วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health
ISSN 2408-1051 (Print), ISSN 2651-2270 (Online)

ผลของการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานหลักอิสลามต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง

Effect of Islamic Based Cognitive Behavior Therapy on Depression among Caregivers of Bedridden Older Persons

นาบีลา ยุมยวง[1*], ดาราวรรณ ต๊ะปินตา[1], และ สมบัติ สกุลพรรณ์[1]
Nabila Yumyuang[1*], Darawan Tapinta[1] and Sombat Skulphan[1]
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่[1*]
Faculty of Nursing, Chiang Mai University[1*]

(Received: *July 01, 2018*; Revised: *November 21, 2018*; Accepted: *December 03, 2018*)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัด โดยการปรับความคิด และพฤติกรรมบนพื้นฐานหลักอิสลามต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ดูแลมุสลิมของผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง จังหวัดพังงา จำนวน 22 คน และได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 11 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานหลักอิสลาม ใช้เวลาในการบำบัด 9 ครั้ง ครั้งละ 50-60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ One Way Repeated ANOVA และสถิติ Independent Samples t-test ผลการวิจัย พบว่า

กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนบำบัด ทั้งในระยะหลังการบำบัดทันที และติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (M=4.36, 2.27, SD=1.63, 0.65; M=9.18, SD=3.09) และในระยะติดตามผล 1 เดือน มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าหลังการบำบัดทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (M=2.27, SD=0.65; M=4.36, SD=1.63) และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะหลังการบำบัดทันที และติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (M=4.36, 2.27, SD=1.63, 0.65; M=9.45, 9.55, SD=2.51, 2.34)

คำสำคัญ: การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานหลักอิสลาม, ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง, ภาวะซึมเศร้า, ศาสนาอิสลาม

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nbla.yy@gmail.com เบอร์โทรศัพท์: 085-3918707)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine Islamic based cognitive behavior therapy on depression among caregivers of bedridden older persons in a context where the Islam religion is prevalent. Participants consisted of 22 Muslim caregivers of bedridden older persons with Islam faith in Phang-Nga Province. Subjects were randomly assigned to experimental group (n=11) or control group (n=11). There were two types of instruments: intervention program and data collection tools. Program consisted of 9 sessions lasting 50 to 60 minutes each, three times a week. Data collection tools consisted of personal questionnaires and Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Data were analyzed by descriptive statistics, one way repeated ANOVA, and independent samples t-test.

Results showed that depression scores in the experimental group were significantly lower immediately after receiving the program (M=4.36, 2.27, SD=1.63, 0.65; M=9.18, SD=3.09; p<.05) and at 1-month follow-up (M=2.27, SD=0.20; M=4.36, SD=0.49; p<.05) than before receiving the program. In addition, depression scores in the experimental group were significantly lower than the control group (M=4.36, 2.27, SD=21.63, 0.65; M=9.45, 9.55, and SD=2.51, 2.34, respectively; p<.01) immediately after the program and at 1-month follow-up.

Keywords: Depression, Muslim, Cognitive Behavior Therapy, Islamic Religious Context, Caregivers of Bedridden Older Persons

บทนำ

ในประเทศไทยจากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงมีประมาณ 2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และช่วยตัวเองได้บางส่วน ต้องพึ่งพิงญาติผู้ดูแล อย่างน้อย 1 คน (Ministry of Public Health, 2014) ซึ่งสามารถแบ่งอัตราของผู้สูงอายุนอนติดเตียง ที่ต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันตามระดับช่วงอายุได้ดังต่อไปนี้ คือ อายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 4 อายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 9 และอายุ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 24 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2016) โดยเมื่อพิจารณาตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง พบว่า ปัญหาที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด คือเรื่องการกลั้นปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 20.2 รองลงมา คือการกลั้นอุจจาระ คิดเป็นร้อยละ 13.4 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น คิดเป็นร้อยละ 10.1 การเคลื่อนไหวภายในห้อง คิดเป็นร้อยละ 4.0 และการลุกนั่งจากเตียง คิดเป็นร้อยละ 2.5 (Akplakorn, 2016) อีกทั้งในปัจจุบัน จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นของประเทศไทย ทำให้พบสัดส่วนของความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ โดยเฉพาะการพลัดตกหกล้มสูงขึ้น (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2016) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยา การเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลัน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับบริการดูแลแบบต่อเนื่อง (National Health Security Office, 2016) จึงส่งผลทำให้ต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในสังคมไทยถือได้ว่า ครอบครัวคือสถาบันหลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัว และเป็นที่พึ่งพิงสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่เจ็บป่วย (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2009) เช่นเดียวกับในหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม ได้กำหนดไว้ว่า การดูแลบุคคลใกล้ชิด ถือเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติโดยเฉพาะการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย (Hashimi, 2001) จากสภาพ

