนการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมและทีมวิทยากร อีกทั้งในระหว่างการฝึกอบรมจำเป็นต้องมีการหยุดชั่วคราวเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมและทีมวิทยากรไปฉีดวัคซีนโควิด-19 จึงอาจขาดความต่อเนื่องของโปรแกรม และสถานที่การฝึกอบรมเป็นห้องประชุมในหน่วยงานของผู้เข้ารับการอบรมเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมบางส่วนต้องติดต่อประสานงานให้กับหน่วยงาน จึงอาจส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรมได้

นอกจากนี้แบบวิจัยกึ่งทดลองในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาตัวอย่างกลุ่มเดียว อีกทั้งการประเมินผลโปรแกรมการอบรมมีข้อจำกัดโดยเป็นการประเมินผลจากการมีส่วนร่วมและการสะท้อนการเรียนรู้ตามหลักการฝึกอบรมโดยการบำบัดแบบมีสติเป็นฐานจากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น ไม่ได้ประเมินผลการฝึกอบรมแบบสติโดยใช้เครื่องมือที่มีค่าความตรงและความเที่ยงตามมาตรฐาน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรมในครั้งนี้เป็นผู้บำบัดขั้นเบื้องต้น จำเป็นต้องมีการฝึกการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดอย่างต่อเนื่องในวิถีชีวิตประจำวันและนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ระหว่างผู้เข้ารับการอบรมและทีมผู้บำบัดที่เชี่ยวชาญต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด มีความรู้เพิ่มขึ้นและสามารถฝึกทักษะการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

2. โปรแกรมการฝึกอบรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด สามารถนำไปปรับใช้โดยมุ่งเน้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและโปรแกรมการบำบัด รวมทั้งการฝึกสติในชีวิตประจำวันของผู้บำบัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามผลลัพธ์การนำโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. ศึกษาผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดของบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน

3. การประเมินผลการฝึกอบรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนงบประมาณภายใต้โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการของโรคซึมเศร้า ขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และผู้บริหารทุกท่านที่สนับสนุนและเอื้ออำนวยให้การทำงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ตลอดจนขอบพระคุณ รศ.ดร.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ปรึกษาและวิทยากรหลักของการฝึกอบรมในครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. [cited 2023 Mar 29]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression.
2. Bueno-Notivol J, Gracia-García P, Olaya B, Lasheras I, López-Antón R, Santabárbara J. Prevalence of depression during the Covid-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. Int J Clin Health Psychol 2021;21(1):100196. doi: 10.1016/j.ijchp.2020.07.007. Epub 2020 Aug 31. PMID: 32904715; PMCID: PMC7458054.
3. Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK, Angst J. The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders - a life-long perspective. Act Psychiatr Scand 2004;109(5): 339-44. doi: 10.1046/j.1600-0447.2003.00266.x. PMID: 15049770.
4. Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital. Annual report. Ubon Ratchathani: Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital; 2018. (in Thai)
5. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. Arch Gen Psychiatry 2005;62(4):417-22. doi: 10.1001/archpsyc.62.4.417. PMID: 15809409.
6. Choompubut P, Kenbubpha K, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J, Saima-in H. The findings from need analysis and problems management of major depressive disorders in prasrimahabhodi psychiatric hospital. Ubon Ratchathani: Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital 2021. (in Thai)

