

ผลของโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ศรวิไล โมกขาว พย.ม.**

บทคัดย่อ: การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิด และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวางกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอ่าวอุดม อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน จับคู่ตามคุณลักษณะที่คล้ายกัน ได้แก่ เพศ แผนการรักษาที่ได้รับ สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแยกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือ โปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิด และ 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depressive Inventory) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิด น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ควรมีการนำโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดไปใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(2) 126-136

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิด

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช
อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และคาดว่าจะสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด ในปี ค.ศ. 2020¹ จากการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่ามีความชุกร้อยละ 3.2 ผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 1.7: 1² ทำให้มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลทั่วประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น จากสถิติพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อประชากรหนึ่งแสนคน มีแนวโน้มสูงขึ้นคือ จาก 55.9 รายต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2540 เป็น 149.90 รายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2548 หรือเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า³ ในโรงพยาบาลอ่าวอุดมก็มีอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าสูงเช่นกัน จากการสำรวจในปี พ.ศ.2550 พบว่า มีความชุก 24.3 รายต่อแสนประชากร⁴

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่รุนแรงและมีระยะเวลายาวนาน จนก่อให้เกิดความผิดปกติทางคำพูด ความคิด และพฤติกรรมส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานและการทำหน้าที่ประจำวันของบุคคล⁵ เพราะนอกจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอารมณ์เศร้าเป็นหลักแล้ว ยังพบกลุ่มอาการที่มักเกิดร่วม ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งที่เคยชอบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่าและสิ้นหวัง⁶ ถึงแม้ว่าโรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ แต่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ใหม่อีก⁷ มีการศึกษาพบว่า 50%-80% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะกลับเป็นซ้ำภายใน 2 ปี⁸ อาการที่เกิดขึ้นเป็นความทุกข์ทรมาน จนมีความคิดฆ่าตัวตาย ประมาทร้อยละ 20-35 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า⁹ จึงนับว่าการฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันมีการรักษาอาการซึมเศร้าหลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า จิตบำบัดต่างๆ เช่น การบำบัดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal therapy) ที่มุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) ที่มุ่งเน้นการแก้ไขความคิดให้สอดคล้องตามความเป็นจริง การบำบัดพฤติกรรมทางความคิด (Cognitive behavior therapy) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการสืบค้นถึงความขัดแย้งภายในจิตใจ โดยการพิสูจน์หาแบบแผนความคิด ที่ทำให้เกิดกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบแล้วตัดแปลงแก้ไข ให้เป็นกระบวนการคิดใหม่¹⁰ การบำบัดพฤติกรรมทางความคิด จะทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง รวมทั้งยังช่วยป้องกันโรคซึมเศร้าไม่ให้เป็นซ้ำอีก¹¹

การบำบัดพฤติกรรมทางความคิดสามารถทำได้เป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลระหว่างการเปลี่ยนแปลงของความคิดอัตโนมัติ ความบกพร่องของทัศนคติ และอาการของโรคซึมเศร้า โดยใช้กลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่ากลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางความคิดช่วยลดความคิดด้านลบ เปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ และความบกพร่องของทัศนคติซึ่งทำให้เกิดการลดลงของอาการซึมเศร้า¹² และการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด ทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง¹³ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นเวลา 6 ปีจำนวน 40 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับยาร่วมกับการบำบัดพฤติกรรมทางความคิด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับยาร่วมกับการจัดการทางคลินิก พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการกลับ

เป็นซ้ำ (40%) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (90%)¹⁴ และ การศึกษารูปแบบการบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวคิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดในนักศึกษาพยาบาล ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 8 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาทุกคนที่ได้รับคำปรึกษามีคะแนนความซึม เศร้าลดลง¹⁵

