

ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วม*

อังคณา ช่วยคำชู, พย.ม**

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและพฤติกรรม
การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วม ก่อนและหลังได้รับ
โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม และ
เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ที่มีโรคซึมเศร้าร่วม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้
รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วยจำนวน
30 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ที่พัฒนา
โดย ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก แบบประเมินอาการซึมเศร้า และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ด้านสุขภาพจิต ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยง
ของแบบวัด เท่ากับ .84 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนทดลองและมีพฤติกรรม
การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ
กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน
สุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ควรมีการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม
แบบกลุ่มไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วม
โดยเริ่มจากการศึกษาแนวการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การบำบัดพฤติกรรมและความคิด
รวมทั้งควรจัดฝึกอบรมให้กับพยาบาลที่จะใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนี้เมื่อ
นำไปใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(1) 70-81

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม
อาการซึมเศร้า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี
โรคซึมเศร้าร่วม

*ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย

**อาจารย์ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบบ่อยและมักถูกมองข้าม เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการทางกาย และไม่ทราบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจ นั้นเป็นอาการของโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าพบได้ทุกเพศทุกวัย ทุกอายุ อาชีพ และเชื้อชาติ¹ คาดคะเนว่า คนทั่วไป 1 ใน 10 - 20 คน หรือร้อยละ 20 มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า² องค์การอนามัยโลกร่วมกับธนาคารโลก ได้คาดการณ์ไว้ว่า โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลก ซึ่งในปีค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก อันดับที่ 2 รองมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นภาวะเรื้อรังและเป็นซ้ำได้บ่อย เป็นปัญหาต่อการเรียน การทำงาน ครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ การใช้สุราหรือยาเสพติด ทำให้ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคทางกายสูงและมีอาการเรื้อรังทำให้คุณภาพการทำงานต้อยลงและสูญเสียผลิตผล³

จากสถิติของผู้มาใช้บริการในหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2548 พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 13.3 ต่อแสนประชากร นั่นคือมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ประมาณ 1.2 ล้านคน ในจำนวนนี้ ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง 871,700 คน ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง 321,300 คน อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน สำหรับผู้ชายพบมากที่สุดในช่วงอายุ 55-59 ปี และในผู้หญิงพบมากที่สุดในช่วงอายุ 45-54 ปี โดยผู้หญิงมีอัตราเป็นโรคซึมเศร้า มากเป็น 2 เท่าของผู้ชาย และกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้านั้น ยังพบว่าการเลือกใช้ชีวิตที่รุนแรงทำร้ายตนเองมากกว่าคนทั่วไป 2 เท่า⁴

โรงพยาบาลบางปะหัน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง เป็นสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตอำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยครอบคลุมทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจะอยู่ในความรับผิดชอบของงานสุขภาพจิต ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าวมอยู่ด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผ่านมา กรณีที่มีอาการซึมเศร้าวระดับน้อยถึงมาก พยาบาลจะให้คำปรึกษาและแพทย์ตรวจรักษา ให้ยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน แล้วนัดมาทุก 2 สัปดาห์ จนกระทั่งอาการซึมเศร้าวลดลงในระดับปกติ จึงนัดทุก 1 เดือนตามวันนัดของคลินิกโรคเรื้อรัง ในกรณีที่มมีอาการซึมเศร้าวรุนแรง ไม่สามารถดูแลและควบคุมตนเองได้ แพทย์จะพิจารณารับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน หรือส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

จากสถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าวร่วมที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางปะหันในปีงบประมาณ 2549 - 2550 พบว่าสูงขึ้นคือ 32 และ 51 คน ตามลำดับ ในขณะที่แผนกผู้ป่วยในมีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมาใช้บริการเฉลี่ย 2 - 4 คนต่อเดือน ร้อยละ 80 เป็นเพศหญิง ซึ่งในจำนวนนี้ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ร้อยละ 10 ส่วนอีกร้อยละ 20 ประเมินได้จากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่พบในการปฏิบัติงานของคลินิกโรคเรื้อรังคือ การไม่มาตามนัดและเกิดการกลับเป็นซ้ำเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 23 และ 32 ตามลำดับ เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเอง⁵