7. Chen H, He Q, Wang M, Wang X, Pu C, Li S, et al. Effectiveness of CBT and its modifications for prevention of relapse/recurrence in depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Affect Disord 2022;319:469-81. doi: 10.1016/j.jad.2022.09.027. Epub 2022 Sep 23. PMID: 36162683.
8. van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, et al. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. Clin Psychol Rev 2015;37:26-39. doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.001. PubMed PMID: 25748559.
9. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2002.
10. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2013.
11. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delacorte; 1990.
12. Batink T, Peeters F, Geschwind N, van Os J, Wichers M. How does MBCT for depression work? Studying cognitive and affective mediation pathways. PloS one 2013;8(8):e72778. doi: 10.1371/journal.pone .0072778. PubMed PMID 24009704.
13. Areekit P, Lueboonthavatchai O. The effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness on depression in depressive disorder patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2012;26(3):71-80. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/18106 (in Thai)
14. Rungreangkulkij S, Thongyot S, Kotnara I, Wannatong K. Efficacy of buddhist counseling on decrease depressive symptoms of patients with depressive disorder. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2014; 59(4):381-93. (in Thai)
15. Kenbubpha K, Pianthong K, Saguanrum K, Sukhawaha S. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorder in Thailand. the 22nd WPA World Congress of Psychiatry 3-6 August 2022; Bangkok, Thailand.
16. Weck F., Grikscheit F., Höfling V., Stangier, U. Assessing treatment integrity in cognitive-behavioral therapy: comparing session segments with entire sessions. Behavior Therapy 2014;45(4):541-52. doi: 10.1016/j.beth.2014.03.003. PubMed PMID: 24912466.
17. Fairburn CG, Cooper Z. Therapist competence, therapy quality, and therapist training. Behav Res Ther 2011;49(6-7):373-8. doi: 10.1016/j.brat.2011.03.005. PubMed PMID: 21492829.
18. Perepletchikova F, Kazdin AE. Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. Clin Psychol: Sci Pract 2005;12(4): 365. doi: org/10.1093/ clipsy.bpi045
19. Crane RS, Eames C, Kuyken W, Hastings RP, Williams JMG, Bartley T, et al. Development and validation of the mindfulness-based interventions-teaching assessment criteria (MBI: TAC). Assessment 2013; 20(6):681-8. doi: 10.1177/1073191113490790. PubMed PMID: 23794181.
20. Hertzog MA. Considerations in determining sample size for pilot studies. Res Nurs Health 2008; 31(2): 180-91. doi: 10.1002/nur.20247. PubMed PMID: 18183564.
21. Thanoi W, Panitrat R, Phancharoenworakul K, Thompson EA, Nityasuddhi D. The adolescent ruminative response scale (Thai version): Psychometric properties. Journal of Nursing Science 2011;29(2):29-38. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/2855/2304 (in Thai)

22. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. J Pers Soc Psychol 1991;61(1):115-21. doi: 10.1037/ /0022-3514.61.1.115. PubMed PMID: 1890582.
23. Cardaciotto L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, Farrow V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia mindfulness scale. Assessment 2008;15(2):204-23. doi: 10.1177/ 1073191107311467. PubMed PMID: 18187399.
24. Silpakit C, Silpakit O, Wisajun P. The validity of philadelphia mindfulness scale thai version. Journal of Mental Health of Thailand 2011;19(3): 140-7. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index. php/jmht/article /view/968. (in Thai)
25. Huijbers MJ, Crane RS, Kuyken W, Heijke L, Van den Hout I, Donders ART, et al. Teacher competence in mindfulness-based cognitive therapy for depression and its relation to treatment outcome. Mindfulness 2017;8(4):960-72. doi: 10.1007/s12671-016-0672-z. PubMed PMID: 28757901.
26. Hopkins A, Proeve M. Teaching mindfulness-based cognitive therapy to trainee psychologists: Qualitative and quantitative effects. Couns Psychol Q 2013;26(2): 115-30. doi: org/10.1080/09515070.2013.792998
27. Segerstrom SC, Tsao JC, Alden LE, Craske MG. Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. Cogn Ther Res 2000; 24(6):671-688. doi: org/10.1023/ A:1005587 311498
28. Collard P, Avny N, Boniwell I. Teaching mindfulness based cognitive therapy (MBCT) to students: The effects of MBCT on the levels of mindfulness and subjective well-being. Couns Psychol Q 2008; 21(4): 323-6. doi: org/10.1080/095150708 02602112
29. Schanche E, Vøllestad J, Visted E, Svendsen JL, Osnes B, Binder PE, et al. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive relapse – a randomized wait-list controlled trial. BMC Psychol 2020;8(1):57. doi: 10.1186/s40359-020-00417-1. PubMed PMID: 32503649.
30. Rocco D, Gennaro A, Filugelli L, Squarcina P, Antonelli E. Key factors in psychotSherapy training: An analysis of trainers', trainees' and psychotherapists' points of view. Res Psychother 2019;22(3):415. doi: 10.4081/ ripppo.2019.415. PubMed PMID: 32913816.