จากการศึกษาที่ได้กล่าวมาแล้วพบว่า การบำบัด พฤติกรรมทางความคิดช่วยให้ภาวะซึมเศร้อลดลง และยังมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่นและยอมรับ ความเป็นจริงมากขึ้น การศึกษาการบำบัดพฤติกรรม ทางความคิดในประเทศไทยที่ผ่านมา เป็นการศึกษา ในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า แต่การศึกษาในผู้ป่วย โรคซึมเศร้อยังพบว่ามีน้อย อีกทั้งมักเป็นการให้การ บำบัดเป็นรายกลุ่ม ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เช่น โรงพยาบาลอ่าวอุดมฯ จะใช้การศึกษาเป็นราย กลุ่มค่อนข้างลำบาก เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่ไม่มีหอ ผู้ป่วยจิตเวช การรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาด้วย ยาต้านเศร้อ ดังนั้นการให้การบำบัดด้วยจิตบำบัด อย่างใด อย่างหนึ่งร่วมกับการรักษาด้วยยา เพื่อลด โอกาสการป่วยซ้ำ จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชจึงสนใจศึกษาผลของ โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมทางความคิดในผู้ป่วย โรคซึมเศร้อที่รับบริการในโรงพยาบาลอ่าวอุดม โดยใช้ โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมทางความคิด เพื่อให้ ได้รับความรู้ที่มีความน่าเชื่อถือ และสามารถนำไป ใช้ประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้อต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมมา จากแนวคิดของเบค และคณะ¹⁶ ที่อธิบายว่าอารมณ์ ซึมเศร้อนั้นเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิดหรือ การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรง

กับความเป็นจริงไปในทางลบ นอกจากนี้ยังเชื่อว่า ความรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กัน และ มักจะเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงเป็นผลทำให้เกิดความ บกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น¹⁷ การบำบัด พฤติกรรมทางความคิด (CBT: Cognitive Behavior Therapy)¹⁸ เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้าง มีทิศทาง และมีเป้าหมายของการรักษาเพื่อการปรับ เปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือ เป็นปัญหา โดยการใช้กระบวนการและเทคนิคของ การเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ของบุคคลที่ไม่ถูกต้องช่วยให้เปลี่ยนเป็นความคิดที่ ถูกต้องเหมาะสม เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหา ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ ต่างๆ ได้ดีขึ้น ส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้อลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้อของผู้ป่วย โรคซึมเศร้อก่อน และหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมบำบัด พฤติกรรมทางความคิด

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้อของผู้ป่วย โรคซึมเศร้อก่อน และหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมบำบัด พฤติกรรมทางความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้อที่เข้าร่วมโปรแกรมบำบัด พฤติกรรมทางความคิดหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ มีภาวะ ซึมเศร้อน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้อที่เข้าร่วมโปรแกรมบำบัด พฤติกรรมทางความคิด หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ มีภาวะ ซึมเศร้อน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง สองกลุ่ม แบบวัดก่อนหลังการทดลอง (two groups pre and post test)

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ อายุ 20- 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล อ่าวอุดม อำเภอศรีราชา จำนวน 54 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยนี้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ถึงมาก (10- 29 คะแนน) ได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่มเดียวกันมากกว่า 2 เดือนไม่มีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วม ไม่มีประวัติโรคทางสมอง และสามารถอ่านออกเขียนได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้วิธีการจับฉลาก (simple random sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน และใช้การจับคู่ (matched paired) ที่มีความคล้ายคลึงกันในด้าน เพศ แผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกันขนาดยาใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค แพลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์¹⁹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ แบ่งภาวะซึมเศร้า

ออกเป็น 5 ระดับ คือ 0- 9 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า, 10-15 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย, 16-19 หมายถึงภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง, 20-29, ภาวะซึมเศร้าระดับมาก, 30- 63 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดตามแนวคิดของเบค²⁰

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของฮอลลอน และเค็นดอลล์ แพลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยลัดดา แสนสีหา¹⁹ โดยให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินหลังกิจกรรมครั้งที่ 4 เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการบำบัด ถ้าพบว่ามีความมากกว่า 80 คะแนน ต้องดำเนินการทดลองครั้งที่ 1 ใหม่ให้กับกลุ่มทดลองรายนั้น