ซึ่งการรักษาในปัจจุบันคือการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนพยาบาลจะร่วมค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ให้การดูแลและส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มองตนเองด้านบวก จนสามารถดูแลตนเองได้ แต่ยังไม่มีความปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมที่จะช่วยลดอาการซึมเศร้าด้วยให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการช่วยเหลือให้บุคคลเข้าใจและยอมรับปัญหาของตนเอง ตลอดจนสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม เข้าใจถึงศักยภาพของตนเอง⁶ รู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง และเกิดการยอมรับนับถือตนเอง⁷ ร่วมกับนำแนวคิดของ Beck ที่อธิบายว่าโรคซึมเศร้านั้นเกิดจากการบิดเบือนของกระบวนการคิดโดยจะมีความคิดด้านลบ 3 ด้าน ทั้งเกี่ยวกับตนเอง ต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบหรือโลกภายนอก และต่ออนาคต ซึ่งรวมเรียกว่า ความคิดด้านลบ 3 ด้านของโรคซึมเศร้า (cognitive triad of depression) บุคคลที่มีความคิดหรือมุมมองในด้านลบเหล่านี้ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดอาการของโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ อีกด้วย การบำบัดบุคคลเหล่านี้ต้องเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิด มุมมองใหม่เพื่อนำไปสู่การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เหมาะสมด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (CBT : Cognitive Behavior Therapy)⁸

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำกระบวนการให้คำปรึกษากลุ่ม ร่วมกับแนวคิดการปรับพฤติกรรมความคิดมาใช้ โดยพัฒนาจากรูปแบบการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นการปรับพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคจิตกังวลของ ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก⁹ ซึ่งใช้รูปแบบของการให้คำปรึกษารายกลุ่มที่เน้นการปรับพฤติกรรมความ

คิดตามแนวคิดของ Beck ร่วมกับกระบวนการกลุ่มของ Mahler ในการสำรวจปัญหา ประเมินความภาวะซึมเศร้า โดยผู้ให้คำปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตัวผู้ป่วยเอง¹⁰

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าวร่วม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าวร่วม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าวร่วม หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มจะมีอาการซึมเศร้าวลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าวร่วมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ จะมีอาการซึมเศร้าวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าวร่วม หลังจากรับโปรแกรมฯ จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

4. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าวร่วม ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-post test design) เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วมที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางปะหัน จำนวน 30 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับโรคซึมเศร้า (depressive disorder) โดยประเมินตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV ทั้งผู้ป่วย depressive disorder และ major depressive disorder ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะหัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2551 โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้

1. อายุ 40-65 ปี

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ ประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ได้คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1 - 2.49

4. มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก ประเมินจากแบบประเมินอาการซึมเศร้า ได้คะแนน 16 - 29 คะแนน เนื่องจากเป็นอาการซึมเศร้าที่สามารถดูแลเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรมได้

5. สติสัมปชัญญะดี รับรู้เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง

6. พูด เขียน และฟังภาษาไทย ได้เข้าใจและโต้ตอบได้รู้เรื่อง

7. สมครใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 30 ราย จะทำการสุ่มแบบง่ายแบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับสลากออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (random allocation) กลุ่มละ 15 ราย การที่เลือกกลุ่มตัวอย่างขนาด 30 ราย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอที่สามารถกระจายตัวเป็นโค้งปกติ และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรที่ศึกษา¹¹

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ป็นข้อความที่ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการเจ็บป่วย

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก⁹ ประกอบด้วยข้อความจำนวน 60 ข้อ แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง จำนวน 12 ข้อ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จำนวน 7 ข้อ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 6 ข้อ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม จำนวน 11 ข้อ การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำนวน 10 ข้อ และการดูแลตนเองโดยทั่วไป จำนวน 9 ข้อ การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวน 30 ราย โดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยง .84

ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าวร่วม

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 1-4 โดยที่ 1 คะแนน หมายถึงไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลยหรือเกือบจะไม่เคยทำเลย และ 4 คะแนน หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำ

การแปลผลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ระดับต่ำ

1.3 แบบประเมินอาการซึมเศร้า เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Beck ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์¹² มีข้อความทั้งหมด 21 ข้อ ลักษณะของข้อความประมาณค่า 4 ระดับ คำถามครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม

ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบวัดตามเกณฑ์ลักษณะของข้อความประมาณค่า 4 ระดับ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน หาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวน 30 ราย โดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยง .94

การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

0 - 9 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ

10-15 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

16-19 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

20-29 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก

30-63 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ที่พัฒนามาจาก ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก โดยใช้แนวคิดของ Beck ร่วมกับกระบวนการกลุ่มของ Mahler¹⁰ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำและชี้แนวทาง เพื่อแก้ไขอาการและแก้ไขปัญหา โดยมุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและความคิดที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การปรับพฤติกรรมความคิด เพื่อแก้ไขภาวะซึมเศร้า โดยเรียนรู้เรื่องความคิดที่บิดเบือนและการหยุดความคิด จัดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ครั้งที่ 1 ขึ้นก่อตั้งกลุ่มและขึ้นเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ประเมินและค้นหาปัญหาพร้อมกำหนดเป้าหมายก่อนการบำบัดและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ครั้งที่ 2 ขึ้นการดำเนินงานโดยวิเคราะห์สถานการณ์ความคิดความรู้สึกของกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดและสอนเทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิด ครั้งที่ 3 ขึ้นการดำเนินงานโดยให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบความคิดที่บิดเบือนและปรับพฤติกรรมความคิด ครั้งที่ 4 ขึ้นการดำเนินงานเทคนิคการปรับพฤติกรรมความคิดและฝึกการหยุดความคิด ครั้งที่ 5 ขึ้นยุติการให้คำปรึกษา สรุปกิจกรรมทั้งหมด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จำนวน 30 คน สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน จากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ในกลุ่มทดลองแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นย่อยกลุ่มละ 5 คน จำนวน 3 กลุ่ม จากนั้นดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ชำรงต้นจำนวน 5 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ½-2 ชั่วโมง โดยแต่ละครั้งมีระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาล หลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ครบ 5 ครั้ง จึงทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและแบบประเมินอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มอีกครั้งหนึ่ง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบางปะหัน และทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และเข้าใจในกระบวนการดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนและแจ้งให้ทราบว่า สามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการมาใช้บริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถามและให้ข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาถ้าต้องการ หลังจากที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์แจกแจงในเชิงบรรยาย โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ ทดสอบ t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 ราย พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้ โดยที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.33 และ 80 ตามลำดับ มีอายุ 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 และ 86.66 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 73.33 และ 86.66 ตามลำดับ การศึกษาจบชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 93.33 และ 100 ตามลำดับ มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 73.33 และ 86.66 ตามลำดับ และมีรายได้ในช่วง 1,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 86.66 และ 93.33 ตามลำดับ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมและกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีอาการซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง พบว่า อาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วม

ที่ระดับ.05 (ตารางที่ 1) การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุม อาการซึมเศร้าหลังได้รับการดูแลตามปกติก็ลดลงกว่าก่อนให้การดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p = .001$) แต่กลุ่มทดลองอาการซึมเศร้าจะลดลงได้มากกว่า (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วม ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อาการซึมเศร้า	\bar{X}	S.D	t	p-value
ก่อนการทดลอง				
- กลุ่มทดลอง	25.40	4.73	.107	.918
- กลุ่มควบคุม	25.25	4.39		
หลังทดลอง				
- กลุ่มทดลอง	10.90	4.16	-6.038*	.000
- กลุ่มควบคุม	20.05	5.34		

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อาการซึมเศร้า	\bar{X}	S.D	t	p-value
ก่อนการทดลอง				
- กลุ่มทดลอง	25.40	4.73	15.087*	.000
- กลุ่มควบคุม	10.90	4.16		
หลังทดลอง				
- กลุ่มทดลอง	25.25	4.39	4.061*	.001
- กลุ่มควบคุม	20.05	5.34		

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวม และรายด้าน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3) หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวม และรายด้านสูงขึ้น จากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่

กลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 4) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวม และรายด้าน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวม และรายด้านของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	S	\bar{X}	S		
การรู้จักตนเอง	33.95	5.46	30.65	5.35	1.841	.073
การติดต่อสื่อสาร	22.45	4.15	21.30	4.25	1.715	.091
การใช้เวลา	14.75	1.29	13.90	1.77	1.735	.088
การเผชิญปัญหา	29.35	6.75	26.35	6.21	1.439	.157
การสนับสนุนทางสังคม	13.71	2.35	12.15	3.65	1.585	.119
กิจกรรมทางศาสนา	25.25	4.65	23.65	4.60	1.097	.277
การดูแลตนเองทั่วไป	24.35	4.88	21.85	3.85	1.839	.075
รวม	164.15	25.15	149.69	23.09	1.915	.061

