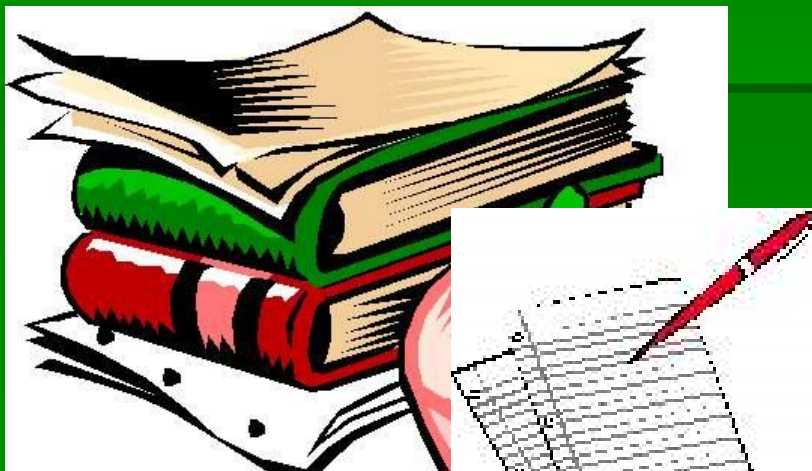


รายงานวิจัย

**ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้า
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**



โดย

วิภาวี เฟ่ากัณฑ์ทรากร RN, PhD. อพย. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
Diplomate, Thai Board of Advanced Practice in Psychiatric and Mental Health Nursing (Dip. APPMHN)
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

■ ที่มาหรือแรงจูงใจในการทำผลงานวิจัยขั้นนี้

■ ได้รับโอกาส

- เรียนรู้โปรแกรมสถิติบำบัด
- นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยซึมเศร้า ญาติผู้ป่วยจิตเวช
- วิทยากร

■ ได้รับการส่งต่อผู้ป่วย

- รับรู้ว่าโปรแกรมสถิติบำบัดดีจริง
- ผู้ป่วยซึมเศร้ามีปริมาณเพิ่มขึ้น

ทบทวนวรรณกรรม



■ ต่างประเทศ

- การวิเคราะห์ห่อหุ้ม (meta-analysis) เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าพบว่า การบำบัดด้วยการเจริญสติหรือการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-based therapy [MBT]) เป็นวิธีจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้ประสิทธิภาพสูงสุดในปัจจุบัน MBT เป็นการฝึกสติเพื่อให้เกิดความระลึกรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึกที่กำลังปรากฏได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถยับยั้งอารมณ์ความคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริงได้ โดยเฉพาะความคิดด้านลบซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของโรคซึมเศร้า ช่วยให้มีสติเพิ่มขึ้น มีความยืดหยุ่นทางความคิด และอารมณ์มากขึ้น ส่งผลต่อความมีสติสามารถกำกับตนเองและมีความเมตตาต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดความสุขมากขึ้น และลดความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ เช่น Mindfulness-based stress reduction (MBSR) Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Dialectical Behavior Therapy (DBT) Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

■ ประเทศไทย

- ได้มีผู้สนใจนำการเจริญสติตามแนวพุทธและการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานมาประยุกต์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคทางกาย
- ต่อมาปี 2556 ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ได้พัฒนาโปรแกรมสติบำบัดที่สอดคล้องกับธรรมชาติผู้ป่วยในประเทศไทย โดยให้ชื่อว่า การบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (Mindfulness-based therapy and counseling [MBTC]) หรือเรียกสั้นๆว่า “โปรแกรมสติบำบัด” ขึ้น เพื่อช่วยให้การบำบัดผู้ป่วยเป็นรูปธรรมและเหมาะสมกับคนไทย โดยโปรแกรมสติบำบัด (MBTC) เป็นการผสมผสานแนวคิดการให้การศึกษาแนวพุทธ (Buddhist counseling) การบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ (Mindfulness based cognitive therapy (MBCT)) ซึ่งทั้ง 2 แนวคิดนี้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการลดอาการซึมเศร้า ลดความคิดทำร้ายตนเอง ลดความเสี่ยงของการกลับมาเป็นซ้ำ ลดการกลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาล สามารถลดขนาดยาต้านเศร้าและหยุดยาได้ และผู้ป่วยซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (พลภัทร์ โล่เสถียร, 2553; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ สวิตตา ธงยศ อิงคภา โคตรนารา และขจรศักดิ์ วรรณทอง, 2557; Mason and Hargreaves, 2001; Kuyken et al, 2008; Weber et al, 2010) และสติบำบัด (MBTC) ได้เพิ่มสติในการเมตตาตนเอง (mindfulness self-compassion) ซึ่งแนวคิดนี้มีหลักฐานพบว่า การมีสติเมตตาต่อตนเองสามารถลดอาการที่รุนแรงของซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้มาก และยังเพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจด้วย (MacBeth and Gumley, 2012) โดยโปรแกรม MBTC นี้ทั้งหมด 8 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสติบำบัด(MBTC)

