



ผลการปรับความคิดทางโทรศัพท์ที่ร่วมกับจิตบำบัด รายบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

อุจน์จิตร คุณนารักษ์, ศษ.ม.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการปรับความคิดทางโทรศัพท์ที่ร่วมกับจิตบำบัดรายบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 44 คน สุ่มอย่างง่ายตามอันดับเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลรักษาตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการปรับความคิดทางโทรศัพท์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ที่ร่วมกับจิตบำบัดรายบุคคลรวม 10 ครั้ง เครื่องมือคือแบบวัดภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังจบโปรแกรมและในระยะติดตามเดือนที่ 3, 6, 9 ด้วย multivariate analysis

ผล เมื่อสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มทดลองมี 17 คน กลุ่มควบคุม 16 คน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เพศหญิง อายุเฉลี่ย 35.1 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้างและเกษตรกร ส่วนกลุ่มควบคุมเพศชายและหญิงสัดส่วนเท่ากัน อายุเฉลี่ย 45.3 ปี สถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีประวัติซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในครอบครัว ก่อนได้รับโปรแกรมคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมในระดับปานกลาง ทั้งสองกลุ่มมีภาวะซึมเศร้ามลดลงตามเวลา กลุ่มทดลองมีแนวโน้มค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้ามลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญ

สรุป การบำบัดด้วยการปรับความคิดทางโทรศัพท์ที่ร่วมกับจิตบำบัดรายบุคคลช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้เมื่อให้ร่วมไปกับการรักษาตามปกติ โดยมีแนวโน้มคะแนนภาวะซึมเศร้ามต่ำกว่าการรักษาตามปกติ

คำสำคัญ : การปรับความคิด จิตบำบัดรายบุคคล ซึมเศร้า โทรศัพท์

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



Effectiveness of cognitive therapy via telephone with individual psychotherapy in major depression patients

Unjit Khunarak, Ed.M.

Abstract

Objective To study the effectiveness of cognitive therapy via telephone with individual psychotherapy on depression in patients with major depression.

Materials and methods There were forty-four patients with mild to moderate depression at outpatient department, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry selected by simple random sampling and divided into the experimental and control groups, Each group was comprised of 22 patients. The control group received usual care whereas the experimental group received cognitive therapy via telephone for 12 weeks with a total of 10 individual psychotherapy sessions and usual care. Depression Inventory assessment was applied to assess the level of depression. Descriptive statistics was used in general characteristics. Depression scores were compare among 5 periods, i.e., before and after the program and at 3rd, 6th, 9th month follow up respectively with multivariate analysis.

Results After program finished, there were 17 patients in experimental group and 16 patients in control group. In experimental group most of them were female, mean age was 35.1 years, married, employee and agriculturist. In the control group there was an equal proportion of male and female, average age 45.3 years, married, jobless. The majority of both groups had no history of depression and suicide in the family. Before entering the program, the average level of depression in the experimental group was similar to that of the control group. The depression scores of both groups decreased over time. The experimental group tended to decrease depression score than the control group but without significance.

Conclusion Cognitive therapy via telephone with individual psychotherapy reduced depression score when given in combination with usual care and tended to decrease depression scores than usual care.

Key words : cognitive therapy, depressive disorder, individual psychotherapy, telephone

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

โรคซึมเศร้ามีแนวโน้มสูงขึ้น ในประเทศไทย พบว่าปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 1.2 ล้านคน¹ และในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ คนไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน² ปัจจุบันพบความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทยร้อยละ 2.7 หรือประมาณ 1,700,000 คน เข้าถึงบริการร้อยละ 19 หรือ 330,000 คน³ ในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าอาจนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายได้ พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย 2.45 เท่าของผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง⁴ ภาวะซึมเศร้านอกจากส่งผลกระทบต่อตนเองแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวในการเป็นภาระดูแล ในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะอยู่ในอันดับ 2 ของการเป็นภาระโรค (global disability burden)⁵

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ประกอบด้วยการรักษาด้วยยาและจิตบำบัด โดยพบว่าการรักษาที่ให้ประสิทธิภาพเต็มที่มักจะเป็นการให้การรักษาร่วมกัน (combination treatment) ทั้งการรักษาด้วยยาและจิตบำบัด⁶ ซึ่งจิตบำบัดมีหลายวิธี ได้แก่ การให้คำปรึกษา (counseling) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem-solving therapy) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy) เป็นต้น การศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ⁷ การใช้แนวความคิดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาลดลงกว่าก่อนให้คำปรึกษา⁸ และจากการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัด

พฤติกรรมทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม⁹ และการให้คำปรึกษาตามแนวความคิดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศราร่วม พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม¹⁰ แสดงให้เห็นว่าการบำบัดโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดไปในทางบวกสามารถแยกแยะความคิดที่บิดเบือนได้ มีการศึกษาพบว่าบำบัดทางโทรศัพท์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (telephone CBT) ได้ผลในการลดภาวะซึมเศร่าดีกว่าการบำบัดทางโทรศัพท์แบบประคับประคองอารมณ์ (supportive emotion-focused therapy)¹¹ และการศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับโทรศัพท์ติดตามร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์จำนวน 8 ครั้ง มีภาวะซึมเศร่าดีขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการโทรศัพท์ติดตามตามปกติ¹²

เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับรักษาแบบผู้ป่วยนอก หากเป็นการนัดผู้ป่วยมาบำบัดต้องคำนึงถึงงบประมาณในการเดินทาง การขาดงานและเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ดังนั้นการบำบัดด้วยการปรับความคิดทางโทรศัพท์จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดภาวะซึมเศร้า การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการบำบัดด้วยการปรับความคิดทางโทรศัพท์ร่วมกับจิตบำบัดรายบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ธันวาคม ๒๕๕๓-กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรเพื่อการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย 2 ค่าที่เป็นอิสระต่อกัน

$$n/\text{group} = 2 [(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})\sigma/\Delta]^2$$

เมื่อ Δ = ค่าความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางปฏิบัติในคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนภาวะซึมเศร้าในแต่ละกลุ่ม จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁷ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ย(SD) ของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองเท่ากับ 18.2 (SD=4.9) และในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 23.6 (SD=6.0) ตามลำดับ ในการศึกษานี้จึงกำหนดให้ $\Delta=5$, $\sigma=5.5$ เมื่อกำหนดให้ $\alpha=.05$ (2-sided) และอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 จะได้ 19 คนต่อกลุ่ม เนื่องจากการศึกษานี้มีการติดตามผลหลายครั้งจึงคาดว่าจะมีผู้ออกจากกรวิจัยร้อยละ 10 ดังนั้นจะต้องเพิ่มเป็นกลุ่มละ 22 คน

กลุ่มตัวอย่างดำเนินการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการครั้งแรกมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางตามคะแนน Thai Depression Inventory และสุ่มอย่างง่ายตามอันดับเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน เกณฑ์คัดออกคือผู้ที่แพทย์เปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคอื่น

โปรแกรมการบำบัดโดยการปรับความคิดได้นำแนวคิดจากการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม¹⁴ และเทคนิคการปรับความคิด¹⁵ จากนั้นนำมาสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โดยผ่านการตรวจสอบและแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้บำบัดรายบุคคลโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพผ่านการเรียนรู้และการฝึกทักษะการบำบัด โปรแกรมการบำบัดความคิดทางโทรศัพท์ประกอบด้วย การบำบัด 10 ครั้ง เป็นการบำบัดรายบุคคลโดยพบผู้บำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอก 4 ครั้ง (ครั้งที่ 1, 4, 7 และ 10) และการบำบัดทางโทรศัพท์ 6 ครั้ง (ครั้งที่ 2, 3, 5, 6, 8 และ 9) ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 8 ห่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 9 และ 10 ห่างกัน 2 สัปดาห์ การบำบัดรายบุคคลกับผู้บำบัดโดยตรง จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที มีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ให้ความรู้เกี่ยวกับ ABC model คือ ความคิดส่งผลต่ออารมณ์และแสดงออกเป็นพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางด้านลบและฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ทางบวกที่เป็นไปได้จริง สรุปผลดีของการคิดบวกที่เป็นไปได้จริงและการนำไปใช้เมื่อเกิดอารมณ์ซึมเศร้าขณะอยู่ที่บ้าน