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง/พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	S	\bar{X}	S		
กลุ่มทดลอง						
การรู้จักตนเอง	33.95	5.46	37.40	6.17	2.778*	.011
การติดต่อสื่อสาร	22.45	4.15	26.15	2.30	4.865*	.000
การใช้เวลา	14.75	1.29	15.95	1.12	7.711*	.000
การเผชิญปัญหา	29.35	6.75	36.35	6.42	3.871*	.001
การสนับสนุนทางสังคม	13.71	2.35	15.45	1.95	5.555*	.000
กิจกรรมทางศาสนา	25.25	4.65	29.70	7.85	2.660*	.015
การดูแลตนเองทั่วไป	24.35	4.88	27.75	3.24	5.363*	.000
รวม	164.15	25.15	187.75	17.05	5.555*	.000
กลุ่มควบคุม						
การรู้จักตนเอง	30.65	5.35	30.15	5.69	1.468	.161
การติดต่อสื่อสาร	21.30	4.25	21.00	3.41	.866	.400
การใช้เวลา	13.90	1.77	13.65	1.63	1.831	.083
การเผชิญปัญหา	26.35	6.21	26.25	5.75	.285	.780
การสนับสนุนทางสังคม	12.15	3.65	12.17	3.41	.329	.745
กิจกรรมทางศาสนา	23.65	4.60	23.75	4.25	.465	.647
การดูแลตนเองทั่วไป	21.85	3.85	21.65	3.71	.809	.428
รวม	149.69	23.09	148.05	21.93	1.395	.198

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิตหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	S	\bar{X}	S		
การรู้จักตนเอง	37.40	6.17	30.15	5.69	3.915	.000
การติดต่อสื่อสาร	26.15	2.30	21.00	3.41	5.627	.000
การใช้เวลา	15.95	1.12	13.65	1.63	5.435	.000
การเผชิญปัญหา	36.35	6.42	26.25	5.75	5.177	.000
การสนับสนุนทางสังคม	15.45	1.95	12.17	3.41	3.671	.000
กิจกรรมทางศาสนา	29.70	7.85	23.75	4.25	3.051	.001
การดูแลตนเองทั่วไป	27.75	3.24	21.65	3.71	5.605	.005
รวม	187.75	17.05	148.70	21.93	6.441	.000

อภิปรายผลการวิจัย

การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองพบว่า อาการซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยอาการซึมเศร้าของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เพียงแต่กลุ่มทดลองให้ผลดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมการทดลองน่าจะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนมุมมองและวิถีคิดที่เป็นจริงและมีประสิทธิผลมากขึ้น อีกทั้งมีการแลกเปลี่ยนการจัดการกับอาการซึมเศร้าและการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่เป็นประโยชน์ สามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา ช่วยคำชู ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลังทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม¹³ แม้ว่าวิธีการพยาบาลตามปกติจะทำให้คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าที่ลดลงในระดับที่มากกว่าว่า ดังนั้นการดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีนั้น บุคคลจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นได้เรียนรู้และยึดถือปฏิบัติจนเป็นนิสัย แต่พฤติกรรมดั้งเดิมสามารถจะปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ได้ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต อาจเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือได้รับการสอนจากบุคคลอื่น การเรียนรู้สามารถทำให้บุคคลพัฒนาทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ตามการศึกษาในครั้งนี้ ได้จัดรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่ประกอบด้วยกิจกรรมให้คำปรึกษา 5 ครั้ง ผลสำเร็จของการให้คำปรึกษาประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า การลดการเกิดความคิดที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า การฝึกทักษะในการคิด และการแสดงพฤติกรรม เช่นการรู้จักการแก้ปัญหาเป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ร่วมโปรแกรมมีอาการซึมเศร้าลดลงและมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ ดร.ณิ เลิศปรีชา ที่ศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.41 ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำ มีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ¹⁴ แสดงให้เห็นว่าการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมที่อยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นข้อบ่งชี้ว่าเคยคิดฆ่าตัวตายหรืออาจฆ่าตัวตายซ้ำ ถ้าไม่ได้รับการส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มีผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วมลดน้อยลง และสามารถช่วยให้พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway guideline) ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบทที่จะนำไปใช้ และ

สามารถใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายโดยทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. ในการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ ผู้ใช้จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การปรับพฤติกรรมความคิด การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยซึมเศร้า และมีพื้นฐานในการให้ความรู้ที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่มเป็นอย่างดี ดังนั้นจึงควรมีการฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ จะทำให้ใช้โปรแกรมนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การใช้โปรแกรมฯ นี้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควรมีติดตามผลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ในทุก 1, 3, 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและอาการซึมเศร้า รวมถึงความคงอยู่ของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและอาการซึมเศร้าด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการให้คำปรึกษาตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือนอื่น ๆ เช่น วิตกกังวล เครียด ปัญหาบุคลิกภาพ ปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง และเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมเป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2548.
2. ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาให้หายได้. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์หน้าอักษรการพิมพ์ ; 2542.

ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าวร่วม

3. กรมสุขภาพจิต. “โรคซึมเศร้า รักษาได้” แนวคิดหลัก
วันธรรมรงค์ป้องกันโรคซึมเศร้าแห่งชาติ. (13 พฤศจิกายน
2548) ; Available from : [http://www.dmh.go.th/
news/view.asp](http://www.dmh.go.th/news/view.asp).
4. กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลสถิติ. (มิถุนายน 2549) ;
Available from : [http://www.dmh moph.go.th/
report /opulation/pop.asp](http://www.dmh.moph.go.th/report/opulation/pop.asp).
5. อังคณา จิโรโรจน์. ข้อมูลสถิติงานผู้ป่วยนอก.
พระนครศรีอยุธยา:โรงพยาบาลบางปะหัน; 2550.
6. พงษ์พันธ์ พงษ์โสภ. ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา.
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์พัฒนาศึกษา; 2544.
7. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
8. Beck, A.T. **The diagnosis and management of
depression.** Philadelphia: University of Pennsylvania
Press ; 1979.
9. ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก. การศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้น
การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวล
ของผู้ป่วยโรคจิตกึ่งหวง โรงพยาบาลประจักษ์นคร.
โครงการศึกษาอิสระ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
10. Mahler, C.A. **Group counseling in the schools.**
Boston: Houghton Mifflin ; 1969.
11. Polit, D.F. & Beck, C.T. **Nursing research :principles
and methods.** 7th Edition. Lippincott. Philadelphia.
New York; 2004.
12. ลัดดา แสนสีหา. ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติ
ทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช.
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2548.
13. อังคณา ช่วยคำชู. ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่
เน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย
โรคเรื้อรัง. นำเสนอการประชุมวิชาการการป้องกันปัญหา
การฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 8 วันที่ 7-8 กรกฎาคม 51 ณ
โรงแรมลิตเติ้ลดัก จังหวัดเชียงราย; 2551.
14. ตรุณี เลิศปรีชา. การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ
ผู้พยายามฆ่าตัวตาย. การค้นคว้าแบบอิสระ สาขาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่ ; 2545.

The Effects of Group Counseling Emphasizing Cognitive Behavioral Restructuring on Depressive Symptoms and Psychological Self-Care Behaviors in Patients with Chronic Medical Illness and Depressive Disorder*

Angkana Chouykhumchoo, M.N.S, APN**

Abstract: The purposes of this quasi-experimental research was to compare the mean of the depressive symptoms and psychological self-care behaviors of the patients with chronic medical illness both before and after obtaining the group counseling emphasizing cognitive behavioral restructuring program and to compare the mean of the depressive symptoms and psychological self-care behaviors of the patients with chronic medical illness between the groups experimental and control. The study examples were 30 patients with chronic medical illness and was divided into 2 groups: the experimental and control group with 15 patients each. The research tool was group counseling emphasizing cognitive behavioral restructuring program developed by Pratumrat Getleg, the depression questionnaire, and the psychological self-care behavior scale. These tools were checked by the proficient person. The reliability of the depression questionnaire and the psychological self-care behavior scale were .84 and .94, respectively. The data were analyzed by t-test.

The study was found that the depressive symptoms of experimental group had significantly less than before. ($p < .05$) Furthermore, the psychological self-care behaviors of the patients with chronic medical illness had significantly higher than before. ($p < .05$) Moreover, the depressive symptoms of experimental group had significantly less than the control group. ($p < .05$) Lastly, the self-care behaviors of experimental group had significantly higher than the control group. ($p < .05$)

The recommendations for clinical pathway guideline in patients with chronic medical illness were that a pilot study should be done in order to evaluate the process of the group counseling, cognitive behavioral therapy. Short course training for intervening the group counseling should be performed in order to obtain optimum effectiveness.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(1) 70-81

Keywords: Group counseling based on cognitive behavioral restructuring program, Depressive symptoms, Psychological self-care behavior, Patients with chronic medical illness.

*This research was funded by the Thailand Nursing Council.

**Lecturer (APN), Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University.