กิจกรรม 1 การจัดการกับความวุ่นใจ มีสมาธิเป็นเครื่องมือ

กิจกรรม 2 ดำเนินชีวิตด้วยความสงบ มีสติเป็นเครื่องมือ

กิจกรรม 3 รู้จักปล่อยวางอารมณ์มีสติกับความรู้สึก /
ปล่อยวางเป็นเครื่องมือ

กิจกรรม 4 รู้ทันความคิดและปล่อยวาง มีสติกับความคิด /
ปล่อยวางเป็นเครื่องมือ

กิจกรรม 5 ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ มีการใคร่ครวญ
สัมพันธภาพเป็นเครื่องมือ

กิจกรรม 6 ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น จะมีสติสื่อสารเป็นเครื่องมือ

กิจกรรม 7 เมตตาและให้อภัยมีการแผ่เมตตาเป็นเครื่องมือ

กิจกรรม 8 ชีวิตต้องเดินหน้ามีการใช้สติสมาธิในวิถีชีวิต

ภาวะเข้มเฝ้า
คุณภาพชีวิต



บทนำ



- คำถามของการวิจัย

- โปรแกรมสติบำบัดมีผลต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างไร

- วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- วัตถุประสงค์ของการวิจัยย่อย
 - 1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัดตามโปรแกรมสติบำบัด
 - 2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้ รับโปรแกรมสติบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทนำ



■ สมมติฐานของการวิจัย

- คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัดตามโปรแกรมสติบำบัดมีความแตกต่างกัน
- คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกัน

■ ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสุ่มที่มีการควบคุม (randomized controlled trial) โดยทำการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จังหวัดกรุงเทพมหานคร
2. ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10
3. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การคัดเข้า ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตาม เกณฑ์ของ ICD-10 อายุระหว่าง 20 - 59 ปี และสามารถ ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทย และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีอาการทางจิต เช่น หูแว่วและประสาทหลอน ใช้สารเสพติด มีโรคทางกาย เช่น ความผิดปกติทางระบบประสาท หรือมี ภาวะที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน 2561 ถึง เดือนมิถุนายน 2562 โดยการจับคู่ (Matched-pair) เรื่องเพศ อายุ และระดับภาวะซึมเศร้า แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน รวมเป็นจำนวน 44 คน
4. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสติบำบัด
ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต

- กระบวนการวิจัย (ทำอะไร ทำอย่างไร จึง
ทำให้งานชิ้นนี้สำเร็จ)

2.1 การเตรียมการและการออกแบบการ
วิจัย

2.2 การดำเนินการวิจัย



ระยะเตรียมการ

■ ด้านโครงการ

- มีการนำโครงร่างวิจัยส่งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พิจารณาและเสนอผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล

■ ด้านผู้ดำเนินโปรแกรม

- ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้เรื่องโปรแกรมสติบำบัดด้วยการเรียนรู้โปรแกรมจากนายแพทย์ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ ศานติ์ และฝึกฝนการใช้โปรแกรมกับตัวเอง จนได้รับใบประกาศนียบัตรผู้บำบัดเบื้องต้น และใช้โปรแกรมที่ร่วมปรับปรุงรายละเอียดแล้วกับผู้ป่วยซึมเศร้า 2 ราย และญาติผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 21 คนจนได้รับใบประกาศนียบัตรผู้บำบัดอิสระ หลังจากนั้นได้ใช้โปรแกรมสติบำบัดในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบรายบุคคลจำนวน 25 คน พบว่า อาการซึมเศร้ามลดลงและชีวิตมีความสุขขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและนักจิตวิทยาที่ผ่านการอบรมโปรแกรมสติบำบัดและได้รับใบประกาศนียบัตรผู้บำบัดเบื้องต้นจำนวน 2 คน เป็นคนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขอบเขต และแนวทางการวิจัย เตรียมความพร้อมในเรื่องทำความเข้าใจกับเครื่องมือที่ใช้ พร้อมทั้งทดลองใช้เครื่องมือ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการดำเนินการวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลตั้งแต่เริ่มการทดลองจนสิ้นสุดการทดลอง

■ ด้านการจัดทำแผนการดำเนินการทดลอง

- ประสานงานกับกลุ่มงานผู้ป่วยนอกและกลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลวิจัยกับผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล การใช้อุปกรณ์และสถานที่ในการทดลอง และวันเวลาในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งเสร็จสิ้นการทดลอง

■ เครื่องมือในการวิจัย



■ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมสติบำบัด พัฒนาโดยยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ประกอบด้วยกลุ่ม กิจกรรม 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90 - 120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 8 สัปดาห์ หลังกิจกรรมแต่ละครั้งมีการบ้านให้ฝึกต่อเป็นเวลา 1 สัปดาห์ก่อนฝึกในกิจกรรม ครั้งต่อไป โปรแกรมนี้ได้รับการพิจารณาความตรงด้านเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 25 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 คน นักจิตวิทยาคลินิก 6 คน พยาบาลจิตเวช 7 คน นักสังคมสงเคราะห์ 7 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 3 คน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.94 และนำฉบับปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ป่วยซึมเศร้า 2 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง

■ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck depression inventory IA; BDI-IA) แปลและเรียบเรียง เป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ ประกอบด้วย 21 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 63 คะแนน แบ่งระดับซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ภาวะอารมณ์ปกติ (0 - 9 คะแนน) ภาวะ ซึมเศร้าระดับน้อย (10 - 15 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับ ปานกลาง (16 - 19 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (20 - 29 คะแนน) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (30 - 63 คะแนน) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.84 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92

3) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ 24 มีจำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 26 - 130 คะแนน แบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 - 60 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ (61 - 95 คะแนน) และการมี คุณภาพชีวิตที่ดี (96 - 130 คะแนน) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84



■ เครื่องมือในการวิจัย

- **เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง** คือ แบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)25 สำหรับคัดผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย มีข้อคำถาม 9 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน แบ่งระดับ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการ หรือมีอาการระดับน้อยมาก (0 - 6 คะแนน) อาการระดับเล็กน้อย (7 - 12 คะแนน) อาการระดับปานกลาง (13 - 17 คะแนน) และอาการระดับรุนแรง (≥ 18 คะแนน) มี ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 ค่าความไวร้อยละ 75.6 และ ค่าความจำเพาะร้อยละ 92.8

■ วิธีการรวบรวมข้อมูล

- เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2561 - มิถุนายน 2562 โดยดำเนินการ ดังนี้
- 1) ขั้นตอนเตรียมการวิจัย มีการ เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย เครื่องมือในการวิจัย สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และคัดเลือกตัวอย่างด้วย แบบประเมิน 9Q
- 2) ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งตัวอย่าง ออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแล ตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสติบำบัดจำนวน 8 ครั้ง ประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตก่อนโปรแกรม ด้วยแบบประเมิน BDI-IA และ WHOQOL-BREF-THAI
- 3) ขั้นตอนการประเมินผล ประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 8 ด้วยแบบประเมิน BDI-IA และ WHOQOLBREF-THAI และติดตามผลทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 6 ด้วยคำถาม 1) ตอนนี้คุณเป็นอย่างไร 2) มีอาการซึมเศร้าหรือไม่ เพราะอะไร ทำอย่างไร 3) คุณทำอะไรถึงอยู่ได้ตลอด 6 เดือน มีอะไรช่วย หรือมีอะไรทำให้เกิดความยุ่งยากใจ และจัดการ อย่างไร โดยได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างทุกคน ก่อนการติดตามผลทางโทรศัพท์

■ การวิเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของ กลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ และ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการบำบัดด้วย สถิติทดสอบที่ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

■ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

- งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ ตามเอกสารรับรอง รหัสโครงการที่ 023/2561 วันที่ 18 มิถุนายน 2561 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการ การเก็บข้อมูล สิทธิในการรับหรือปฏิเสธโดยไม่มี ผลกระทบต่อบริการ การเก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ



ระยะดำเนินการทดลอง

■ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

- ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองและขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลอง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ครบถ้วน ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูล วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยพร้อมกับตอบแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม เพื่อประเมินก่อนเข้าการทดลอง หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน และระดับภาวะซึมเศร้าระดับเดียวกัน เข้ากลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน

ประชากรที่ศึกษา คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 20 – 59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอก

คัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์
จับคู่กลุ่มตัวอย่าง เพศ อายุ และภาวะซึมเศร้า
ได้ 44 ราย

กลุ่มทดลอง
22 ราย

กลุ่มการพยาบาลตามปกติ
22 ราย

ระยะดำเนินการทดลอง

■ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

- การดำเนินการทดลองให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 44 คนทำ Pre-test โดยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคและแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- การดำเนินโปรแกรมมีการกำหนดวันเวลาที่ชัดเจน คือ
 - กลุ่มทดลองจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ละคร 9-12 คนเข้าโปรแกรมสัปดาห์ทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี เวลา 13.00-15.00 น ณ ห้องประชุมกลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน รวมเวลา 8 สัปดาห์
 - กลุ่มควบคุมจะรับบริการการพยาบาลตามปกติในวันพุธและศุกร์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์เช่นกัน

ระยะประเมินผลการทดลอง

- ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมในครั้งที่ 8 หรือสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยการทำ Post-test โดยการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค และแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของเอกสาร และในเดือนที่ 6 โทรศัพท์ติดตามผลตามวันที่นัดหมายไว้ ด้วยคำถาม 3 คำถาม คือ 1) ตอนนี้คุณเป็นอย่างไร 2) มีอาการซึมเศร้าหรือไม่ เพราะอะไร ทำอย่างไร 3) คุณทำอย่างไรถึงอยู่ได้ตลอด 6 เดือน มีอะไรช่วย หรือมีอะไรทำให้เกิดความยุ่งยากใจ และจัดการอย่างไร

- ผลลัพธ์และสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นจากการทำผลงานวิจัยชิ้นนี้

- เชิงปริมาณ
- เชิงคุณภาพ



ผลการวิจัย

ผลการวิจัย



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มบำบัด (n = 22)	กลุ่มควบคุม (n = 22)	p-value
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ	ชาย	7 (31.8)	7 (31.8)	> .99
	หญิง	15 (68.2)	15 (68.2)	
อายุ	20 - 29 ปี	4 (18.2)	4 (18.2)	
	30 - 39 ปี	7 (31.8)	7 (31.8)	
	40 - 49 ปี	7 (31.8)	7 (31.8)	
	50 - 59 ปี	4 (18.2)	4 (18.2)	
อายุเฉลี่ย		$\bar{X} = 38.5$; S.D. = 11.62 Min = 21; Max = 59	$\bar{X} = 37.04$; S.D. = 10.25 Min = 20; Max = 53	.51
สถานภาพสมรส	โสด	15 (68.2)	15 (68.2)	.31
	คู่	5 (22.7)	7 (31.8)	
	แยกกันอยู่/หย่า/หม้าย	2 (9.1)	-	
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	-	2 (9.1)	.33
	มัธยมศึกษา	-	1 (4.5)	
	ปวช./ปวส.	2 (9.1)	2 (9.1)	
	ปริญญาตรี	12 (54.5)	14 (63.6)	
	สูงกว่าปริญญาตรี	8 (36.4)	3 (13.6)	
อาชีพ	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7 (31.8)	2 (9.1)	.16
	ธุรกิจส่วนตัว	4 (18.2)	7 (31.8)	
	รับจ้าง	6 (27.3)	6 (27.3)	
	ว่างงาน	2 (9.1)	6 (27.3)	
	อื่น ๆ	3 (13.6)	1 (4.5)	
รายได้	มีเหลือเก็บ	5 (22.7)	-	.10
	พอใช้	14 (63.6)	16 (72.7)	
	ไม่พอใช้	3 (13.6)	6 (27.3)	
ปัญหาสุขภาพ	สุขภาพทางจิต			.03
	- ความเครียด	2 (9.1)	2 (9.1)	
	- วิตกกังวล	1 (4.5)	5 (22.7)	
	- ซึมเศร้า	15 (68.2)	10 (45.5)	
	- เครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าร่วมกัน	4 (18.2)	5 (22.7)	
	สุขภาพทางกาย			
	- มี	4 (18.2)	2 (9.1)	
	- ไม่มี	18 (81.8)	20 (90.9)	
ระยะเวลาการรักษาทางจิตเวช	น้อยกว่า/เท่ากับ 5 ปี	22 (100.0)	21 (95.5)	.26
	รักษา > 5 ปีและ < 10 ปี	0 (0.0)	1 (4.5)	
การรักษาด้วยยา		22 (100.0)	22 (100.0)	> .99
การบำบัดอื่น ๆ	- เคย	3 (13.6)	2 (9.09)	.36
	- ไม่เคย	19 (86.4)	20 (90.9)	

