

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัด สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The Development of Mindfulness-Based Nursing Program for Major Depressive Disorder

สกาวัฒน์ พวงลัดดา* สว่างจิต วสุวัต ปภาจิต บุตรสุวรรณ
Skaorat Puangladda* Sawangjit Wasuwat Pabhajit Budsuwan
โรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี ประเทศไทย 11000
Srithanya Hospital, Nontnaburi, Thailand, 11000

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างเดือน มีนาคม 2565 ถึง พฤษภาคม 2565 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการครุ่นคิด และการประเมินหน้าที่บริหารจัดการของสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย และสถิติ Wilcoxon signed rank test ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวน 6 ครั้ง ดำเนินการ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วันเว้นวัน ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ในแต่ละกิจกรรมอยู่ในช่วง 40 - 50 นาที ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง (จำนวน 12 คน) มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุป โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นโปรแกรมมีประสิทธิภาพ ลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเป็นแนวทางในการลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัด, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Abstract

The present study was to develop a Mindfulness-Based nursing program for Major depressive disorder in Srithanya Hospital during 1st March 2022 to 31st May 2022. The collecting data tools were personal data, Ruminations scale and Executive functions. The data retrieved were statistical analyzed including descriptive and Wilcoxon signed rank test. A Mindfulness-Based nursing program for Major depressive disorder consists of 6 activities, performed 3 times per week, every other day for 2 consecutive weeks, and 40-50 minutes period of each activity. The result revealed that the experimental group (n=12) had a lower difference in mean ruminations and executive functions than before with statistical significance ($p < .05$). It can be concluded the

*Corresponding Author: E-mail: puangladda@hotmail.com

Mindfulness-based nursing program for Major depressive disorder can reduce rumination and improving the executive functions effectively. It is the guideline for the appropriate treatment of rumination and executive functions for Major depressive disorder.

Keyword: Mindfulness-Based Nursing Program, Major Depressive Disorder

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD) เป็นโรคทางจิตเวชที่เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงมากขึ้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้คนมากกว่า 300 ล้านคนทั่วโลก การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีผลกระทบต่อบุคคลและสังคม และเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการทั่วโลก ที่สำคัญโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย 800,000 คนต่อปี ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นการรักษาด้วยยา รักษาโรคซึมเศร้าร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อป้องกันการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ สิ่งที่ต้องพิจารณา คือ การใช้ยาควบคู่ไปกับการบำบัดทางจิต เพราะช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การบำบัดทางจิตที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานสติบำบัด (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) สำหรับใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังและผู้ที่ใช้การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล² เพราะปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การครุ่นคิด (Rumination)³ เป็นการคิดซ้ำๆ เกี่ยวกับความทุกข์และอารมณ์ด้านลบ มีลักษณะการวิจารณ์ตนเองสูง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงของการกำเริบของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นแล้ว นอกจากนี้ พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการครุ่นคิดกับหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการทำงานของสมองขั้นสูง⁴ โดยการครุ่นคิดขัดขวางกระบวนการประมวลผลของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ส่งผลให้การทำหน้าที่บริหารจัดการของสมองบกพร่อง^{5,6} และมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย⁷ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁸ โดยการลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่การบริหารจัดการของสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ในการบำบัดรักษาการครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานสติ

บำบัด^{9,10} เพื่อช่วยให้ความเครียด¹¹ การครุ่นคิด อาการซึมเศร้า ลดลง¹² และสามารถพัฒนาความสามารถหน้าที่บริหารจัดการของสมองได้อีกด้วย¹³ มีงานวิจัยที่สนับสนุนการฝึกสติช่วยให้การครุ่นคิดและอาการซึมเศร้าลดลง¹⁴ และช่วยพัฒนาความสามารถหน้าที่บริหารจัดการของสมอง¹⁵ สรุปได้ว่าการบำบัดทางจิตโดยใช้สติบำบัด ช่วยลดการครุ่นคิดและพัฒนาความสามารถหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์¹⁶ มาใช้ในการพยาบาลผู้มีความทุกข์ใจจากความเจ็บป่วย ด้วยความเชื่อว่าการปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรัก ความเมตตา ความจริงใจ ผ่านทางสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ มีอิสระในการตัดสินใจ สามารถใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่¹⁶ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดสติบำบัด เพราะทฤษฎีการดูแลมนุษย์ให้ความสำคัญด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การดูแลเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความกลมกลืนของร่างกาย จิตใจ รวมถึงการปลูกฝังการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ เพื่อให้มีการเปิดรับพลังทางจิตวิญญาณที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการมีสติ ดังนั้นสติบำบัดจึงเป็นการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ชัดเจนในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน¹⁶

จากทั้งสามแนวคิดที่กล่าวมา คือ การครุ่นคิด หน้าที่บริหารจัดการของสมอง และสติบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า มีความเชื่อมโยงกันโดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีปัญหาการครุ่นคิดเกี่ยวกับข้อมูลเชิงลบ เกิดจากการตอบสนองสูงต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ของสมองส่วนหน้าผาก ซึ่งเป็นโครงสร้างสำคัญของสมองเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางประสาทที่ซับซ้อน และการประมวลผลทางความรู้สึกที่บกพร่องส่งผลให้มีความผิดปกติของอารมณ์ทำให้เกิดการครุ่นคิดที่ไม่เหมาะสม โดยการครุ่นคิดที่เกิดขึ้นจะไปขัดขวางกระบวนการประมวลผลของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ส่งผลให้การทำหน้าที่บริหารจัดการสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบกพร่อง การใช้สติบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีผลต่อการครุ่นคิด คือ ทำให้

การครุ่นคิดลดลง ส่งผลให้ไม่มีการรบกวนของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ซึ่งผลของการฝึกสติ นอกจากจะทำให้มีสติเพิ่มขึ้นยังพบว่า การฝึกสติมีผลต่อสมองโดยตรงด้วย โดยเฉพาะในส่วนของการสมองส่วนหน้า ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการครุ่นคิด และหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อฝึกสติจึงส่งผลต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองดังกล่าว ส่วนแนวคิดสติบำบัดมีความสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน เพราะแนวคิดวัตสันให้ความสำคัญทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การดูแลเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความกลมกลืนของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

สำหรับสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการสำรวจการครุ่นคิด¹⁷ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 20 คน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 72.27 (17 คน) คะแนนการครุ่นคิดอยู่ในช่วง 44–70 คะแนน เมื่อประเมินการทำหน้าที่บริหารจัดการสมองด้วยกิจกรรมทดสอบหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Berg Card Sorting Test-64: BCST)¹⁸ พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 45.9 คน (9 คน) ที่มีค่าร้อยละข้อผิดพลาดแบบต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 18 สำหรับการให้พยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยใน จากการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า การบันทึกการพยาบาล มีการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองและหรือการประเมินอาการซึมเศร้าและหรือการประเมินความคิดฆ่าตัวตายเท่ากัน ร้อยละ 75.0 การสอนหรืออธิบายเรื่องโรคซึมเศร้าร้อยละ 15.0 และอื่นๆ ร้อยละ 10.0 เช่น การพูดคุยให้กำลังใจ การส่งเสริมให้เห็นคุณค่าในตนเองด้วยการทำกิจกรรม การสนับสนุนให้คิดบวก จากการทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์ปัญหา จะเห็นว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยในยังต้องการโปรแกรมลดการครุ่นคิด และส่งเสริมหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ซึ่งเป็นลักษณะความผิดปกติที่สำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

จากเหตุผลทั้งหมดที่กล่าวมาการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต¹⁹ โดยงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

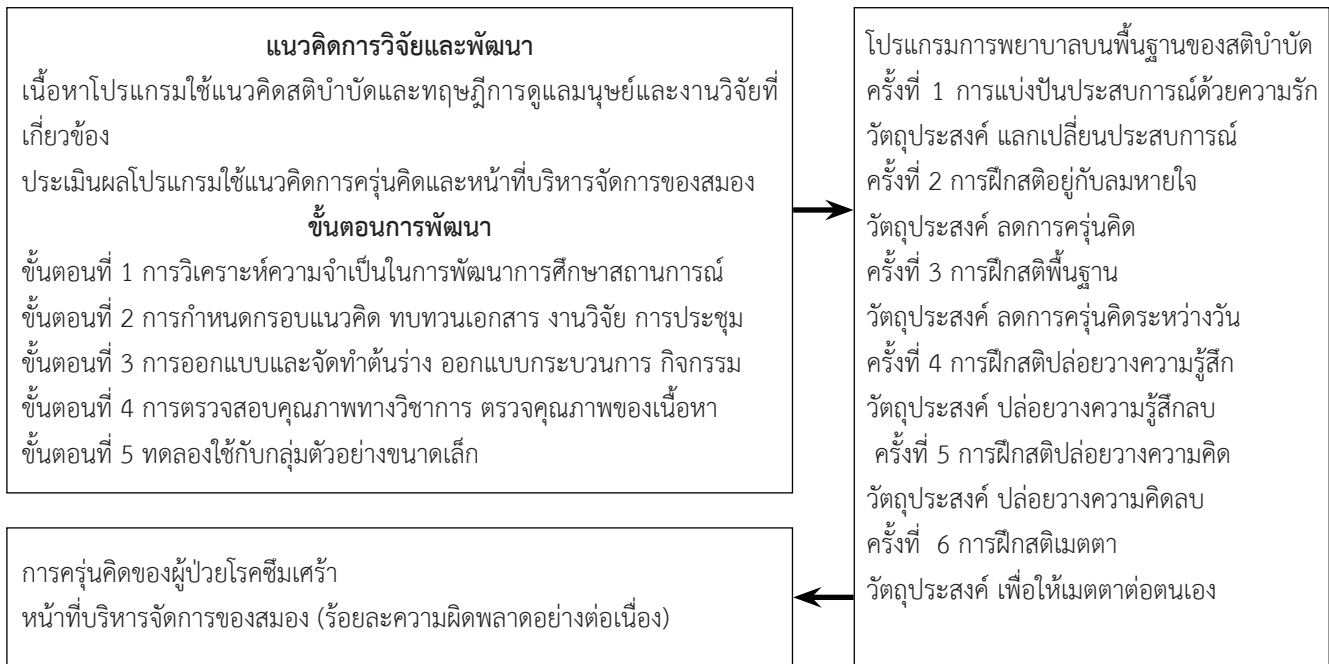
เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน
2. ค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัด ใช้แนวคิดในการวิจัย ดังนี้ แนวคิดการครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า³ แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมอง⁴ แนวคิดสติบำบัด^{9,10} ทฤษฎีการดูแลมนุษย์¹⁶ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต¹⁹ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการ ความจำเป็นในการพัฒนา ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิด จากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพร้อมกับข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำต้นร่างเพื่อจัดทำต้นร่างโปรแกรม ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ ขั้นตอนที่ 5 ทดลองใช้เมื่อได้โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์จริงสรุปเป็นกรอบแนวคิดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การทดลองใช้โปรแกรม ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2565 ถึง พฤษภาคม 2565

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับเป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32.xx-F3-.xx) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ในระหว่าง มีนาคม 2565 ถึง พฤษภาคม 2565

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา เพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20 - 59 ปี เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการป่วยซ้ำรหัสการวินิจฉัยโรค F32 และ F33 2) อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) ระดับอาการซึมเศร้ารุนแรง เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่ร่วมมือหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม 2) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรุนแรง 3) บกพร่องด้านภาษาพูดสื่อสารไม่เข้าใจ 4) มีโรคร่วมทางจิตเวชในขั้นตอนทดสอบโปรแกรม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นการศึกษานำร่องในการทดลองทางคลินิก เพื่อทดสอบโปรแกรมก่อนนำไปใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมต่อไป โดยกำหนดขนาดตัวอย่างอย่างน้อยร้อยละ 9²⁰ ของการทดลองในระยะ

ต่อไปที่วางแผนไว้ คือ 46 คน ดังนั้นการศึกษานำร่องต้องมีกลุ่มตัวอย่าง 4 คนขึ้นไป เนื่องจากโปรแกรมการดำเนินการเป็นกลุ่ม จึงศึกษานำร่อง 2 กลุ่ม ๆ ละ 6 คน รวมตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือประกอบด้วย 1.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 1.2) แบบประเมินการครุ่นคิดประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ฉบับภาษาไทยมีค่าความเที่ยงฉบับภาษาไทย Cronbach's alpha 0.90 คะแนนสูงสุด 88 ค่าคะแนนสูงหมายความว่ามีการครุ่นคิดมาก¹⁷ 1.3) การทดสอบหน้าที่บริหารจัดการสมอง ด้วยชุดทดสอบ Berg's Card-Sorting Test พิจารณาจากคำร้อยละของคะแนนข้อผิดพลาดแบบต่อเนื่อง¹⁸ ค่าสัมประสิทธิ์ .66 ถึง .75 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .70 และ 4) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานสติบำบัด

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้แก่ จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญเรื่องสติบำบัด 1 ท่าน จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญเรื่องโรคซึมเศร้า 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องสติบำบัด 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยเครื่องมือไม่มีการปรับแก้จึงไม่ได้หาค่าความเที่ยงซ้ำ ส่วนโปรแกรมมีการแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ คำนวณ

หาค่าความสอดคล้อง (IOC) ได้ระหว่าง 0.6-1.0 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะเหมือนกันกับกลุ่มตัวอย่าง 4 คน ก่อนนำไปนำมาไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ร้อยละ 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการครุ่นคิดก่อนและหลังทดลองโดยทดสอบค่าสถิติ Wilcoxon signed rank test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องก่อนและหลังทดลองโดยทดสอบค่าสถิติ Wilcoxon signed rank test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา เรื่อง การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยนำเสนอโครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ใบรับรอง STY.CO.A 008/2565 เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565 การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยเข้าพบและอธิบายวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลที่มีความยินยอมด้วยการลงลายมือให้ความยินยอมในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาการเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยในภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ลักษณะของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ลักษณะของโปรแกรมเป็นกลุ่มปิด จำนวนสมาชิกต่อกลุ่ม 4-8 คน การดำเนินกลุ่ม 6 ครั้ง ครั้งละ 40-50 นาที ดำเนินการวันเว้นวัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้นำกลุ่มที่ดำเนินการต้องผ่านการอบรมสติบำบัดและได้รับการรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระจากกรมสุขภาพจิต

ครั้งที่ 1 การแบ่งปันประสบการณ์ด้วยความรัก เป็นการดำเนินกลุ่มของพยาบาลช่วยให้สมาชิกเปิดเผยหรือแสดงความรู้สึกของตนเองออกมา ครั้งที่ 2 การฝึกสติอยู่กับลมหายใจช่วยให้เกิดความผ่อนคลายจากอารมณ์และความเครียด ครั้งที่ 3 การฝึกสติพื้นฐาน ช่วยให้ผู้ฝึกอยู่ในกิจกรรมที่เป็นปัจจุบันได้ดีขึ้น ทำให้สามารถจดจ่อกับกิจกรรม ครั้งที่ 4 การฝึกสติปล่อยวางความรู้สึก เป็นการมีสติในการสังเกตความรู้สึกทางกายจากการสังเกตการเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปของความรู้สึก ครั้งที่ 5 การฝึกสติปล่อยวางความคิด เป็นการสังเกตความคิดลบการมีสติดูความคิดจะช่วยให้แยกความคิดกับความเป็นจริงได้ ครั้งที่ 6 การฝึกสติเมตตา เป็นการฝึกเมตตาต่อตนเอง ทำให้เกิดความมั่นคงและยอมรับตนเองได้ดีขึ้น รวมถึงจิตที่มีสติจะสามารถยอมรับให้อภัยและเมตตากับผู้อื่นได้ ทำให้มีจิตใจที่สงบและมีมุมมองที่เปิดกว้างขึ้น ส่วนการวัดคุณภาพโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนั้น ประเมินผลด้วยการประเมินความครุ่นคิด และหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยการวัดร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่อง

2. การทดลองใช้โปรแกรมเบื้องต้นโดยประเมินผลโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการทดลองไปแล้ว 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 6 คน เพศหญิง จำนวน 6 คน อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30-49 ปี จำนวน 6 คน อายุ 50-59 ปี จำนวน 6 คน สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่คู่ จำนวน 8 คน โสด จำนวน 4 คน ด้านการศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษา จำนวน 8 คน ปริญญาตรี จำนวน 4 คนส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ จำนวน 8 คน มีงานทำจำนวน 4 คน ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 6 คน 6-10 ปี จำนวน 6 คน และจำนวนครั้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ 1-2 ครั้ง จำนวน 8 คน 3 ครั้งขึ้นไป จำนวน 4 คน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดระหว่าง (n = 12)

คะแนนกลุ่มทดลอง	Wilcoxon signed rank test	mean rank	sig
ก่อนทดลอง ($\bar{X}$ 62.67)	-3.069	6.50	.002*
หลังทดลอง ($\bar{X}$ 37.83)			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ และหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดก่อนการได้รับโปรแกรมฯ 62.67 คะแนน

หลังการได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนคะแนนเฉลี่ยการครุ่นคิดลดลงเหลือ 37.83 คะแนน แสดงถึงโปรแกรมฯ สามารถลดการครุ่นคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แสดงว่าการครุ่นคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดระหว่าง (n = 12)

คะแนนกลุ่มทดลอง	Wilcoxon signed rank test	mean rank	sig
ก่อนทดลอง ($\bar{X}$ = 19.89)	-3.059	6.50	.002*
หลังทดลอง ($\bar{X}$ = 17.19)			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ และหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องก่อนได้รับโปรแกรมฯ ร้อยละ 19.89 หลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องลดลงเหลือร้อยละ 17.19 แสดงถึงโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสามารถช่วยให้หน้าที่บริหารจัดการของสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แสดงว่าหน้าที่บริหารจัดการของสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีประเด็นอภิปราย

2 ประเด็น ได้แก่ 1) การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) ประเมินผลเบื้องต้นการใช้โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้านำเสนอตามลำดับดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีคำดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาในกิจกรรมแต่ละข้อและวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 การศึกษาครั้งนี้ เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน¹⁶ จากแนวคิดของวัตสันซึ่งเป็นทฤษฎีในระดับกว้าง (Grand theory) ในการนำมาใช้ต้องบูรณาการร่วมกับแนวคิดอื่น เมื่อพิจารณาแนวคิดของวัตสันมีความสอดคล้องกับแนวคิดสติบำบัด^{9,10} เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีปัญหาการครุ่นคิด การพัฒนาโปรแกรมต้องช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีทักษะในการจัดการความคิดดังกล่าวด้วย¹⁰ หลักการสำคัญตามแนวคิดวัตสัน คือ ดำเนินการกิจกรรมกลุ่มด้วยความรัก ความจริงใจ ความเห็นอกเห็นใจของพยาบาลเพื่อสร้างความสัมพันธ์ในการดูแลระหว่างบุคคล¹⁶ โปรแกรม

การพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีจำนวน 6 ครั้ง ดำเนินการ 40-50 นาที ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การแบ่งปันประสบการณ์ด้วยความรัก เป็นการปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มด้วยความรัก ความจริงใจ ความเห็นอกเห็นใจของพยาบาล เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์การอยู่กับโรคซึมเศร้าของตนเอง โดยมีพยาบาลช่วยให้สมาชิกเปิดเผยหรือแสดงความรู้สึกของตนเองออกมา¹⁵ กิจกรรมที่ 2 การฝึกสติอยู่กับลมหายใจ เป็นการฝึกการหยุดความคิด โดยการรู้ลมหายใจอย่างต่อเนื่อง^{9,10} โดยไม่บังคับหรือควบคุมให้หยุดความคิด แต่เป็นการรู้ตัวให้เร็วว่าคิดแล้ว กลับมารู้ลมหายใจที่ปลายจมูกแทนที่จะอยู่กับความคิดนั้น¹⁰ กิจกรรมที่ 3 การฝึกสติพื้นฐาน คือการฝึกจดจ่ออยู่กับสิ่งที่ทำในปัจจุบัน เช่น นั่ง ยืน เดิน เพื่อไม่ถูกรบกวนด้วยความคิด¹⁰ จึงเป็นทักษะสำคัญในการลดการครุ่นคิด กิจกรรมที่ 4 การฝึกสติปล่อยวางความรู้สึก โดยใช้การพินิจความรู้สึก (Focusing) ด้วยการฝึกรู้ลมหายใจและสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของร่างกาย จะช่วยให้ปล่อยวางความรู้สึกนั้นได้ โดยไม่ยึดติดกับความรู้สึกนั้น¹⁰ กิจกรรมที่ 5 การฝึกสติปล่อยวางความคิดใช้เทคนิคการติดป้ายความคิด (Labeling)^{9,10} และกิจกรรมที่ 6 การฝึกสติเมตตา เป็นการเมตตาตนเองและผู้อื่น ช่วยลดการครุ่นคิดเกี่ยวกับตัวเองและคนที่มีความทุกข์ด้วย¹⁰ จะเห็นได้ว่าโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดสติบำบัด^{9,10} สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความครุ่นคิดมากเกินไป นอกจากการรักษาด้วยการใช้ยาแล้ว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีทักษะในการจัดการการครุ่นคิดของตนเอง ตั้งแต่การหยุดคิดด้วยการรู้ลมหายใจอย่างต่อเนื่อง การควบคุมความคิดระหว่างวันด้วยการมีสติ การปล่อยวางความรู้สึก การปล่อยวางความคิด และการเมตตาตนเองโดยไม่มองตนเองในด้านลบ เมื่อการครุ่นคิดดีขึ้นจึงส่งผลให้หน้าที่บริหารจัดการของสมองดีขึ้นไปด้วยนั่นเอง

2. ประเมินผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นการประเมินผลการใช้โปรแกรมเบื้องต้นในสถานการณ์จริง โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิด และค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 62.67$) มีค่ามากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดหลังการทดลอง ($\bar{X} = 37.83$) และค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 19.89$) มีค่า

มากกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง ($\bar{X} = 17.19$) แสดงถึงโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีประสิทธิภาพในการลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล อภิปรายได้ว่า การดำเนินการตามโปรแกรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใน ครั้งที่ 1-6 ตั้งแต่การแบ่งปันประสบการณ์ด้วยความรัก¹⁵ การฝึกสติอยู่กับลมหายใจ^{9,10} การฝึกสติพื้นฐานส่งผลให้ไม่สะสมความเครียดระหว่างวัน^{10,11} การฝึกสติปล่อยวางความรู้สึก การฝึกสติปล่อยวางความคิด ช่วยให้สามารถปล่อยวางความรู้สึกและความคิดได้^{9,10} และการฝึกสติเมตตาจะช่วยลดการครุ่นคิดเกี่ยวกับตัวเองและคนอื่น¹⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาว่าการฝึกสติช่วยให้การครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลง¹⁴ นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาความสามารถหน้าที่บริหารจัดการของสมอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาว่าการฝึกสติช่วยพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองได้¹⁵ สรุปได้ว่า การบำบัดทางจิตโดยใช้สติบำบัด ส่งผลให้ช่วยลดการครุ่นคิด เมื่อไม่มีการครุ่นคิดรบกวนจึงส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่บริหารจัดการของสมอง เช่น ความจำ สมาธิ ความใส่ใจจดจ่อในสิ่งที่ทำ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดีขึ้นเพราะไม่ถูกรบกวนจากการครุ่นคิด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านนโยบาย ผู้บริหารทางการพยาบาลกำหนดเป็นแนวทางสำคัญในการลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้เป็นแนวทางในการลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ โดยการนำโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างสมบูรณ์จำเป็นต้องผ่านการอบรมและได้รับการรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระของกรมสุขภาพจิต
3. ด้านวิชาการ เป็นการศึกษาเบื้องต้น การศึกษาระยะต่อไปควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดในระยะ 3 เดือน และ 6 เพื่อประเมินประสิทธิผลของความคงทนของการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยซึมเศร้า
2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดในด้านการป้องกันการกำเริบและการกลับมาป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

References

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. Kamenov K, Twomey C, Cabello M, Prina A, & Ayuso-Mateos J. The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychological medicine* 2017; 47(3): 414-25.
3. Schwert C, Aschenbrenner S, Weisbrod M, & Schröder A. Cognitive impairments in unipolar depression: the impact of rumination. *Psychopathology* 2017; 50(5): 347-54.
4. Vilamart K, Haenjohn J, & Sirithadakunlaphat S. Development of Program for Promoting Executive Functions of the Brain by Neuro-Linguistic Programming for Secondary School Students with Internet Addiction. *Journal of Royal Army Nurses* 2021; 22(3): 237-46. (in Thai)
5. du Pont A, Rhee S, Corley P, Hewitt K, & Friedman P. Rumination and executive functions: Understanding cognitive vulnerability for psychopathology. *Journal of Affective Disorders* 2019; 256: 550-9.
6. Pan Z, Park C, Brietzke E, Zuckerman H, Rong C, Mansur R, & McIntyre R. Cognitive impairment in major depressive disorder. *CNS spectrums* 2019; 24(1): 22-9.
7. Pu S, Setoyama S, & Noda T. Association between cognitive deficits and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Scientific reports* 2017; 7(1): 1-6.
8. Pliankerd P. Depressive disorder: Nurse's role in nursing care. *Journal of Royal Army Nurses*. 2021; 15(1): 18-21. (in Thai)
9. Segal V, Williams M, & Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Second Edition. New York: Guilford Publications; 2018.
10. Wongphiromsant Y. Manual of Mindfulness base counseling. Bangkok: Beyond Publishing; 2020. (in Thai)
11. Wongsakorn P, Bunthumporn N, & Soonthornchaiya R. The Effects of A Mindfulness Based Practice on Stress Among Inmates. *Journal of Royal Army Nurses*. 2018; 15(1): 269-78. (in Thai)
12. Cladder-Micus M, Becker E, Spijker J, Speckens A, & Vrijzen J. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on a behavioural measure of rumination in patients with chronic, treatment-resistant depression. *Cognitive Therapy and Research* 2019; 43(4): 666-78.
13. Amiri M, Rabiei M, & Donyavi V. Effectiveness of mindfulness training in enhancing executivefunction and decreasing symptoms of depression and anxiety in patients with multiple sclerosis (MS). *Journal of behavioral and brain science* 2016; 6(8): 329-36.
14. Cladder-Micus B, Becker S, Spijker J, Speckens A, & Vrijzen N. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on a behavioural measure of rumination in patients with chronic, treatment-resistant depression. *Cognitive Therapy and Research* 2019; 43(4): 666-78.

15. Lam K, & Seiden D. Effects of a brief mindfulness curriculum on self-reported executive functioning and emotion regulation in hongkong adolescents. *Mindfulness* 2020; 11(3): 627-42.
16. Puapan S. Caring for Suffering Patients with Human Minds: Application of Theory Watson's Human Care Part 1. *Nursing Science Journal Christian University* 2015; 2(2): 139-50. (in Thai)
17. Thanoi W, Panitrat R, Phanchaoenworakul K, Thompson E, & Nityasuddhi D. The Adolescent Ruminative Response Scale (Thai version): Psychometric Properties. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2011; 29(3): 19-38.
18. Fox C, Mueller S, & Gray H, RaberJ, Piper B. Evaluation of a short-form of the Berg Card Sorting Test. *PloS one* 2013; 8(5): e63885.
19. Pattananonkiat Y, Kunkhamchoo P, Ruchirachakon S & Saetang S. A Guide to Research and Development of Mental Health Technology. Nonthaburi: Best Step Advertising; 2011. (in Thai)
20. Cocks, K., & Torgerson D. Sample size calculations for pilot randomized trials: a confidence interval approach. *Journal of clinical epidemiology* 2013 66(2), 197-201.