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ให้ผู้รับการบำบัดบอกเล่าสิ่งที่จัดบันทึกความรู้สึก/อารมณ์ ที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมได้ตามเป้าหมายที่วางไว้และความคิดที่เกิดขึ้นมาจากความรู้สึก/อารมณ์ที่เปลี่ยนไปของสัปดาห์ที่ผ่านมา สอนให้ผู้รับการบำบัดใช้เทคนิคพูดกับตนเอง (self-talk) โดยถ้ามีความคิดทางลบ ให้พูดกับตนเอง ให้กำลังใจตนเองหรือเตือน

ตนเอง เปิดโอกาสให้ซักถามและมอบหมายให้ผู้รับการบำบัดจดบันทึกความคิดทั้งทางลบและบวกที่เกิดขึ้น และผลจากการใช้เทคนิคพูดกับตนเองในแต่ละวัน

ครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 8) ให้ผู้รับการบำบัดบอกเล่าสิ่งที่จดบันทึกพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ความรู้สึก/อารมณ์ และความคิดที่เกิดขึ้นจากการทำพฤติกรรม ให้เห็นความเชื่อมโยงกันระหว่างความคิด อารมณ์/ความรู้สึกและพฤติกรรม เปิดโอกาสให้ซักถามและมอบหมายให้ผู้รับการบำบัดจดบันทึกความคิด ความรู้สึก/อารมณ์ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นประจำวันและพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเหตุการณ์

ครั้งที่ 10 (สัปดาห์ที่ 12) ให้ผู้รับการบำบัดบอกเล่าสิ่งที่จดบันทึกพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ความรู้สึก/อารมณ์และความคิดที่เกิดขึ้นจากการทำพฤติกรรม ให้เห็นความเชื่อมโยงกันระหว่างความคิด อารมณ์/ความรู้สึกและพฤติกรรม ทบทวนเทคนิคการคิดบวกที่เป็นไปได้จริงและเทคนิคการพูดกับตนเอง เปิดโอกาสให้ซักถามและจบการบำบัดพร้อมนัดหมายครั้งต่อไป อีก 3, 6 และ 9 เดือนเพื่อขอความร่วมมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า

สำหรับการบำบัดทางโทรศัพท์ 6 ครั้ง ครั้งที่ 2, 3, 5, 6, 8 และ 9 เป็นการโทรศัพท์ประเมินความคิดมาตัวตาย การรับประทานยาต่อเนื่องและติดตามผลการทำบ้านครั้งละ 30 นาที ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การรักษาด้วยยา การให้ข้อมูลขั้นตอนการรับบริการและคำแนะนำในการรับประทานยาต่อเนื่อง และพบแพทย์ตามนัดการบำบัดใช้ระยะเวลา 3 เดือน

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา สถานภาพ

ทางการเงิน อาการและสาเหตุที่มารักษา ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวและประวัติมาตัวตายในครอบครัว แบบสอบถามในส่วนที่ 1 ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และมีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ให้ผู้ป่วยตอบเองฉบับภาษาไทย (Thai Depression Inventory)¹⁶ มี 20 ข้อคำถาม แต่ละข้อให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 แบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระดับคือ คะแนน 0-20 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 21-25 คะแนนภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 26-34 คะแนน ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 35 คะแนน ขึ้นไปภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังให้โปรแกรมและในระยะติดตามเดือนที่ 3, 6, 9 แบบสอบถามในส่วนที่ 2 ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ Cronbach's alpha ได้ค่าความสอดคล้องภายในแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนาและเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังจบโปรแกรมและในระยะติดตามเดือนที่ 3, 6, 9 ระหว่าง 2 กลุ่มด้วย multivariate analysis การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดกลุ่มละ 22 คน แพทย์เปลี่ยนการวินิจฉัยไปจากเดิมกลุ่มละ 1 คน และมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามได้ เมื่อสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มทดลองมี 17 คน กลุ่มควบคุม 16 คน

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เพศหญิง อายุเฉลี่ย 35.1 ปี (SD=10.3) สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้างและเกษตรกร ส่วนกลุ่มควบคุมเพศชายและหญิงสัดส่วนเท่ากัน อายุเฉลี่ย 45.3 ปี (SD=12.3) สถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ พบว่าอาการนำที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมาได้รับการรักษา คือ ซึมเศร้า/ท้อแท้ ร้องลงมากคือเครียด สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองเกิดจากครอบครัวและปัญหาความรัก ขณะที่กลุ่มควบคุมคิดว่าสาเหตุเกิดจากครอบครัว ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีประวัติซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในครอบครัวดังตารางที่ 1

ก่อนได้รับโปรแกรมทั้งสองกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางใกล้เคียงกัน (ค่าเฉลี่ย=29, 29.1 SD=4.7, 6.1) เมื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและ

หลังให้โปรแกรมและในระยะติดตามเดือนที่ 3, 6, 9 พบว่าทั้งสองกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าลดลงตามเวลาเหมือนกัน (p-value ของ interaction ระหว่างกลุ่มและเวลา=0.56) โดยที่ไม่มีความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม (p-value ของกลุ่ม=0.46) เมื่อเวลาผ่านไปภาวะซึมเศร้าจะลดลง (p-value ของเวลา < .01) ดังตารางที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีคะแนนซึมเศร้าลดลง 15 คน คะแนนซึมเศร้าเท่าเดิม 2 คน เปลี่ยนระดับจากซึมเศร้าปานกลางเหลือเล็กน้อย 5 คน ไม่มีภาวะซึมเศร้า 12 คน ในขณะที่กลุ่มควบคุมคะแนนซึมเศร้าลดลง 13 คน เพิ่มขึ้น 3 คน เปลี่ยนระดับจากซึมเศร้าปานกลางเหลือเล็กน้อย 2 คน ระดับซึมเศร้าปานกลางเท่าเดิม 2 คน ระดับซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นระดับรุนแรง 2 คน ไม่มีภาวะซึมเศร้า 10 คน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	จำนวน	
	กลุ่มทดลอง (n=17)	กลุ่มควบคุม (n=16)
อาการที่มารักษา		
ซึมเศร้า/ท้อแท้	5	5
เครียด	5	5
ปวดศีรษะ	4	1
นอนไม่หลับ	3	3
กังวล	0	1
ปัญหาที่เป็นต้นเหตุ		
ครอบครัว	4	7
งาน	3	1
ปัญหาความรัก/แฟน	5	1
สูญเสียคนใกล้ชิด/คนรัก	2	2
การเรียน	1	0
เพื่อนบ้าน	2	0
สุขภาพ	0	1
ไม่แน่ใจ	0	4

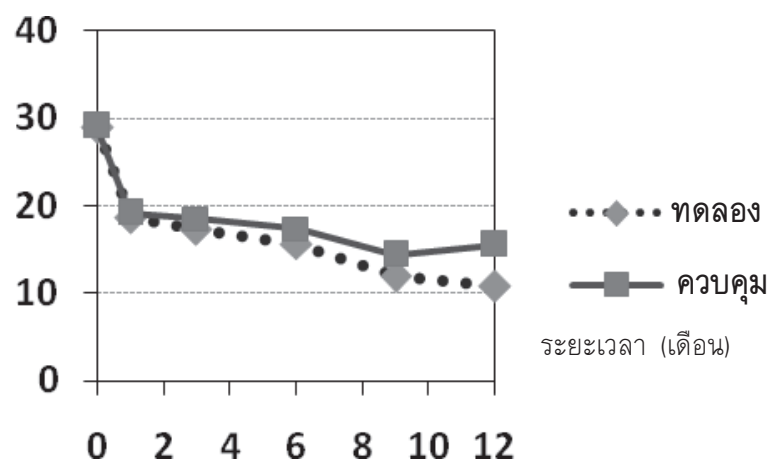
ตารางที่ 1 ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

	จำนวน	
	กลุ่มทดลอง (n=17)	กลุ่มควบคุม (n=16)
ประวัติซึมเศร้าในครอบครัว		
มี	6	4
ไม่มี	11	12
ประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว		
มี	0	2
ไม่มี	17	14

ตารางที่ 2 ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	คะแนนภาวะซึมเศร้า : ค่าเฉลี่ย (SD)					
	ก่อนได้โปรแกรม	ระหว่างได้โปรแกรม 1 เดือน	ขณะได้โปรแกรม 3 เดือน	หลังจบโปรแกรม 3 เดือน	หลังจบโปรแกรม 6 เดือน	หลังจบโปรแกรม 9 เดือน
กลุ่มทดลอง (n=17)	29.0 (4.7)	18.7 (9.7)	17.4 (9.0)	15.7 (8.3)	11.9 (9.1)	10.8 (7.9)
กลุ่มควบคุม (n=16)	29.1 (6.1)	19.1 (10.2)	18.5 (11.2)	17.4 (11.2)	14.4 (10.4)	15.5 (9.5)

ค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้า



วิจารณ์

กลุ่มทดลองเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ในขณะที่กลุ่มควบคุมสัดส่วนผู้ชายเท่ากับผู้หญิง เนื่องจากสัดส่วนที่ผู้หญิงมารับบริการและแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามีจำนวนมากกว่าผู้ชาย และพบว่าบางช่วงเวลาอัตราการมารับบริการผู้หญิงจะมากกว่า ดังนั้นเมื่อสุ่มอย่างง่ายตามลำดับที่มารับบริการโดยไม่ได้นำเรื่องเพศ จึงพบว่าสัดส่วนจำนวนผู้หญิงในกลุ่มทดลองมากกว่าผู้ชาย และระดับความชุกของโรคซึมเศร้ามักจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยความชุกของโรคซึมเศร้าในเพศหญิงสูงเป็น 2 เท่าของความชุกในเพศชาย⁶

ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังให้โปรแกรมพบว่าลดลงทั้งสองกลุ่มตั้งแต่เดือนที่ 1 และความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบได้ตั้งแต่เดือนที่ 6 (หลังจบโปรแกรม 3 เดือน) แตกต่างอย่างชัดเจนในเดือนที่ 9 (หลังจบโปรแกรม 6 เดือน) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าระยะเวลาเฉลี่ยที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ 2 สัปดาห์¹⁷ และการดำเนินของโรคซึมเศร้าหากได้รับการรักษาจะค่อยๆ ดีขึ้น และเห็นผลตอบสนองต่อยาชัดเจนเมื่อได้รับยาไปแล้วเป็นระยะเวลาประมาณ 3 เดือน¹⁸ ดังนั้นเมื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้พบว่าลดลงทั้งสองกลุ่มในระดับที่ไม่แตกต่างกัน น่าจะเป็นผลของการรักษาด้วยยาที่ได้รับควบคุมไปด้วยทั้งสองกลุ่ม

ผลการศึกษาที่พบว่าภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามหลังจบโปรแกรมเดือนที่ 6 และในเดือนที่ 9 คะแนนซึมเศร้ากลุ่มควบคุมมีแนวโน้มสูงขึ้น แสดงว่าการบำบัดด้วยการปรับความคิดทางโทรศัพท์ร่วมกับ

จิตบำบัดรายบุคคลช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ในระยะยาว เมื่อให้ร่วมไปกับการรักษาด้วยยา สอดคล้องกับการศึกษาการปรับความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีอาการ multiple sclerosis¹⁹ การบำบัดทางโทรศัพท์ระหว่างการปรับความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์และการบำบัดทางอารมณ์ทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹¹ จิตบำบัดและการจัดการดูแลทางโทรศัพท์แบบมีโครงสร้างด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม¹² การปรับความคิดและพฤติกรรมทางอินเทอร์เน็ตภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการตามปกติเมื่อติดตามไป 6 เดือน²⁰ และการศึกษาที่นำร่องด้วยการปรึกษาทางโทรศัพท์ต่อการรักษาโรคซึมเศร้าในระบบการดูแลปฐมภูมิ พบว่าอาการซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญเมื่อติดตามไป 3 และ 6 เดือน²¹

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อาจอธิบายได้ว่าผู้ที่ซึมเศร้ามักมีความคิดทางลบกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต¹⁸ และเป็นความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง หากได้รับการฝึกปรับความคิดที่ถูกต้องตามความเป็นจริงแล้ว อารมณ์/ความรู้สึกที่ตามมาย่อมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมหรือการแสดงออกในทางที่ดีขึ้นเช่นเดียวกัน ซึ่งเมื่อมีการติดตามในระยะยาวทำให้กลุ่มทดลองภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มลดลงมากกว่า

การศึกษารังนี้เป็นการปรับความคิดทางโทรศัพท์ซึ่งมีข้อจำกัดในการประเมินสีหน้า ท่าทางการแสดงออกของคู่สนทนา และการไม่ได้เก็บข้อมูลเรื่องยาที่ทั้งสองกลุ่มได้รับ ดังนั้นความแตกต่าง

ระหว่างกลุ่มที่พบจึงอาจเป็นเพราะได้รับยาไม่เหมือนกันก็ได้ ผลการศึกษาครั้งนี้ควรได้รับยืนยันโดยการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการควบคุมปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อการรักษา และทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วยขนาดใหญ่กว่านี้

ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจนำการบำบัดด้วยการปรับความคิดทางโทรศัพท์มาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอก โดยควรประยุกต์การให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไปร่วมกับที่ประเมินแล้วว่ามีโอกาสที่จะรักษาไม่ต่อเนื่อง หากให้บริการทุกรายที่มีภาวะซึมเศร้าอาจเป็นการเพิ่มภาระผู้ให้บริการมากเกินไป

สรุป

การบำบัดด้วยการปรับความคิดทางโทรศัพท์ที่ร่วมกับจิตบำบัดรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ แผนกผู้ป่วยนอกมีประสิทธิภาพต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากการให้ข้อมูลขั้นตอนการรับบริการและคำแนะนำในการรับประทานยาต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัดในระยะเวลา 3 เดือนแรก แต่ในระยะยาวค่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มลดลงมากกว่า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสภาการพยาบาลที่สนับสนุนงบประมาณการวิจัย

References

1. Siriwanarangsarn P, Kongsuk T, Arunpongpan S, Kittirattanaapaiboon P, Charatsingh A. Prevalence of psychiatric disorders in Thailand: a national survey in 2003. J Ment Health Thai 2004;12:177-88.
2. Kongsuk T, Arunpongpan S, Pengjan W, Kanbubpha K, Kittirattanaapaiboon P, Yingyeen R et al. Reported results for the systematic surveillance of depression care in 2008. Ubonratchathani: Siritamoffset; 2008.
3. Department of Mental Health. Direction of mental health policy implementation in 2013-2016. Available from <http://www.plan.dmh.go.th/forums>. [19 Sep 2012]
4. Khunarak U, Jareonrat N. The factors influencing suicidal attempt of patients in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Thai J Nurs 2008;57:58-71.
5. Reddy MS. Depression: The disorder and the burden. J Psychol Med 2010;32:1-2.
6. Leuboonthavatchai O, Leuboonthavatchai P. Psychosocial treatment for depression. Bangkok: Thanaplace; 2000.
7. Supakul K, Leuboonthavatchai O, Sunthonchaiya R. The effect of cognitive behavior therapy program on depression of patients with major depressive disorder. J Psychiatr Nurs and Ment Health 2007;21:79-89.
8. Grityawan S. The development of an individual counseling model adopting cognitive behavior theories for nursing students with depression. [Thesis]. Khon-kaen: Khon-kaen University; 2005.
9. Mookhao S. The effect of cognitive of cognitive behavior therapy program on depression of patient with major depressive disorder. Thai J Nurs Council 2011;26:126-36.
10. Chouykhumchoo A. The effects of group counseling emphasizing cognitive behavioral restructuring on depressive symptoms and psychological self-care behaviors in patients with chronic medical illness and depressive disorder. Thai J Nurs Council 2011;26:70-81.
11. Mohr DC, Hart SL, Julian L, Catledge C, Honos-Webb L, Vella L, et al. Telephone-administered psychotherapy for depression. Arch Gen Psychiatry 2005;62:1007-14.

12. Simon GE, Ludman EJ, Tutty S, Operskalski B, Korff MV. Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: title and subtitle break a randomized controlled trial. JAMA 2004;292:935-42.
13. Beck AT, Rush AJ, Shar BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford; 1979.
14. Stuart GW. Cognitive behavioral treatment strategies. In: Stuart GW, Laraia MT, editor. Principle and practice of psychiatric nursing. St.Louis: Elsevier Mosby; 2005.
15. Lotrakul M, Sukanich P. Development of the Thai Depression Inventory. J Med Asso Thai 1999;20:17-9.
16. Department of Mental Health. Guidelines for medical management of depression in General practice primary care and secondary. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2010.
17. Aekwarangkoon S. Get to know, understand, take care:depression. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010.
18. Mohr DC, William L, Andrew B, Donald EG, Judy VW, Pat D et al. Telephone-administered cognitive-behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis. J Consult Clin Psychol 2000;68:356-61.
19. Farrer L, Christensen H, Griffiths KM, Mackinnon A. Internet-based CBT for depression with and without telephone tracking in a national helpline: randomised controlled trial. PLoS One 2011;6:e28099.doi:10.1371/journal.pone.0028099.
20. Tutty S, Simon G, Ludman E. Telephone counseling as an adjunct to antidepressant treatment in the primary care system. A pilot study. Eff Clin Pract 2000;3:170-8.