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 49 ปี มีสถานภาพโสด มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีรายได้พอใช้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยอมรับว่า มีปัญหาสุขภาพจิต มีบางส่วนเข้าใจว่าตนเองเป็นโรคเครียด วิตกกังวล แต่ไม่ทราบว่าได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคซึมเศร้า และไม่เคยถามว่าตัวเองป่วยเป็นโรคอะไร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยยา โดยได้รับยารักษา โรคซึมเศร้า เช่น fluoxetine, sertraline, amitriptyline และ trazodone และยาคลายวิตกกังวลและยานอนหลับ เช่น diazepam, lorazepam, clonazepam กลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน ยกเว้นการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	กลุ่มบำบัด (n = 22)	กลุ่มควบคุม (n = 22)	T	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)				
ระดับน้อยมาก	0 (0.0)	0 (0.0)	0.17	.45
ระดับเล็กน้อย	9 (40.9)	9 (40.9)		
ระดับปานกลาง	7 (31.8)	7 (31.8)		
ระดับรุนแรง	6 (27.3)	6 (27.3)		
	$\bar{X} = 15.82$ (S.D. = 5.88)	$\bar{X} = 16.14$ (S.D. = 6.42)		
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-IA)				
ภาวะอารมณ์ปกติ – ระดับน้อย	0 (0.0)	0 (0.0)	0.87	.63
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	4 (18.2)	6 (27.3)		
ภาวะซึมเศร้าระดับมาก	10 (45.4)	8 (36.4)		
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	8 (36.4)	8 (36.4)		
	$\bar{X} = 28.14$ (S.D. =10.99)	$\bar{X} = 28.23$ (S.D. = 11.42)		

BDI-IA = Beck depression inventory IA

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อน การบำบัดจากแบบประเมิน 9Q และ BDI-IA ของกลุ่มบำบัด และกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัย



ตารางที่ 3 คะแนนซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุม

ระดับคะแนน	กลุ่มบำบัด (n = 22)		กลุ่มควบคุม (n = 22)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)
ภาวะซึมเศร้า	28.14 (10.99)	7.27 (5.36)	28.23 (11.42)	14.00 (6.34)
ความแตกต่างก่อน - หลัง	t = 10.71, p = < .01		t = 7.28, p < .01	
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	t = 3.80, p = <.01			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	70.82 (19.36)	104.95 (10.06)	73.41 (15.52)	90.77 (13.66)
ความแตกต่างก่อน-หลัง	t = - 12.38, p = < .01		t = - 6.59, p < .01	
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	t = 3.92, p = < .01			

เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า ทั้งกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมมีคะแนนซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมมีคะแนนซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตหลังการทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย



ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตแต่ละองค์ประกอบหลังการทดลองของกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุม

ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แต่ละองค์ประกอบ	กลุ่มบำบัด (n = 22)	กลุ่มควบคุม (n = 22)	T	p-value
	$\bar{X}$ (s.d.)	$\bar{X}$ (s.d.)		
ด้านสุขภาพกาย	28.18 (2.86)	25.05 (4.03)	- 2.98	< .01
ด้านจิตใจ	24.36 (2.82)	20.36 (4.23)	- 3.69	< .01
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	11.73 (1.80)	10.32 (2.08)	- 2.40	.02
ด้านสิ่งแวดล้อม	32.91 (3.89)	28.36 (6.99)	- 2.67	.01

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า คุณภาพชีวิตทุกด้านหลังการทดลองของกลุ่มบำบัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจต่างกันมากกว่าด้าน สัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

ผลการวิจัย



การติดตามทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 6

กลุ่มบำบัดจำนวน 20 คน ไม่มีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้า โดย 14 คนมีความคิดฟุ้งซ่านลดลง รู้สึกว่าอาการซึมเศร้าลดลง มีสติในการจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ดี มีความสุขในการดำเนินชีวิต และแพทย์ได้ปรับลดขนาดยา อีก 6 คนมีความคิดฟุ้งซ่านมากขึ้นหลังการบำบัด 4 เดือน เนื่องจากมีเหตุการณ์ที่ยุ่งยากใจแต่สามารถจัดการอารมณ์ได้ดีขึ้น และดูแลตัวเองด้วยการมีสติรู้ลมหายใจ ส่วนอีก 2 คนมีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้าเนื่องจากมีปัญหาครอบครัวและการทำงานที่รุนแรง จึงใช้การดื่มสุราเพื่อจัดการกับปัญหา กลุ่มบำบัดทุกคนรู้สึกรักตัวเองมากขึ้น ให้ภัยบุคคลรอบข้างได้มากขึ้น โดยเฉพาะ 2 คนที่มีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้า ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย

กลุ่มควบคุมจำนวน 12 คนไม่มีอาการของโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำ โดย 8 คนมีความคิดฟุ้งซ่าน มีความทุกข์และความเศร้าเป็นระยะ และมีการปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยา อีก 4 คนมีความคิดฟุ้งซ่านและความเศร้าเกิดขึ้นบ้าง แต่ควบคุมตัวเองได้โดยการออกกำลังกายและ ฟังเพลง และมีคนรอบข้างเข้าใจคอยรับฟัง ส่วนอีก 10 คน มีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้าเนื่องจากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และดื่มสุราเพื่อสังสรรค์หรือเวลาที่มีความทุกข์ และ มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นบางครั้ง

การอภิปรายผล



ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดต่ำกว่า และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการบำบัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Dang และคณะ ที่พบว่างานวิจัยที่ใช้ การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานจำนวน 16 เรื่อง ประกอบด้วยmindfulness-based stress reduction (MBSR) จำนวน 5 เรื่อง MBCT จำนวน 5 เรื่อง และการประยุกต์วิธีการของ MBT จำนวน 6 เรื่อง สามารถลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิต ภายหลังการบำบัด 8 สัปดาห์เมื่อเทียบกับการดูแลปกติ และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Naibili และ Permana ที่พบว่า MBCT มีประสิทธิผลสามารถลดอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความทุกข์ทางอารมณ์ และปรับปรุงคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ในสังคม และความเป็นอยู่ที่ดีทางจิตใจ ในขณะที่สมชาย ปโยโค และอุทัย สุดสุข ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาก่อนหน้านี้ยังพบว่า การวิจัยแนวโปรแกรมสติบำบัดสามารถใช้ในประชากรกลุ่มอื่น เช่น ลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว และลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความเมตตาต่อผู้อื่นในกลุ่มผู้ต้องขังได้

การศึกษานี้พบว่าคุณภาพชีวิตหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านสูงกว่าก่อนบำบัดและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจสูงกว่าด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้าน สิ่งแวดล้อม เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการของสมชาย ปโยโค และคณะ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านสูงกว่าก่อนบำบัด โดยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมต่างกันสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านสุขภาพกาย และด้านสิ่งแวดล้อม ในขณะที่การศึกษาของ Dang และคณะ พบว่าการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ประสบปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น อาการปวดเรื้อรัง หรือภาวะเรื้อรังอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสติบำบัดสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ แต่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านแตกต่างกัน ในแต่ละการศึกษา อาจเกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดที่แตกต่างกัน และเนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินตามมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง จึงขึ้นกับบริบท วัฒนธรรม และความเชื่อในขณะนั้น

การอภิปรายผล



จากการติดตามทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 6 พบว่า กลุ่มบำบัดมีผู้ป่วยอาการกำเริบน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และสามารถดูแลตัวเองได้ดีกว่า สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการของ Schuman-Olivier และคณะ ที่พบว่า การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความสามารถควบคุมกำกับตัวเองทั้งด้านความคิดและอารมณ์ เพิ่มความทนต่อสิ่งเร้า ปรับปรุงวิธีจัดการกับปัญหา ปรับปรุงมุมมองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มความภูมิใจและ เห็นคุณค่าในตนเอง เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต และยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้า ลดลงและไม่เกิดอาการกำเริบ และสอดคล้องกับการศึกษาของดุซงกี จังศิริกุลวิทย์ และคณะ ที่ศึกษาการทำกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นพบว่า ภาวะเครียดและซึมเศร้าหลังการทำกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับสติเพิ่มสูงขึ้นหลังทำกลุ่มครบ 3 เดือน จำนวนกลุ่มเสี่ยงลดลงเหลือ ร้อยละ 25 หลังการทำกลุ่ม และลดลงเหลือร้อยละ 11 หลังครบ 3 เดือน การศึกษาในกลุ่มผู้ต้องขังของอัจฉรา มุ่งพานิช และกิตติยา กุดกุง พบว่า เมื่อติดตามผลที่ระยะ 1 เดือน กลุ่มบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลงและความเมตตาต่อผู้อื่นสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของธีรยุทธ เกิดสังข์ และคณะ ที่ใช้โปรแกรมสติบำบัดในนักศึกษาพยาบาล โดยติดตามผลความเครียดและระดับสติที่ 1, 3 และ 6 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่า และมีคะแนนเฉลี่ยระดับสติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การให้สัมภาษณ์ของกลุ่มบำบัดที่ระยะ 6 เดือนพบว่า การมีสติอยู่กับลมหายใจและกับร่างกายช่วยให้สามารถรับรู้ถึงความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ สามารถปล่อยให้สิ่งต่าง ๆ ผ่านไปได้ ไม่หมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับสถานการณ์และความรู้สึกด้านลบเกี่ยวกับตนเองและ คนรอบข้าง ส่งผลให้ความเครียดและความซึมเศร้าลดลง มีความเห็นอกเห็นใจ ไม่ตัดสิน และให้อภัยสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีความสุข มีความพึงพอใจกับชีวิตมากขึ้น สามารถทำงานได้ดี และอยู่กับคนรอบข้างอย่างมีความสุข ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า “รู้สึกดีขึ้นมาก จากที่เคยกลัวสามีเก่าที่เคยตบตีเราแม่จะหย่ากันแล้ว เวลาเขามาเยี่ยมลูก เราเห็นเขาเราจะสั้นมาก แต่เดี๋ยวนี้เรา ไม่เป็นเลย เราคุยกับเขาได้ เรารู้สึกเมตตาและอภัยเขาได้ คุยกับเขาอย่างปกติ มองเขาอยู่กับลูกอย่างมีความสุข ไม่โกรธ ไม่กลัวเขาเลย” จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมสติบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น เรียนรู้การนำสติมากำกับอารมณ์ และการแผ่เมตตาทำให้เกิดสภาวะจิตและอารมณ์เชิงบวก ลดความโกรธ ความขัดเคือง ความไม่พอใจ ช่วยให้มีสมาธิมากขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และอาการกำเริบลดลง

- การนำความรู้/ประสบการณ์จากการทำผลงานวิจัยชิ้นนี้ ไปเื้ออำนวยการหรือช่วยให้รพ.ขยายผลใหม่/เดิม ทำงานวิจัยภายใต้โครงการ BPSC ทำอะไรบ้าง ทำอย่างไร เกิดผลลัพธ์ที่ดีอย่างไร





thank
you

