วารสารแพทย์นาวี
Royal Thai Navy Medical Journal

ผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The Effect of Mindful Self-Compassion Training Program on Depression in Persons with Depressive Disorder

จินดามาศ ชีมหาสัจคุณ* เพ็ญพักตร์ อุทิศ**
Jindamas C-Maharsujchakuen,* Penpaktr Uthis**
* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
* Corresponding Author: c_jindamas@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ 2) อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางบัวทอง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ด้วย เพศ และระดับคะแนนอาการซึมเศร้า และถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชุด คือ 1) เครื่องมือทดลอง คือ โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และ 3) เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติทดสอบค่าที (t-test)

Received: December 17, 2018; Revised: April 2, 2019; Accepted: April 2, 2019

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ อาการซึมเศร้า โรคซึมเศร้า

Abstract

This research is a quasi-experimental pretest-posttest control group design. The objectives were to compare: 1) depressive symptoms of patients with depressive disorder before and after received mindful self-compassion training program, and 2) depressive symptoms of patients with depressive disorder who received mindful self-compassion training program and those who received regular nursing care. The samples of 40 adult patients with depressive disorder, who met the inclusion criteria, were receiving services in out-patients department, Bang Bua Thong Hospital. They were matched-pairs by sex and severity of depression and then randomly assigned to either the experimental or control groups, 20 subjects in each group. The experimental group received the mindful self-compassion training program, while the control group received the regular nursing care. Research instruments comprised of: 1) the experimental tool is mindful self-compassion training program, 2) data collection tools including demographic data form and Beck Depression Inventory Scale (BDI), and 3) the experimental monitoring tool is Ruminative Response Scale. The content validity of all instruments had verified by 5 professional experts. The Beck Depression Inventory Scale (BDI), and the Ruminative Response Scale had Cronbach's alpha reliability as of 0.87 and 0.84, respectively. Descriptive statistics and t-test were used in data analysis.

The conclusions of this research were as follows:

1) the depression score of persons with depressive disorder after received the mindful self-compassion training program was significantly lower than that before at the .05 level.

2) the depression score of persons with depressive disorder after received the mindful self-compassion training program was significantly lower than those who received regular nursing care at the .05 level.

Keywords : mindful self-compassion, depressive symptoms, depressive disorder

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) เป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุขในปัจจุบันรวมถึงการคาดการณ์ในอนาคตทั้งของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยองค์การอนามัยโลก[1] ได้ประมาณการจากข้อมูลช่วงปี 2000 ถึงปี 2015 มีประชากรกว่า 300 ล้านคนที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าร้อยละ 4 ของประชากรโลก สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีประชากรไทยถึง 1.5 ล้านคน ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน คือ 25 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 62[2] นอกจากนี้จากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) มีรายงานว่าอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้า (Incidence rate) ของจังหวัดนนทบุรีในปี พ.ศ. 2557 - 2558 พบในอัตรา 766 และ 639 คน ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สำหรับอำเภอบางบัวทองพบอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้า 444 และ 474 คน ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[3]

โรคซึมเศร้า (Depression or Major depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่จัดอยู่ในกลุ่มของความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมีอาการสำคัญ ได้แก่ ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ท้อแท้ หมดหวัง เซื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด[4] โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการผิดปกติ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ เช่น รู้สึกหดหู่ตลอดวัน รู้สึกเศร้า ด้านทางกาย (Neurovegetative) เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ด้านการเคลื่อนไหว (Psychomotor) เช่น อาการเชื่องช้า ซึม และด้านรู้คิด (Cognition) เช่น สมาธิแย่ลง มองโลกและชีวิตของตนเองในแง่ลบ[5] เป็นต้น ส่วนรูปแบบความคิดของคนที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการคิดในทางด้านลบ 3 ลักษณะ คือ มีความคิดทางลบต่อตนเอง ความคิดทางลบต่อประสบการณ์ และความคิดทางลบต่ออนาคต มีได้หลายระดับตั้งแต่ระดับปกติซึ่งอาการจะมีน้อยๆ เริ่มจากรู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ แต่ยังอยู่ในภาวะปกติได้ และจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไข

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ในวัยผู้ใหญ่ยังพบว่ามีในเรื่องของการทำงานเข้ามาเกี่ยวข้อง รวมถึงเรื่อง เพศ อายุ และสถานภาพสมรส 2) ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) เช่น มีประวัติของคนในครอบครัวที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือทางพันธุกรรม (Genetic factors) ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทและฮอร์โมน 3) ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factor) เช่น การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี พลวัตทางจิต(Intrapsychic or Psychodynamic factor) ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึกผิด (Cognitive factor) การรับรู้ความเครียด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การจัดการสิ่งเร้าภายในจากการประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังซ้ำๆ (Repeated failures and disappointments) ทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง จนนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้าได้ อีกทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะมีความคิดในลักษณะการย้ำคิดถึงเรื่องเดิมๆ เป็นเวลานานๆ จนทำให้ความเพลิดเพลินใจลดลง ส่งผลให้อาการซึมเศร้าอยู่ต่อเนื่องหรือเป็นมากขึ้น (Behavioral factor) และสัมพันธภาพและสังคม

เช่น ความขัดแย้งระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม[4,7]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความคิดแบบ “หมกมุ่นครุ่นคิด” (Ruminative thought) เป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุด โดยทฤษฎีรูปแบบการตอบสนอง (The response styles theory) ระบุว่า “Ruminative thought” ซึ่งเป็นลักษณะความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อภาวะเครียดหรือกดดันด้วยความคิดในรูปแบบเดิมซ้ำๆ คือ มีการคิดแบบยึดติด คิดหมกมุ่นหรือคิดวนเวียนอยู่กับความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง โดยไม่มีการลงมือแก้ไขปัญหาแต่อย่างใด ความคิดในลักษณะนี้จึงเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้[8,9] สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า Ruminative thought เป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในผู้ป่วยรายใหม่และอาการที่คงอยู่แม้จะได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าแล้วในผู้ป่วยรายเก่า[10,11] สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่า Ruminative thought เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดอาการซึมเศร้า[12] และยังพบว่าความคิดในรูปแบบนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายังมีอาการซึมเศร้าคงอยู่หรือเกิดการกำเริบซ้ำได้ และสามารถทำนายอาการซึมเศร้าในอนาคตที่จะเกิดขึ้นได้[13]

แม้ว่า Ruminative thought จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่อธิบายสาเหตุของอาการซึมเศร้าโดยใช้ทฤษฎีทางความคิด (Cognitive theorists) ซึ่งกล่าวว่า อาการซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ[6] พบเพียงการศึกษาที่มีการนำปัญหา Ruminative thought มาอธิบายกลไกการเกิดอาการซึมเศร้าและเสนอแนวทางการบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการจัดการกับความคิดในลักษณะนี้ โดยใช้การปรึกษาแนวพุทธธรรม[14] ซึ่งผู้วิจัยสนใจแก้ไขปัญหา Ruminative thought ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงได้ทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ และพบว่าแนวคิด “ความกรุณาตนเอง” (Self-compassion)[15] สามารถนำมาใช้บำบัดเพื่อแก้ไขรูปแบบการตอบสนองซึ่งเป็นความคิดด้านลบนี้ได้และส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง[16,17] นอกจากนี้ พบว่าความกลัวที่จะให้ความกรุณาต่อตนเองทำให้บุคคลเกิดการวิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิตนเอง และพบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความกรุณาในตนเอง ดังนั้นผลการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศจึงได้ข้อสรุปที่สอดคล้องกันว่า ความกรุณาตนเองเป็นเป้าหมายของการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับคนที่ทุกข์ทรมานจากมุมมองของตัวเองในแง่ลบ ดังเช่นรูปแบบความคิดในลักษณะ “Ruminative thought” ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้[19] สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Macbetha & Gumleya[20] ซึ่งทำการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดตามแนวคิดความกรุณาตนเอง พบว่าการบำบัดตามแนวคิดนี้มีอิทธิพลขนาดใหญ่ (A large effect size) ในการลดอาการและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

เนื่องจาก Neff & Germer[21] ได้มีการนำการเจริญสติตามแนวทางในพระพุทธศาสนามาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมให้คนเกิดความกรุณาตนเอง และมีอาการซึมเศร้าลดลงในที่สุด ผู้วิจัยจึงนำหลักของพระพุทธศาสนามาใช้ในการอธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมนี้ต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้นในการช่วยให้คนเกิดความกรุณาตนเอง (Self-compassion) จำเป็นต้องมีความ