สังคมไทยและหลักคำสอนของศาสนาอิสลามดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นของครอบครัวชาวมุสลิมที่จะต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการการพึ่งพิง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง

ในประเทศไทยศาสนาอิสลามถือเป็นศาสนาที่มีผู้นับถือมากเป็นอันดับ 2 รองจากศาสนาพุทธ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่า ในประเทศไทยมีประชากรมุสลิม 2.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.2 ซึ่งภาคใต้ถือเป็นภาคที่มีประชากรมุสลิมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.5 (National Statistical Office, 2014) และจากการสำรวจพบว่า ภาคใต้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันจำนวน 148,715 คน (Ministry of Public Health, 2014) นอกจากนี้จังหวัดพังงา ถือเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง เห็นได้จากการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงของจังหวัดพังงา ปี 2557 พบว่ามีจำนวน 552 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็น 3,446 คน คิดเป็นร้อยละ 10.15 ในปี 2558 ซึ่งส่งผลทำให้จำนวนของผู้ดูแลเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย อีกทั้งยังเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่เกาะมากที่สุดในประเทศไทย ซึ่งประชากรที่อาศัยอยู่บนเกาะส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม โดยการเดินทางระหว่างเกาะไปยังสถานที่ต่าง ๆ จำเป็นจะต้องโดยสารด้วยเรือเท่านั้น จึงทำให้เกิดความยากลำบากในการเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุข ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงส่วนใหญ่ จึงมักอาศัยอยู่ที่บ้าน และได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก (Ministry of Public Health, 2015)

ผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ในการดูแล ที่ครอบคลุมการดำเนินชีวิตทั้งหมดของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูง เช่น การดูแลเรื่องอาหาร การดูแลด้านการจัดที่อยู่อาศัย การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เป็นต้น (Yodpet, 2009) ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงนั้น ถือเป็นงานที่หนัก และต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ต่อเนื่องยาวนาน จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จากโรคหลอดเลือดสมองของมหาวิทยาลัยฮาเซทเทพ (Hacettepe) ประเทศตุรกี ซึ่งมีประชากรส่วนใหญ่เป็นมุสลิม ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลได้แก่ ผู้ดูแลหลักขาดการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ แยกตัว ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากไม่อยากปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง โกรธง่าย มีภาวะซึมเศร้า (Kapucu, 2009) และพบว่า มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งส่วนใหญ่มักไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์ (Collins, & Swartz, 2011; Reinhard, Levine, & Samis, 2012) มีภาวะวิตกกังวล สิ้นหวัง และมีความคิดฆ่าตัวตาย (Kapucu, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 30-33 ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะมีภาวะซึมเศร้า หลังจากที่ได้ทำการดูแลผู้ป่วยติดเตียงติดต่อกันเป็นระยะเวลา 18 เดือน (Bradley, 2014) และยังพบว่าจำนวนชั่วโมง ที่ดูแลผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมองต่อสัปดาห์ที่สูงขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล (Jullamate, Puapan, & Truong, 2017) มูลนิธิสุขภาพแห่งชาติ (The National Institute of Health) แนะนำว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่นอนติดเตียงควรได้รับการบำบัดภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (Bradley, 2014) รวมถึงควรมีการศึกษาแนวทางใหม่ ๆ ที่หลากหลาย และมีประสิทธิภาพในการป้องกัน และบำบัดรักษาผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าจากผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุป่วยติดเตียง (Eifert, Adams, Morrison, & Strack, 2016) จากการศึกษาแนวทางการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า พบว่า การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวสามารถรักษาภาวะซึมเศร้าได้เพียงร้อยละ 60 (Gartlehner, Gaynes, Hansen, Thieda, DeVeaugh-Geiss, & Lohr, 2008) และมีประสิทธิภาพน้อยในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า ระดับน้อยถึงปานกลาง (Fournier, DeRubeis, Hollon, Dimidjian, Amsterdam, & Fawcett, 2010) ดังนั้นจึงเลือกใช้การรักษาโดยการบำบัดทางจิตสังคมควบคู่กันไปด้วย ซึ่งในปัจจุบันอาจไม่ได้มีการแยกการบำบัดรักษาแต่ละระดับของภาวะซึมเศร้าอย่างชัดเจน แต่จากหลายการศึกษา พบว่าการบำบัดทางจิตสังคม สามารถลดภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้ โดยเฉพาะการบำบัดโดยการปรับความคิด และพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) เป็นการบำบัดที่อยู่บนพื้นฐานแนวคิดทางปัญญา โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบที่มีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สามารถปรับแก้ปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระได้ โดยจากการศึกษาพบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ในทุกช่วงวัย และในหลากหลายกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ที่ติดสุรา และสาร

เสพติด เป็นต้น (Beck, 1995; Tapinta, 2013; Tapinta, 2015) รวมถึงยังมีใช้การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มักจะมีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อการดูแล และมีภาวะซึมเศร้าจากการที่กำลังจะสูญเสียบุคคลที่รัก ซึ่งจากการศึกษาพบว่า สามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ดูแล และสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ดูแลได้ (Washington, Wittenberg-Lyles, Parker Oliver, Baldwin, Tappana, Wright et al., 2014) ปัจจุบันได้มีการบูรณาการการบำบัด โดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ในรูปแบบที่หลากหลายให้มีความเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาได้มากขึ้น ศาสนาอิสลามซึ่งถือเป็นศาสนาที่มีพื้นฐานความเชื่อ และหลักปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจง และแตกต่างจากศาสนาอื่น ๆ ดังนั้น วิธีการบำบัดรักษามุสลิมที่มีภาวะซึมเศร้า จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงหลักการศรัทธาและหลักการปฏิบัติของศาสนาอิสลามร่วมด้วย (Ahmed, & Amer, 2013) โดยหลักการศรัทธาและหลักการปฏิบัติของศาสนาอิสลาม เมื่อนำมาบูรณาการกับการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ก็จะช่วยให้มุสลิมที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น และเมื่อพบว่าความคิดอัตโนมัติดังกล่าวเป็นความคิดที่บิดเบือน ก็จะทำให้สามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง และส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการทดลองใช้การบำบัดทางจิตโดยปรับตามแนวทางของศาสนาอิสลาม ในการรักษาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล ผลการทดลองพบว่า มีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดจิตสังคมทั่วไป ที่ไม่ได้สอดแทรกหลักการศรัทธา และหลักการปฏิบัติตามแนวทางศาสนาอิสลาม ในระยะเวลาหลังสิ้นสุดการบำบัด 3 เดือน และ 6 เดือน โดยในกระบวนการบำบัดนั้น ได้มีการสอดแทรกการสนทนาเกี่ยวกับศาสนาอิสลาม เช่น การอ่านและท่องจำโองการจากคัมภีร์อัลกุรอ่าน การพิจารณาแนวทางการใช้ชีวิตของท่านศาสดามุฮัมหมัด แล้วนำมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน กระตุ้นให้มีการสวดมนต์ขอพร (ละหมาด) (Azhar, & Varma, 1995) ในประเทศไทยได้มีการศึกษาทดลองการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้หลักศาสนาอิสลาม ประกอบด้วยหลักการศรัทธาและหลักการปฏิบัติ ซึ่งเป็นหลักคำสอนพื้นฐานของมุสลิมที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ในการบำบัดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ หลังการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญ (Mama, Niree, & Tuweakaji, 2014) จะเห็นได้ว่าในประเทศไทยพบการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานหลักอิสลามในกลุ่มผู้ป่วยเท่านั้น ยังไม่พบการนำไปใช้บำบัดในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และมีการศึกษาเฉพาะในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้เท่านั้น โดยยังไม่มีการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีความแตกต่างทางด้านสังคม ภาษา และวัฒนธรรม เช่น จังหวัดพังงา ซึ่งความแตกต่างที่พบ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือการจัดกิจกรรมทางศาสนาอิสลาม อาจมีน้อยกว่าพื้นที่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ความแตกต่างในด้านการประกอบอาชีพ รวมถึงสถานการณ์ความไม่สงบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้น อาจส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกันได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ที่ได้รับการบำบัดโดยการปรับความคิด และพฤติกรรมบนพื้นฐานหลักอิสลาม ในระยะก่อนการบำบัด ระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ที่ได้รับการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานหลักอิสลาม กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

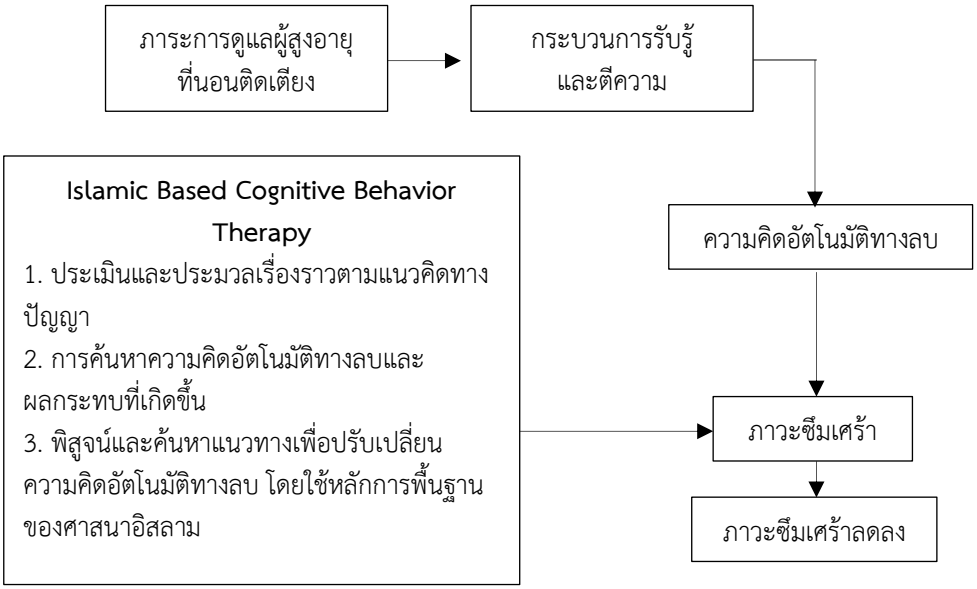
สมมติฐานวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน น้อยกว่าระยะก่อนการบำบัด รวมถึงในระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกัน

2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงนั้น ถือเป็นงานที่หนักและต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ภาระการดูแลดังกล่าว เมื่อผ่านกระบวนการรับรู้และการตีความของผู้ดูแลแต่ละบุคคลตามแนวคิดของเบค (Beck) ส่งผลทำให้ผู้ดูแลบางส่วนเห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงนั้นถือเป็นเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต และมีความคิดอัตโนมัติต่อการดูแลในทางลบ เมื่อบุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ก็จะส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และก่อให้เกิดอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่ไม่เหมาะสมตามมา ดังนั้น จึงใช้การบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม บนพื้นฐานหลักอิสลามโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ ขั้นตอนที่ 1 ประเมินและประมวลเรื่องราว ตามแนวคิดทางปัญญา ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และผลกระทบที่เกิดขึ้น ขั้นตอนที่ 3 พิสูจน์และค้นหาแนวทางเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยใช้หลักการศรัทธา 5 จาก 6 ประการ และหลักการปฏิบัติ 3 จาก 5 ประการ ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานในชีวิตประจำวันของศาสนาอิสลาม โดยใช้หลักการศรัทธาในการพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง พบว่าความคิดอัตโนมัติดังกล่าว บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ก็จะส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด หรือหากความคิดอัตโนมัติดังกล่าวเป็นจริง ก็จะสามารถค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาบนพื้นฐานหลักการศรัทธา นอกจากนี้ ยังใช้หลักการปฏิบัติร่วมด้วยในการปรับพฤติกรรม และใช้เป็นแนวทางในการตอบสนองต่อการเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบในครั้งถัดไป พร้อมทั้งใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการระลึกถึงพระเจ้า ในขณะที่เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง สามารถพิสูจน์ และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบได้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของมุสลิม ที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามแนวทางของศาสนาอิสลาม ส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงลดลงได้ สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ที่นับถือศาสนาอิสลาม อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชน จังหวัดพังงา จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่คล้ายคลึงเรื่องผลการให้คำปรึกษาแบบประยุกต์ CBT บนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามในผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า (Mama, Niree, & Tuweakaji, 2014) พบว่า ได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 1.1 จากนั้นนำมาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 11 คน และกลุ่มควบคุม 11 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 22 คน แล้วทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ดังต่อไปนี้ 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งประเมิน Barthel ADL Index มีผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน และนอนติดเตียงติดต่อกันเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป 2) เป็นญาติผู้ดูแล ที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป 3) มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม PHQ-9 มีคะแนนอยู่ในช่วงอยู่ในช่วง 5-14 คะแนน (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) 4) ไม่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า หรือได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าที่คลินิกจิตเวชมาก่อน 5) ไม่มีปัญหาด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 6) ยินดีร่วมมือในการวิจัย แล้วใช้วิธีการจับคู่รายบุคคล (Matched Subjects) ตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า จากนั้นจะทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากเพื่อแยกเข้าสู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ฉบับภาษาไทย โดยใช้แบบประเมินของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยมีคะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน ซึ่งจะใช้ผลรวมคะแนนจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ดังต่อไปนี้คือ ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ติดสังคม 5-11 คะแนน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ติดบ้าน และ 0-4 คะแนน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มกลุ่มที่นอนติดเตียง (Department of Health, 2014)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานหลักอิสลาม ประกอบด้วยหลักการศรัทธาและหลักการปฏิบัติ มาเป็นฐานในการพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ซึ่งดัดแปลงจากโปรแกรมการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง และมีภาวะซึมเศร้าของ Mama, Niree, & Tuweakaji (2014) โดยเพิ่มจำนวนครั้งของการบำบัดจากเดิมทำการบำบัด 4 ครั้ง เพิ่มเป็น 9 ครั้ง เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดทักษะในการค้นหา พิสูจน์ และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ทำการบำบัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 50-60 นาที มีการเพิ่มใบงาน และปรับเปลี่ยนการบ้าน เพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

การบำบัดครั้งที่ 1 มีการสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) ชี้แจงรายละเอียดของการบำบัด ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทางปัญญา (Cognitive Model) การเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) รวมทั้งอธิบายการบำบัดโดยการปรับความคิด และพฤติกรรมบนพื้นฐานหลักอิสลาม

การบำบัดครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบ ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นกับอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ (ความคิดที่ 1)

การบำบัดครั้งที่ 3 ตรวจสอบ และปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยหาข้อมูลสนับสนุน และคัดค้านความคิดดังกล่าว ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ โดยการใช้หลักศรัทธา เพื่อปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ พูดคุยเกี่ยวกับคัมภีร์อัลกุรอ่าน (วจนะของพระเจ้า) และอัลฮาดิษ (คำสอนและวจนะของศาสดา) เพื่อช่วยส่งเสริมและกระตุ้น เรียกสติกลับคืนมาทำให้จิตใจสงบมากยิ่งขึ้น

การบำบัดครั้งที่ 4 ค้นหาแนวทางการตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติทางลบ และแนวทางการแก้ไขปัญหาตามหลักการศาสนาอิสลาม ฝึกทักษะการดูแลตนเองให้มากขึ้น

การบำบัดครั้งที่ 5 ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า และเชื่อมโยงกับอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ (ความคิดที่ 2) รวมถึงตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยหาข้อมูลสนับสนุนและคัดค้านความคิดดังกล่าว บนพื้นฐานของหลักการศรัทธา และหลักการปฏิบัติในศาสนาอิสลาม

การบำบัดครั้งที่ 6 ปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ โดยการใช้หลักการศรัทธา และหลักการปฏิบัติของศาสนาอิสลาม พูดคุยเกี่ยวกับคัมภีร์อัลกุรอ่าน (วจนะของพระเจ้า) และอัลฮาดิษ (คำสอนและวจนะของศาสดา) เพื่อช่วยส่งเสริม และกระตุ้นเรียกสติกลับคืนมา ทำให้จิตใจสงบมากยิ่งขึ้น รวมถึงค้นหาแนวทางในการตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติทางลบ

การบำบัดครั้งที่ 7 ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า เชื่อมโยงกับอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ (ความคิดที่ 3) รวมถึงตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยหาข้อมูลสนับสนุนและคัดค้านความคิดดังกล่าว บนพื้นฐานของหลักการศรัทธา และหลักการปฏิบัติในศาสนาอิสลาม

การบำบัดครั้งที่ 8 ปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ ฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ โดยการใช้หลักการศรัทธา และหลักการปฏิบัติของศาสนาอิสลาม พูดคุยเกี่ยวกับคัมภีร์อัลกุรอ่าน (วจนะของพระเจ้า) และอัลฮาดิษ (คำสอนและวจนะของศาสดา) เพื่อช่วยส่งเสริมและกระตุ้น เรียกสติกลับคืนมา ทำให้จิตใจสงบมากยิ่งขึ้น รวมถึงค้นหาแนวทางในการตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติทางลบ

การบำบัดครั้งที่ 9 ทบทวนกระบวนการบำบัดทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยการเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบมาพิสูจน์ และปรับเปลี่ยนโดยใช้หลักการศรัทธาและหลักการปฏิบัติของศาสนาอิสลาม รวมถึงประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า กระตุ้นให้มีการนำแนวทางการบำบัดไปใช้ในชีวิตประจำวัน เปิดโอกาสให้ถามคำถาม และยุติการบำบัด

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จะเป็นแบบสอบถามแบบเติมคำ และเลือกตอบ จะสอบถามในด้าน เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ลักษณะการอยู่อาศัยกับผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ระยะเวลาที่ดูแล อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว โรคประจำตัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของแหล่งสนับสนุนทางสังคม 2) แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) ซึ่งเป็นแบบวัดคัดกรองซึมเศร้าที่แปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ในการประเมินอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคะแนนตั้งแต่ 0-27 คะแนน โดยแบ่งระดับความซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 0-4 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า 5-9 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 10-14 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง 15-19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างรุนแรง และ 20-27 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และคำแนะนำของทีมอาจารย์ที่ปรึกษาในส่วนของโปรแกรมการบำบัด โดยการปรับความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ภายหลังจากดัดแปลง ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชผู้เชี่ยวชาญ แล้วทำการปรับปรุงแก้ไข ให้เกิดความชัดเจนของเนื้อหา มีความเหมาะสมด้านภาษา และเรียงลำดับตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้น นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง 2 คน ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย นำไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 10 ราย จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยการหาความสอดคล้องภายใน

(Internal Consistency) และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Chronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผ่านการฝึกการใช้โปรแกรมการบำบัด โดยการปรับความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานหลักอิสลาม กับพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญก่อนที่จะนำโปรแกรมการบำบัดไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลดังนี้ คือ ภายหลังการได้รับอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพังงา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอทับปุด และผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย จากนั้นทำการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานหลักอิสลาม ในกลุ่มทดลองให้ครบตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ โดยใช้เวลาทั้งหมด 9 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ระยะห่างวันเว้นวัน ครั้งละ 50-60 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการบำบัดในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย ภายหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการบำบัด ระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ชุดข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Distribution) จึงได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (One Way Repeated ANOVA) และใช้การทดสอบโพสