

ผลของการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*

บุษบา คล้ายमुख พย.ม **

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลเน้นการปรับพฤติกรรมความคิด และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวางกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งจำนวน 30 ราย จับคู่ตามคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และคะแนนภาวะซึมเศร้าเริ่มต้นอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลเน้นการปรับพฤติกรรมความคิด และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับช่วงเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าภายหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดและในระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ควรมีการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีภาวะซึมเศร่าร่วม ให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการพยาบาลผู้ป่วย

วารสารสภากาพยาบาล 2555; 27(3) 106-115

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลเน้นการปรับพฤติกรรมความคิด ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

* ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสภากาพยาบาล

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา Email:klaimook@yahoo.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งนับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น พบได้ในประชาชนทุกเพศ ทุกวัย เป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้น แม้โรคซึมเศร้าจะไม่ทำให้เสียชีวิตโดยตรง แต่การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ทำให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน สร้างความเสียหายต่อคุณภาพชีวิตได้สูงกว่าโรคอื่นๆ องค์การอนามัยโลก ได้คาดการณ์ภาระโรค (burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี (DALYs) พบว่าโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 ซึ่งหมายถึงโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและในอนาคต¹

สำหรับประเทศไทยโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีความชุกมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2546 พบว่า คนไทยอายุ ระหว่าง 15-59 ปี ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประเภทรุนแรง (major depressive disorder) ร้อยละ 3.2 และป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประเภทเรื้อรัง (dysthymia) ร้อยละ 1.18 ซึ่งพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า² และจากการศึกษาวิจัยแบบบูรณาการ การพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันความสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคซึมเศร้าที่กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการเมื่อปี 2549 พบว่า คนไทยส่วนใหญ่ไม่ตระหนักและขาดความรู้ความเข้าใจถึงความสูญเสียที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และมีอคติ

ต่อการเข้ารับการรักษา ทำให้มีอาการรุนแรงและเรื้อรัง มากขึ้น กรมสุขภาพจิตได้รายงานสถิติผู้มาใช้บริการด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2549-2551 เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั้งประเทศ พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในอัตรา 193.65, 196.51 และ 286.56 ต่อประชากร 100,000 คน³ และในช่วงระยะเวลาเดียวกันโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการ ในอัตรา 225.83, 234.51 และ 284.76 ต่อประชากร 100,000 คน⁴ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ

การรักษาพยาบาลโรคซึมเศร้า มีหลายรูปแบบ ได้แก่ การรักษาด้วยยา จิตบำบัด การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การให้คำแนะนำ ในรายที่อาการไม่รุนแรง การให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการจัดการความเครียดที่เป็นสาเหตุของโรค ร่วมกับการให้กำลังใจและการประคับประคองทางจิตใจก็อาจเพียงพอที่จะทำให้ดีขึ้นได้ สำหรับในรายที่มีอาการรุนแรงอาจต้องรักษาด้วยยาหรือเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล วิธีการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด (cognitive behavior therapy) เป็นวิธีหนึ่งที่น่าสนใจในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้วิธีคิดหรือพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ช่วยปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลให้กลับมามีความสมดุลของอารมณ์ มีความคิดหรือความเชื่อที่ถูกต้องเหมาะสม⁵ ดังนั้นเป้าหมายของการให้คำปรึกษาที่เน้นการปรับพฤติกรรมความคิดมีเป้าหมาย เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁶ โดยมีพื้นฐานความคิดและความเชื่อที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) ความคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) ความคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้ และ 3) การปรับความคิดจะทำให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกไปในทางที่เหมาะสม⁷ ร่วมกับแนวคิดของ Beck⁸ ที่ว่าภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากการบิดเบือนกระบวนการคิด โดยจะมีความคิดด้านลบ 3 ด้าน (cognitive triad of depression) ได้แก่ ความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง ความคิดด้านลบต่อประสบการณ์ของตนเองหรือจากโลกภายนอก และความคิดด้านลบต่ออนาคต บุคคลที่มีมุมมองหรือความคิดในด้านลบนี้ ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดอาการของโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ได้ การบำบัดบุคคลเหล่านี้ต้องเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิดมุมมองใหม่ นำไปสู่การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เหมาะสม ด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (CBT : Cognitive Behavior Therapy)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาโดยใช้การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในรูปแบบต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลในระยะสั้น ยังไม่พบการศึกษาติดตามผลในระยะยาว ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผลระยะยาวของการให้คำปรึกษาเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด โดยมุ่งให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคซึมเศร้า เทคนิคการปรับความคิดที่บิดเบือน การแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหา การปรับเปลี่ยนความคิดหรือความเชื่อให้ถูกต้องเหมาะสมและยอมรับความจริงได้มากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความแปรปรวนทางอารมณ์ซึ่งแสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม จากทฤษฎีปัญญานิยม และแนวคิดรูปแบบปัญญานิยมต่อภาวะซึมเศร้า