เมตตาตนเอง (Self-kindness) เป็นพื้นฐาน โดยเริ่มจากการให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบริหารจัดการความคิดตัวเองอย่างเป็นระบบ เพื่อขจัดความหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative thought) ที่นำมาซึ่งอาการซึมเศร้า (Depressive symptoms) ด้วยการฝึกให้ผู้ป่วยยอมรับ และเข้าใจในอาการป่วยของตนเอง (Perception of common humanity) ด้วยวิธีเมตตาตนเอง (Self-kindness) จากนั้นพัฒนาไปสู่การเกิดความกรุณาตนเอง (Self-compassion) ด้วยวิธีดับทุกข์ที่เรียกว่าสมถภาวนา (Concentration development) โดยใช้หลักการนั่งสมาธิ (Meditation) เพื่อลดอาการซึมเศร้า หลังจากนั้นจึงให้ผู้ป่วยบริหารจัดการความคิดเพื่อขจัดความหมกมุ่นครุ่นคิด โดยใช้สติ (Mindfulness) ในการควบคุมสิ่งที่จะเข้ามาในความคิด (เวทนา) รวมทั้งบริหารจัดการความคิดที่มีอยู่เดิม (สัญญา) ว่าความคิดใดที่คิดแล้วไม่สามารถหาคำตอบได้ (วิตกที่วิจารณ์ไม่ได้) ก็ให้ระวังด้วยวิธีทางธรรมที่เรียกว่า สังวรปธาน (ในการใช้เวทนาและจิต ในมหาสติปัฏฐาน 4) รวมทั้งให้ทิ้งความคิดที่เคยมีอยู่เดิม (สัญญา) ที่ไม่สามารถหาคำตอบได้ ด้วยวิธีทางธรรมที่เรียกว่าปหานปธาน (ในการใช้ธรรม ในมหาสติปัฏฐาน 4) ซึ่งการนำหลักทางพุทธศาสนามาอธิบายให้เห็นความเชื่อมโยงดังกล่าวช่วยชี้ให้เห็นว่าการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ จะทำให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองให้เสมือนหนึ่งเป็นหมอที่รักษาความหมกมุ่นครุ่นคิด และอาการซึมเศร้าได้ด้วยตัวเอง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคซึมเศร้าได้ อีกทั้งช่วยป้องการกลับเป็นซ้ำได้ในที่สุด[22]

จากเหตุผลดังข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการประยุกต์จากโปรแกรม Mindful Self-Compassion (MSC) ตามแนวคิดของ Neff & Germer[21] เพื่อใช้ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นแก้ไขรูปแบบการคิดในลักษณะการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative thought) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้การฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง มีสติอยู่กับปัจจุบัน และเกิดการยอมรับ ไม่ตัดสินวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง แต่มองตนเองด้วยความเมตตา เข้าใจและยอมรับตนเอง (Self-kindness) ไม่เกิดความรู้สึกแปลกแยก โดดเดี่ยว แต่มองเข้าใจในความเป็นมนุษย์ปุถุชนรับรู้ประสบการณ์ที่มีว่าเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ (Common humanity) และมีสติระลึกตัวอยู่เสมอ (Mindfulness) คือเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ หรืออารมณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ก็จะเกิดการรับรู้และเข้าใจไม่ไปผูกเชื่อมโยงหรือจมดิ่งไปกับความหมกมุ่นครุ่นคิดนั้น โดยขาดหลักการใช้เหตุผล โดยเลือกศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยคาดว่าการบำบัดในรูปแบบนี้น่าจะเหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย และช่วยให้ผู้ป่วยมีความกรุณาต่อตนเองมากขึ้น มีความคิดยึดติด คิดหมกมุ่นหรือคิดวนเวียนอยู่กับความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเองลดลง จนส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง และทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติหรือไม่

2. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ โดยใช้แนวคิดของ Neff & Germer[21] เพื่อจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิดที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าโดยใช้หลักการเข้าใจ ยอมรับตนเอง (Self-kindness) รับรู้ว่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ (Common humanity) และมีสติระลึกตัวอยู่เสมอ (Mindfulness) บนพื้นฐานการเจริญสติ โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ

2. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลบางบัวทอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุ 20 - 59 ปี ทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 40 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก G*Power 3.1.9.2 ของมหาวิทยาลัย Heinrich Heine-Universität Düsseldorf[23] โดยนำค่า Effect size = .86 จากการศึกษาของ Neff & Germer[21] เรื่อง A pilot study and Randomized controlled trial of the Mindful Self-Compassion program มาร่วมในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง Actual power คือ 0.81 ได้เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มควบคุม 18 คน ที่ระดับนัยสำคัญ .05 แต่เนื่องจากผู้วิจัยต้องป้องกันการ drop out ของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) ด้วยเพศ และระดับคะแนนอาการซึมเศร้า คือ ตั้งแต่ระดับน้อย (10 - 15 คะแนน) ระดับปานกลาง (16 - 19 คะแนน) ระดับมาก (20 - 29 คะแนน) ไม่เคยฝึกการเจริญสติเป็นกิจวัตร สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ทั้งการอ่าน พูด และเขียน ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยิน และการมองเห็น และยินยอมเข้าร่วมด้วยความเต็มใจ เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีอาการทางจิต หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด 2) มีประวัติของโรคสมองกล่าวคือ การทำหน้าที่การรู้คิดผิดปกติ 3) ถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์จาก โปรแกรม Mindful Self-Compassion (MSC)[21] เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดองค์ประกอบ 3 ด้านของความกรุณาตนเอง ดังนี้ 1) ความเมตตาต่อตนเอง 2) ความเข้าใจความเป็นมนุษย์ปุถุชน และ 3) การเจริญสติ ทำให้สามารถแยกแยะและควบคุมรูปแบบการคิดที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นความคิดยึดติดด้านลบ การ

คิดวนเวียนเกี่ยวกับการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (Ruminative thought) ได้ดีขึ้น[18] ในโปรแกรมจะถูกออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ประกอบไปด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการให้ความรู้ความสำคัญของความกรุณาตนเอง (Self-compassion) 2) การให้ความรู้และการเจริญสติด้วยสมาธิ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด 3) การฝึกเจริญสติขั้นพื้นฐาน การฝึกวิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิด และการฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน 4) การฝึกเจริญสติเพื่อให้ตามรู้ในการงานที่ดำรงอยู่ การจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยการค้นหาเสียงความกรุณาของตนเอง 5) การฝึกเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย การรู้ทันความหมกมุ่นครุ่นคิด 6) การฝึกเจริญสติด้วยการเมตตาตนเองและให้อภัย ปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด การจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยากและการเบี่ยงเบนอารมณ์ที่ยุ่งยาก 7) การฝึกเจริญสติด้วยการแผ่เมตตา การฝึกแก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดโดยการฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) และ 8) การฝึกเจริญสติและประสบการณ์ที่เรียนรู้และทบทวนทักษะทั้งหมด ในการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด สรุปกิจกรรม และยุติการทำกลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ คือ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์และบทบาทในครอบครัว ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรักษา ประวัติใช้สารเสพติด ประสบการณ์การฝึกการเจริญสติ และ 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory: BDI) เป็นแบบวัดที่มีมาตรฐานและใช้อย่างแพร่หลายได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย[24] แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ โดยในแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และทางกาย 6 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน ซึ่ง 15 ข้อแรก จะเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อหลัง เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ในส่วนของการคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 21 โดยคะแนนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงที่สุด คือ 63 คะแนน สำหรับการแปลผลแบ่งเป็นระดับคะแนนอาการซึมเศร้าดังนี้ 0 - 9 คะแนน อยู่ในช่วงคนปกติ (Normal range) 10 - 15 คะแนน ระดับน้อย (Mild depression) 16 - 19 คะแนน ระดับปานกลาง (Mild moderate depression) 20 - 29 คะแนน ระดับมาก (Moderate severe depression) 30 - 63 คะแนน ระดับรุนแรง (Severe depression)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS)[8] เป็นแบบวัดที่มีมาตรฐานและใช้อย่างแพร่หลายในประเทศตะวันตก เนื่องจากเป็นแบบวัดที่พัฒนามาจากทฤษฎีที่เป็นพื้นฐาน เครื่องมือนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย[25] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ที่บ่งบอกถึงการตอบสนองทางความคิดของบุคคลต่อสภาวะอารมณ์เชิงลบ แต่ละข้อคำถาม มีลักษณะเป็นมาตรวัด 4 ระดับ

มีคะแนน 1 - 4 คะแนน ดังนี้ เกือบจะไม่เคยเลย ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน, บางครั้งให้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน, บ่อยครั้ง ให้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน, เกือบจะสม่ำเสมอให้คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

ภาวะซึมเศร้า (Depression related) ประกอบด้วยข้อคำถามข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 19, 22

การครุ่นวิตก (Blooding) ประกอบด้วยข้อคำถามข้อ 5, 10, 13, 15, 16

การสะท้อนความคิด (Reflect) ประกอบด้วยข้อคำถามข้อ 7, 11, 12, 20, 21

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ 3 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย[24] 2) แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ฉบับภาษาไทย[25] 3) โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการประยุกต์จากโปรแกรม Mindful Self-Compassion (MSC)[21] ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ซึ่งผลการตรวจสอบพบค่า CVI = 1, 1 และ 1 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โดยทดลองใช้กิจกรรมการบำบัดครบทั้ง 8 ขั้นตอน/ 8 ครั้ง ตามเนื้อหาของโปรแกรมเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติไปใช้ในแง่ของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

การตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้แบบสอบถามนี้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นนำผลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับการการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ เท่ากับ 0.87 และ 0.84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เอกสารรับรองการประชุม 3/2560 และได้รับอนุมัติจริยธรรมเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระยะเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2560 โดยผู้วิจัยสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแล้วทำการนัดหมายเพื่อขอเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการตอบแบบสอบถามและให้เซ็นใบ

ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีให้ความร่วมมือ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 ที่เข้ารับการบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางบัวทอง มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการประเมินระดับคะแนนอาการซึมเศร้าแบ่งเป็นระดับน้อย (10 - 15 คะแนน) ถึงระดับมาก (20 - 29 คะแนน) และดำเนินขั้นตอน ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการทำแบบประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติของแผนกผู้ป่วยนอก และได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 4 พร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. กลุ่มทดลอง ได้ทำแบบประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) ด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า และแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) และได้รับการบำบัดแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ครั้งละ 90 นาที ทั้งหมด 8 ขั้นตอน/ 8 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการให้ความรู้ความสำคัญของความกรุณาตนเอง ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และการเจริญสติด้วยสมาธิ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด ขั้นตอนที่ 3 การฝึกเจริญสติขั้นพื้นฐาน การฝึกวิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิด และการฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน ขั้นตอนที่ 4 การฝึกเจริญสติเพื่อให้ตามรู้ในการงานที่ดำรงอยู่ การจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยการค้นหาเสียงความกรุณาของตนเอง ขั้นตอนที่ 5 การฝึกเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย การรู้ทันความหมกมุ่นครุ่นคิด ขั้นตอนที่ 6 การฝึกเจริญสติด้วยการเมตตาตนเองและให้อภัย ปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด การจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก และการเบี่ยงเบนอารมณ์ที่ยุ่งยาก ขั้นตอนที่ 7 การฝึกเจริญสติด้วยการแผ่เมตตา การฝึกแก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดโดยการฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) ขั้นตอนที่ 8 การฝึกเจริญสติและประสบการณ์ที่เรียนรู้และทบทวนทักษะทั้งหมด ในการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด สรุปกิจกรรม และยุติการทำกลุ่ม

ภายหลังจากเสร็จสิ้นขั้นตอนที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและร้อยละ 2) เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองโดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) 3) เปรียบเทียบอาการ

ซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้การพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง พบว่า ระดับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติมีระดับลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ

คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 23.10 (SD = 5.05) และ 22.40 (SD = 7.11) ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.45$, $p < .01$) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลองลดลงมาอยู่ที่ระดับปานกลาง คือ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.45 (SD = 5.93) เมื่อเทียบกับคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับมากเท่ากับ 23.20 (SD = 5.38) ซึ่งหมายความว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนและระดับอาการซึมเศร้าลดลง ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 20) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง (n = 20)

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	Mean	SD	ระดับ	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม (n = 20)						
ก่อนการทดลอง	23.10	5.05	มาก			
หลังการทดลอง	22.40	7.11	มาก	0.80	19	0.87
กลุ่มทดลอง (n = 20)						
ก่อนการทดลอง	23.20	5.38	มาก	6.45*	19	0.00
หลังการทดลอง	17.45	5.93	ปานกลาง			

*p < .05

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 23.10 และ 23.20 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมาก แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.39$, $p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.45 (ระดับปานกลาง) และ 22.40 (ระดับมาก) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	Mean	SD	level	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	23.10	5.05	มาก	0.61	38	0.952
กลุ่มทดลอง	23.20	5.38	มาก			
หลังการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	22.40	7.11	มาก	2.39*	38	0.022
กลุ่มทดลอง	17.45	5.93	ปานกลาง			

*$p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การอภิปรายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางบัวทอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งผลการศึกษา พบว่า เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.0 ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 5.0 มีอายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 จากข้อมูลเรื่องเพศ และเรื่องอายุ จะเห็นว่ามีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง และช่วงวัยดังกล่าวนั้นมีปัจจัยต่อการทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ตามการศึกษาของ สุทธานันท์ ชุนแจ่ม และคณะ[9] ที่พบว่าโรคซึมเศร้ามีปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) ในช่วงหญิงวัยใกล้หมดประจำเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาส อุครานันท์[2] ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า และมีอายุในช่วง 25 - 59 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.5 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.5 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50.0 อีกทั้งส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท และ 10,001 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.5 เท่ากัน และเมื่อพิจารณาความเพียงพอของรายได้เฉลี่ย/เดือน พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 72.5 สำหรับข้อมูลเรื่องการได้รับการสนับสนุน

ทางสังคมและอาชีพนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุน และรับบทบาทเป็นสมาชิกครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 67.5 และ 62.5 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดนั้น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยด้านครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 52.5 สอดคล้องกับ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย[4] ที่พบว่า โรคซึมเศร้ามักจะพบในผู้ที่มีสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจในระดับต่ำ คือ ระดับของการศึกษาที่ต่ำ หรือผู้ที่มีรายได้น้อย อันส่งผลให้เกิดความเครียด และเบื่อหน่ายท้อแท้ในชีวิต จากภาวะที่ต้องดิ้นรนหาเลี้ยงชีพในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ร้อยละ 55.0 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มากกว่า 2 ปี ร้อยละ 72.5 ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 75.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธานันท์ ชุนแจ่ม และคณะ[7] ที่ได้ทำการสำรวจอาการซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) และปัจจัยด้านสังคม (Social factor) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางบัวทองนั้น ทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (ร้อยละ 100.0) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย[4] ว่าด้วยเรื่องการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า นั่นคือ การรักษาทางชีวภาพ (Biological treatment) ได้แก่ การรักษาด้วยยา เพราะฉะนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาหลักที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่แพทย์จึงพิจารณาเรื่องยามาเป็นสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สำหรับข้อมูลการฝึกเจริญสตินั้น พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยฝึกการเจริญสติ คิดเป็นร้อยละ 62.5 และถึงแม้เคยฝึกการเจริญสติแต่ก็ไม่ได้ฝึกสติเป็นกิจวัตรประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 100 จะเห็นได้ว่าบุคคลที่ขาดการนำสติมาดำเนินในชีวิตประจำวันก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการหมกมุ่น และครุ่นคิดเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือจมอยู่กับอดีต และคาดการณ์ในอนาคตไปทางด้านลบ (Ruminative thought) อันส่งให้เกิดอาการซึมเศร้าได้[8] ซึ่งถ้าเปรียบกับทางพระพุทธศาสนา สติ (Mindfulness) หมายถึง ความระลึกได้ มีหมวดธรรมชื่อว่า มหาสติปัฏฐาน 4 แปลว่า การใช้สติมีฐานใหญ่อยู่ 4 ฐาน ประกอบด้วย 1) กาย 2) เวทนา 3) จิต 4) ธรรม[22]

ส่วนที่ 2 การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

1. ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ดังนี้ โปรแกรมการฝึกความกรุณาด้วยการเจริญสติมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการตระหนักรู้ เข้าใจ และยอมรับเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของตนเองได้มากขึ้น ซึ่งอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้เกิดจากการหมกมุ่นครุ่นคิดซึ่งเป็นตัวกระตุ้นเมื่อบุคคลนั้นๆ ต้องประสบพบเจอกับปัญหาต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต ดังนั้นการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด รวมทั้งการฝึกความกรุณาด้วยการเจริญสติ ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความทุกข์ทรมาน จากอาการซึมเศร้าลดลงได้[21] สอดคล้องกับการศึกษาของ Raes[16] Van Dam, Sheppard, Forsyth & Earleywine[17] และ Gilbert, McEwan, Catarino & Baião[18] โดยการฝึกความกรุณาด้วยการเจริญสติจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า อีกทั้งยังมีส่วนช่วยลดในเรื่องการหลีกหนีการแก้ปัญหา เนื่องจากเมื่อบุคคลมีสติก็จะเกิดการอยู่กับปัจจุบัน และยอมรับในประสบการณ์ที่

เกิดขึ้นหรือที่เข้ามาจะเป็นรูปแบบใดก็ตาม ซึ่งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเกิดการตำหนิ ติเตียน วิพากษ์ วิจารณ์ตนเอง นั่นคือความครุ่นคิดที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นตัวที่นำไปให้สู่อาการซึมเศร้า จากการที่บุคคลปรับตัวไม่เหมาะสม ด้วยการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง และสร้างองค์ประกอบ ของความกรุณาตนเอง คือ 1) การมีเมตตาต่อตนเอง (Self-kindness) 2) การเข้าใจในความเป็นมนุษย์ปุถุชน (Common humanity) 3) การมีสติ (Mindfulness) นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมจากการประเมินโดยใช้เครื่องมือกำกับการศึกษาภายหลัง เสร็จสิ้นครั้งที่ 8 แล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง ด้วยการเจริญสติทุกรายมีคะแนนความหมกมุ่นครุ่นคิดลดลงผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนนขึ้นไป[8] สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสตินี้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาตนเองให้เกิดความกรุณาตนเองเพิ่มมากขึ้น จนส่งผลให้คะแนนความหมกมุ่นครุ่นคิดของกลุ่มตัวอย่างลดลง และช่วยให้คะแนนอาการซึมเศร้าลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

2. สมมติฐานข้อที่ 2 จากการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม หมายความว่า ภายหลังการทดลอง ค่าคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาด้วยการเจริญสติเปลี่ยนจากระดับมากมาอยู่ที่ระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มควบคุมนั้นประเมินระดับอาการซึมเศร้าภายหลังการทดลองยังพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนอาการซึมเศร้าไม่ลดลง และเมื่อดูค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับมากทั้งก่อนและหลังทดลอง ซึ่งแสดงถึงว่ากลุ่มทดลองมีระดับอาการซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Neff & Germer[21] ที่พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติมีระดับอาการซึมเศร้าลดลงต่ำกว่าผู้ที่เข้าร่วมการบำบัดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01 มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความหมกมุ่นครุ่นคิด เกิดการรับรู้ ยอมรับ เข้าใจ ใส่ใจในกระบวนการคิดของตนเองมากขึ้น เป็นผลมาจากการพัฒนาให้เกิดความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ซึ่งเป็นกลไกของกระบวนการของการฝึก ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าลดลง

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น มีประสิทธิภาพช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติจะมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดง ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า วิธีการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด การเจริญสติ และการมีความกรุณาตนเองที่มี 3 องค์ประกอบ คือ การเมตตาตนเอง เข้าใจยอมรับตนเอง และการเจริญสติ ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยหลายคนมีการสะท้อนถึงความเปลี่ยนแปลงความประทับใจที่เกิดขึ้นจากการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ผู้บำบัดควรเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีทักษะการทำกลุ่ม การเจริญสติ และหากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้อาจมีการเพิ่มระยะเวลาตามความเหมาะสม

1.2 ควรมีการติดตามในระยะยาว เช่น ติดตาม 3 เดือน 6 เดือน และ 1ปี หรือให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการฝึกปฏิบัติมากขึ้น เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่คอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือดูแลฟื้นฟู อีกทั้งจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะต่อเนื่อง

1.3 ควรมีการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป และต้องควบคุมปัจจัยภายนอก เช่น การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หรือปัจจัยภายใน เช่น การรับรู้ของแต่ละบุคคล

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดมีการอบรมเกี่ยวกับการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ควรมีการส่งเสริมหลักสูตรที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการบำบัดในเรื่องของการเจริญสติ เน้นถึงความสำคัญของความกรุณาตนเอง โดยยึดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้และสามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากแนวคิดของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การบำบัดกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อเนื่องในการบำบัดแบบกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อลดข้อจำกัดของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ ที่มีปัญหาด้านการหมกมุ่นครุ่นคิด ว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการหมกมุ่นครุ่นคิดหรือไม่ รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละโรค

3. ควรมีการศึกษาการบำบัดการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติโรคทางจิตเวชแต่ละกลุ่ม ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ และเหมาะสมต่อผู้ป่วยในแต่ละโรคให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Wold Health Organization. "Depression: let's talk" says WHO as depression tops list of causes of ill health. [Internet]. [cited 2017 June 30]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/en/.
2. ประภาส อุครานันท์. เอกสารทบทวนความสูญเสียอันเนื่องจากโรคซึมเศร้ากับการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. ปทุมธานี: ติดตามผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า; 2560.
3. Ministry of Public Health. Health data center. [Internet]. [cited 2016 November 1]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
4. Lueboonthavatchai O, Lueboonthavatchai P. Psychosocial treatment for depressive disorder. Bangkok: Tanapress; 2010. (in Thai).
5. Lotrakul M, Sukanit P. Psychiatry Ramathibodi. Bangkok: Beyond Enterprise. 2015. (in Thai).
6. Beck AT. Depression: clinical experimental and theoretical aspects. New York: Harper Row; 1967.
7. Chunjam S, Sangon S, Thaweekoon T. A survey of depression research in Thailand. Rama Nurs J 2011;17(3):412-26. (in Thai).
8. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. J Abnorm Psychol 1991;100(4):569-82.
9. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. J Abnorm Psychol 2000;109(3):504-11.
10. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspectives on Psychological Science 2008;3(5):400-24.
11. Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. Psychological Bulletin 2008;134(2):163-206.
12. Gamefski N, Legerstee J, Kraaij V, Van den Kommer T, Teerds J. Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. Journal of Adolescence 2002;25(6):603-11.
13. Papageorgiou C, Wells A. Depressive rumination: nature theory and treatment. Chichester: Wiley; 2004.
14. Rungreangkulkij S, Thongyot S, Kotnara I, Wannatong K. Efficacy of Buddhist counseling on decrease depressive symptoms of patients with depressive disorder. J Psychiatr Assoc Thailand 2014;59(4):381-93. (in Thai).
15. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the Mindful Self-Compassion program. J Clin Psychol 2013;69(1):28-44.

16. Raes F. The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. Mindfulness 2011;2(1):33-6.
17. Van Dam NT, Sheppard SC, Forsyth JP, Earleywine M. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. J Anxiety Disord 2011;25(1):123–30.
18. Gilbert P, McEwan K, Catarino F, Baião R. Fears of compassion in a depressed population implication for psychotherapy. J Depress Anxiety 2014: S2:003. doi:10.4172/2167-1044.S2-003.
19. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. Self and Identity 2010;9:225-40.
20. MacBetha A, Gumleya A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. Clinical Psychology Review 2012;32(6):545–52.
21. Neff KD, Germer CK. Self-compassion in clinical practice. Journal of Clinical Psychology 2013;69(8):1-12.
22. C-Maharsujchakuen K. What is the Buddha's enlightenment?: and the use of organizational management [Internet]. [cited 2017 March 18]. Available from: http://srn.onab.go.th/index.php?option=com_ content&view=article&id=245:q-q&catid=41:2008-10-29-14-40-50&Itemid=75.
23. Heinrich Heine Universität Düsseldorf. G*Power: statistical power analyses for windows and mac. [Internet]. [cited 2017 January 4]. Available from: http://www.psycho.uni-duesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/.
24. Areekit P. The effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness on depression in depressive disorder patients. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2011. (in Thai).
25. Thanoi W, Panitrat R, Phancharoenworakul K, Thompson EA, Nityasuddhi D. The Adolescent Ruminative Response Scale (Thai version): psychometric properties. J Nurs Sci 2011;29(2):29-38. (in Thai).