3.2 สมุดบันทึกความคิดที่มอบหมายให้กลุ่มทดลองบันทึกหลังกิจกรรมครั้งที่ 1- 7 เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ฝึกเรียนรู้การจัดการความคิดในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมทางความคิดเสร็จสิ้นแล้ว จึงนำโปรแกรมฯ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต 2 ท่าน แล้วนำโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงให้มี

ความเหมาะสม แล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ส่วนแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลใกล้เคียงกับโรงพยาบาลอ่าวอุดมฯ จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 และ .71 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันดังกล่าว แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คนและทำการทดลองเป็นรายบุคคล

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Pre-test) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมฯ เป็นรายบุคคลโดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 8 ครั้ง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การบำบัดพฤติกรรมทางความคิด ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสอนผู้ป่วย เทคนิคการบำบัดทางความคิด และเทคนิคบำบัดทางพฤติกรรม¹⁶ จัดเป็นกิจกรรม 8 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย ได้แก่

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินพฤติกรรมความคิด การให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่องโรคซึมเศร้า เตรียมความพร้อมในการบำบัด

กิจกรรมครั้งที่ 8 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการยุติโปรแกรม เป็นการทบทวนความรู้ และยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

ขั้นตอนที่ 2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด และขั้นตอนที่ 3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม ได้แก่

กิจกรรมครั้งที่ 2 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ

กิจกรรมครั้งที่ 3-4 การทดสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกให้ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ

กิจกรรมครั้งที่ 5 ความคิดใหม่ สร้างได้ เป็นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ที่เป็นประโยชน์

กิจกรรมครั้งที่ 6 การวิเคราะห์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานเป็นการป้องกันตนเองว่ามูลบทหรือข้อสันนิษฐานดีแล้วหรือยังมีมูลบทหรือข้อสันนิษฐานอย่างอื่นที่ดีกว่า

กิจกรรมครั้งที่ 7 การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ ด้วยเทคนิคการหยุดความคิด

และหลังเสร็จสิ้นการบำบัด ให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (post- test)

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มควบคุมตอบ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (pre-test) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลถึงการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยจะได้รับ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล โรคแทรกซ้อนต่างๆ ประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการให้บริการก่อนพบแพทย์ ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (post- test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อน และหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการทดสอบค่าที (dependence t- test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังจากเข้าโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการทดสอบค่าทีอิสระ (independence t- test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ

โดยที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 เท่ากัน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.36 ปี ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60 และ ร้อยละ 73.3 ตามลำดับ ทุกคนมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 86.7 และร้อยละ 60 ตามลำดับ

กลุ่มทดลอง มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มควบคุม มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อน และหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	S.D	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	18.73	7.57			
หลังการทดลอง	10.07	7.96	14	8.60**	.000
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	18.40	8.42			
หลังการทดลอง	18.60	9.72	14	-.27	.79

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองพบว่า

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการทดลอง

ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	S.D	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	18.73	7.59	28	.11	.91
หลังการทดลอง	18.40	8.42			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	10.07	7.97	28	-2.26*	.014
หลังการทดลอง	18.60	9.72			

อภิปรายผล

จากการใช้โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมทางความคิดในกลุ่มทดลองพบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันหลังได้รับโปรแกรม โดยกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เป็นเพราะโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมทางความคิดมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ซึ่งในแต่ละวันจะมีการเรียนรู้เกิดขึ้นมากมาย เช่น เรียนรู้ว่าวันนี้จะต้องทำอะไร และเรียนรู้ว่าบุคคลอื่นทำอะไร¹⁷ ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและความรู้สึกของตนเอง ปรับเปลี่ยนมุมมองจากทางลบมาเป็นทางบวกและมีวิธีคิดที่สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ ซึ่งการดำเนินการตามโปรแกรม มีการ

แจ้งรายละเอียดของกิจกรรม การมอบหมายงานให้ผู้ป่วยทำอย่างมีขั้นตอน ทำให้ผู้บำบัดสามารถให้ความช่วยเหลือที่ตรงเป้าหมาย ในแต่ละขั้นตอนมีกิจกรรมที่มีความสำคัญแตกต่างกันออกไป ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย มีอยู่ 2 กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการที่จะนำวิธีการบำบัดพฤติกรรมทางความคิดไปใช้ในชีวิตประจำวัน ในกิจกรรมที่ 1 เป็นการสร้างบรรยากาศแห่งความคุ้นเคยระหว่างผู้บำบัด และผู้รับการบำบัด และกิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่สามารถเกิดขึ้นได้อีกเป็นการให้ข้อมูลสำหรับการเตรียมตัวในการเผชิญชีวิตในสังคมต่อไป และกระตุ้นให้มีการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง มากกว่าจะมุ่งเน้นการรักษาอย่างเดียว และยังเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง อีกทั้งการแสดงออกของผู้บำบัดถึงความห่วงใย ทำให้ผู้ป่วยเองรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า¹³

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการใช้เทคนิคการบำบัดความคิด ที่เป็นหัวใจของโปรแกรมฯ ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมที่ 2-7 ที่มีความต่อเนื่องกัน ในกิจกรรมที่ 2 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่มีการอธิบายให้เข้าใจความหมายของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ลักษณะการคิดของผู้ป่วยว่าเป็นความคิดที่บิดเบือน สมเหตุสมผลหรือไม่¹⁸ ร่วมกับการฝึกทบทวนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง ที่เกิดจากสถานการณ์สมมุติ และสถานการณ์จริงจากการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน กิจกรรมที่ 3- 6 ช่วยให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบอารมณ์ ความรู้สึก แล้วนำไปสู่การตรวจสอบความคิดด้วยวิธีการหาหลักฐานมาสนับสนุน และคัดค้านความคิดทางลบนั้น แล้วผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พิจารณาหาความคิดทางเลือก ส่วนในกิจกรรมที่ 7 การฝึกการสร้างความคิดใหม่ด้วยเทคนิคการหยุดความคิด เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใด และค่อนข้างไม่มีเหตุผล ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่บิดเบือน ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบซ้ำ ๆ จนก่อให้เกิดบาดแผลในใจ และอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข¹⁷ ดังนั้นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิด ช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดทักษะใหม่ในการควบคุมความคิดและสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา กฤตยววรรณ¹⁵ ที่ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าหลังการให้คำปรึกษา คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่านักศึกษามีพัฒนาการด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล มีความคิดด้านบวก และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ขั้นตอนที่ 3 การใช้เทคนิคบำบัดทางพฤติกรรม ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนมีการใช้เทคนิคทางพฤติกรรม ด้วยการมอบหมายงานให้ผู้ป่วยทำอย่างชัดเจน ซึ่งผู้ป่วยสามารถที่จะปฏิบัติตามได้ เช่น การทำแบบฝึกหัด การทำการบ้าน การฝึกใช้เทคนิคการหยุดความคิด¹⁶ ซึ่งผลที่ได้จากโปรแกรมฯ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา สุภาคุณ²¹ ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรม และลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับพยาบาลตามปกติ จากการอภิปรายผลที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิด มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงได้ มากกว่าการให้การพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการนำโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดไปพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีภาวะซึมเศราร่วม

1.2 ผู้ที่จะใช้โปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิด ควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการบำบัดเป็นอย่างดี จึงจะสามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลดีกับผู้ป่วยสูงสุด จึงควรส่งเสริมการพัฒนาทักษะการบำบัดพฤติกรรมทางความคิดแก่พยาบาลจิตเวชเพิ่มขึ้น

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการติดตามประเมินผลภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง โดยมีการติดตามทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

2.2 ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในโรคอื่น ๆ หรือปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าร่วม ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสูญเสีย ผู้ป่วยวิตกกังวล และผู้ที่มีความเครียด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. นันทิกา ทวิชาชาติ. ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
2. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547 มิถุนายน 1; 12(3): 177- 88.
3. กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลการบริการผู้ป่วยจิตเวชของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. (ตุลาคม 2548); Available from: [http:// www. Dmh moph.go.th/ report/ opulation/ pop.asp](http://www.Dmh.moph.go.th/report/opulation/pop.asp).
4. ศรีวิไล โมกขาว. ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลอ่าวอุดมฯ จังหวัดชลบุรี.ชลบุรี: โรงพยาบาลอ่าวอุดมฯ; 2550.
5. Post RM. Transduction of psychosocial stress in to the neurobiology of recurrent Affective disorder. *Am J Psychiat* 1992 Aug 25; 149(8): 99-101
6. มาโนช หล่อตระกูล และอุไร บุรณพิเชษฐ. อาการรู้สึกผิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล และบุคคลปกติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542 มกราคม 25; 44(1): 30-6.
7. ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์; 2542.
8. Beeber LS. Patient integration in young depressed women: Part I. *Arch Psychiat Nurs* 1996; 13(10): 151- 6.
9. ประเวศ ตันติพัฒน์สกุล, สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. ฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2541.
10. Soek MK and Tiam PS. Cognitive change processes in a group Cognitive Behavior therapy of depression. *J Behav Ther Exp Psy*; 2003. 34: 73- 85.
11. Claudi LH. Preventing Relapse/ Recurrence in Recurrent Depression with Cognitive Therapy: A Randomized Controlled Trial. *J Cons Psychol*. 2005 Oct 2. 73(4): 647- 57.
12. อัญชลี ฉัตรแก้ว. ผลการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์. คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
13. Tsai- Hwei Chen, Ru- Band Lu, Ai- Ju Change, Da- Ming Chu, and Kuei- Ru Chou. The Evaluation of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Patient Depression and Self- Esteem. *Arch Psychiat Nurs* 2006 Feb 1; 20(1): 3- 11.
14. Feva G, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S and Grandi S. Six-Year Outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression *Am J Psychiat* 2004 Oct 2; 161(10): 1872- 6.
15. สัจจิตรา กฤติยารวรรณ. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า. คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548
16. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, and Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford; 1979.
17. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. *ทฤษฎีและเทคนิคการบำบัดพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549

18. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2549 กรกฎาคม 2; 19(1): 1- 13.
19. ลัดดา แสนสีหา. ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย. คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2536.
20. Beck AT. **Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects.** New York: Harper Row; 1967.
21. กุลธิดา สุภาคุณ. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549

The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Program on Depression of Patient with Major Depressive Disorder

Sriwilai Mokekhaw, M.N.S.**

Abstract: The purpose of this quasi-experimental research were to compare depression of patients with major depressive disorder before and after receiving Cognitive Behavioral Program and to compare depression of patients with major depressive disorder between experimental group and control groups. Research samples consisted of 30 patients with major depressive disorder getting treatment at Auo-Udom Hospital, Sriracha District, and ChonBuri Province. They were equally assigned into the experimental and control groups by gender and treatment. Research instruments included Cognitive Behavioral Therapy Program. Data were analyzed by using t- test

The study was found that depression in the experimental group after receiving Cognitive Behavioral Therapy Program was lower than depression before receiving the program. ($p < .05$). Depression in the experimental group was significantly lower than it was in the control group. ($p < .05$)

Results of this study recommend to utilize the Cognitive Behavioral Program as a clinical guideline for caring patients with major depressive disorders and patients with medical illness who experienced depression. This program should be performed in order to obtain optimum care for psychiatric patients

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(2) 126-136

Keyword: Depression, Depressive disorders, Cognitive Behavioral Therapy Program

**Psychiatric advance practice nurse, Baromrajonani College of Nursing, ChonBuri