ของ Beck⁹ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากลักษณะทางความคิด การเข้าใจต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต (cognitive triad) ที่ผิดพลาด (cognitive error) ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (maladaptive behavior) ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา แบบแผนการคิดทางลบที่มากขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรงยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากยิ่งขึ้น

จากแนวคิดการใช้กระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจและยอมรับปัญหาของตน ตลอดจนสามารถแก้ไขและพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่เหมาะสม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานและมีความผิดปกติของกระบวนการคิด เป็นการช่วยให้บุคคลเหล่านั้นเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและมีความยืดหยุ่น โดยการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพ การเรียนรู้ธรรมชาติของภาวะซึมเศร้า เหตุผลของการบำบัดโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิดการค้นหาความคิดทางลบและความคิดอัตโนมัติการทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม การประเมินตนเองถึงความก้าวหน้า ทบทวนความรู้ความเข้าใจประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม ข้อคิดในการมองปัญหาต่างๆ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อใหม่ ให้ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดภาวะซึมเศร้าวลงได้และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำรงชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิด

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม เปรียบเทียบผลของระดับภาวะซึมเศร้าก่อนหลังการทดลอง และระยะติดตามผล (two groups pre-post test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย ที่มาใช้บริการรักษาที่โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม

2554 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2554 โดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 ราย เนื่องจากเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ซึ่งควรจะมีอย่างน้อยที่สุด 20 - 30 ราย เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง มีการกระจายโค้งปกติ มีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้น และมีค่าความแปรปรวนลดลง อันมีผลให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างมีค่าใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ของประชากร นั่นคือ สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้¹⁰ จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายนี้ ได้จัดเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มแบ่งกลุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากเข้ากลุ่มๆ ละ 15 ราย และใช้การจับคู่ (matched paired) ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายกันในด้านอายุ การศึกษา และคะแนนภาวะซึมเศร้า เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดมีดังนี้

1. มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าและไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง

2. สติสัมปชัญญะดี สามารถรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ได้ถูกต้อง

3. พูด เขียน และฟังภาษาไทยได้เข้าใจและโต้ตอบได้รู้เรื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 2 ชุด

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่สร้างขึ้นโดยโรง

ผลของการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

พยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ค่าความไว 75.68% ความจำเพาะ 92.85% ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0 ไม่มีภาวะซึมเศร้าเลย ถึง 4 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ค่าคะแนนรายข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนสูงสุดอยู่ที่ 27 คะแนน ต่ำสุดที่ 0 คะแนน ช่วงคะแนน 0-6 คะแนน หมายถึงไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการซึมเศร้ารระดับน้อยมาก คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึงมีอาการซึมเศร้ารระดับน้อย คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึงมีอาการซึมเศร้ารระดับปานกลาง และคะแนน 19-27 คะแนน หมายถึงมีอาการซึมเศร้ารระดับรุนแรง¹¹

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยขั้นตอนและวิธีการปรับพฤติกรรมความคิด โดยใช้หลักการแนวคิดและวิธีการปรับพฤติกรรมความคิดของ Beck ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ก่อนนำโปรแกรมไปใช้จริง ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แล้วทำการทดสอบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม แล้วจึงนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล มีจำนวนทั้งสิ้น 5 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 ระยะเริ่มต้น (Beginning stage) เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการบำบัดโดยการสร้างสัมพันธภาพและให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ธรรมชาติของภาวะซึมเศร้า เหตุผลของการบำบัดโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิด

ครั้งที่ 2 การค้นหาความคิดทางลบ (Guide discovery stage) เป็นการฝึกค้นหาความคิดทางลบและความคิดอัตโนมัติ โดยร่วมมือกับผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์ความคิดบิดเบือนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ครั้งที่ 3 การทำความเข้าใจเรื่องความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม (Relation of thought, emotion and behavior) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง โดยทำการเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์ ความคิด และความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์นั้นกับอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การหาหลักฐานเพื่อสนับสนุน ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เกิดขึ้น ตลอดจนการลงมือปฏิบัติบางอย่างเพื่อให้ได้เหตุผลสนับสนุนความคิด ความเชื่อนั้นว่าเป็นความคิดที่บิดเบือน หรือความคิดที่เป็นจริง

ครั้งที่ 4 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Cognitive restructuring) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับความคิดของตนเองในการคิดแบบอื่นๆ ในเหตุการณ์เดียวกันเพื่อเปลี่ยนความคิดหรือมุมมองปัญหาเดิมเสียใหม่ในแนวทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการหยุดความคิดและปรับพฤติกรรมตนเอง

ครั้งที่ 5 ระยะสุดท้าย (End stage) หรือระยะเตรียมสิ้นสุดบริการในระยะนี้เป็นการสรุปทบทวนความรู้ ความเข้าใจ กิจกรรมการบำบัดเพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อใหม่และให้ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน หลังสิ้นสุดกระบวนการการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิด ได้ติดตามต่อเนื่องละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน เพื่อประเมินผลการคงไว้ซึ่งการปรับพฤติกรรมความคิดในระยะยาว

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเป็นรายบุคคล มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

1. ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการให้คำปรึกษา เลือกผู้ป่วยที่ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 30 ราย สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย จับคู่ตามคุณลักษณะที่คล้ายกัน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และคะแนนภาวะซึมเศร้า จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนเริ่มการทดลอง ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาล โดยให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกระทั่งภาวะซึมเศร้าลดลงในระดับปกติ จึงนัดต่อทุก 1 เดือน

2. หลังเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการให้คำปรึกษาครบ 5 ครั้ง ผู้วิจัยติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าซ้ำ และติดตามต่อเดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย โดยที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80 และร้อยละ 86.66 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 15-20 ปี ร้อยละ 33.33 และร้อยละ 26.67 ตามลำดับ มีสถานภาพโสดร้อยละ 46.67 และร้อยละ 33.33 ตามลำดับ การศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 46.67 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.33 ด้านรายได้กลุ่มทดลองมีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 46.66

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F_{1,28} = 91.79$ ($p = .000$) และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองในช่วงเวลาที่ต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F_{4,112} = 448.756$ ($p = .000$) และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับช่วงเวลาวัดที่ต่างกันก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F_{4,112} = 35.651$ ($p=.000$) ดังตารางที่ 1

ผลของการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองและระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=15)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
Between subject					
Groups	678.407	1	678.407	91.79	.000
Error 1	206.933	28	7.390		
Within subject					
Time	2476.707	4	619.177	448.756	.000
Groups * Time	196.76	4	49.19	35.651	.000
Error 2	154.533	112	1.380		

*** p<.001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาและในระยะติดตามผลลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จึงอภิปรายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่น ยอมรับความเป็นจริงมากขึ้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต และมีความคิดอัตโนมัติด้านลบลดลง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของเบญจวรรณ เนตรแหม¹² และการศึกษาของวีระชัย เตชะนิริติศัย¹³ ที่พบว่า การบำบัดด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมช่วยลดภาวะซึมเศร้า การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อนำมาทดสอบปฏิสัมพันธ์

กับช่วงเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน นั่นคือก่อนการทดลองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ในช่วงหลังการทดลองและระยะติดตามผลให้ผลแตกต่างกัน คือผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลเน้นการปรับพฤติกรรมความคิด มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา ช่วยคำชู¹⁴ และวบรวมองลดลงมากกว่าเทียบคะแนนกุลธิดา สุภาคุณ¹⁵ ที่พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการให้คำปรึกษาต่ำกว่าก่อนการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามการศึกษาในครั้งนี้ ได้จัดรูปแบบการบำบัดในลักษณะ

การให้คำปรึกษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความคิด ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพเรียนรู้ธรรมชาติของภาวะซึมเศร้า เหตุผลของการบำบัดโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิด การค้นหาความคิดทางลบ และความคิดอัตโนมัติ การทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การประเมินตนเองถึงความก้าวหน้า ทบทวนความรู้ความเข้าใจประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม ข้อคิดในการมองปัญหาต่างๆ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน ความคิด ความเชื่อใหม่ ให้ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้เป็นอย่างดีและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำรงชีวิต ซึ่งวิธีการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด (cognitive behavioral therapy) อันเป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้วิธีคิด หรือพฤติกรรมที่ทำให้ซึมเศร้า ช่วยปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลให้กลับมามีความสมดุลของอารมณ์ ความคิดหรือความเชื่อที่ถูกต้องเหมาะสม⁴ ซึ่งในกิจกรรมการให้คำปรึกษาครั้งนี้มีองค์ประกอบของกิจกรรมครบดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ร่วมกิจกรรมมีภาวะซึมเศร้าลดลง จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงมากกว่าการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ โดยจัดเป็น

แนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชนโดยสามารถปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบทและการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. พิมพ์ครั้งที่ 3. อุบลราชธานี: ศิริธรรม ออฟเซ็ท; 2552.
2. พรเทพ ศิริวนารังค์สรร์ และคณะ. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย, การสำรวจระดับชาติปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2547 มิถุนายน 1;12(3): 177-188.
3. กองแผนงานกรมสุขภาพจิต. ข้อมูลสถิติ. มีนาคม 2553; Available from : <http://www.dmh.go.th/report/operation/pop.asp>.
4. โรงพยาบาลเสนา. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลเสนา. พระนครศรีอยุธยา. 2553.
5. Marks, I., Lovell, K., Noshirvant, H., Livanou, M., & Thrasher, S. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. Arch General Psychiat., 1998, 55: 317-325.
6. Mahoney, M.J. Cognition and behavior modification. Cambridge, Mass: Ballinger; 1998.
7. Dobson, K.S. & Block, L. Historical and philosophical bases of the cognitive behavior therapies: Handbook of Cognitive-behavioral therapies. London; 1988.
8. Beck AT. The Diagnosis and management of depression. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1979.
9. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF and Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford; 1979.
10. ยุวดี ฤๅชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เขียวลักษณ์ เลหาะจินดา, วิไล ลีสุวรรณ, พรรวดี พุฒวัฒน์, รุจิเรศ ธนุรักษ์. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลปะการพิมพ์ จำกัด; 2540.

ผลของการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

11. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท; 2551.
12. เบญจวรรณ เนตรแซม. การศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลสมุทรสาคร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
13. วีระชัย เตชะนริตติย. การบำบัดโดยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยในโครงการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์. การศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
14. อังคณา ช่วยคำชู. ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. การประชุมวิชาการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 8. 7-8 กรกฎาคม 2551. เชียงราย; 2551: 159.
15. กุลธิดา สุภาคณ. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.

Impact of Perception Adjustment Consultation on the State of Depression amongst Depression Patients at Sena Hospital, Ayudhaya Province*

*Budsaba Klaymook M.N.S, APN***

Abstract: This quasi-experimental research project attempted to study the impact that individual consultation on perception adjustment had on patients' state of depression. The study was conducted on a purposive sample of 30 depression patients at a hospital in Central Thailand. The subjects were then randomly and equally divided into an experimental group and a controlled group. Each member of one group was paired up with one member of the other group based on their similarity in age, education level and state of depression. The members of the experimental group were given a caregiving programme that emphasised perception adjustment, whilst those of the controlled group received normal care. The instruments used to collect data were a personal profile recording form and a depression evaluation form. To analyse the data, descriptive statistics and a Repeated Measure design were employed.

The study showed the following results. Firstly, the experimental group's average pre- and post-experimental depression scores differed significantly ($F_{4,112} = 448.756$, $p=.000$). Furthermore, the experimental group's and controlled groups average depression scores recorded at the same time also differed significantly ($F_{4,112} = 35.651$, $p=.001$).

It can be recommended, based on the findings, that individual consultation on perception adjustment be applied, with context-based modifications, to the caregiving programmes for depression patients, both in hospital and community contexts.

Thai Journal of Nursing Council 2012; 27(3) 106-115

Keywords: perception adjustment consultation programme; state of depression; depression patient

*This research was funded by the Thailand Nursing Council.

**Advance practice nurse, Department of Psychiatric, Sena Hospital Ayutthaya Province, Email:klaimook@yahoo.com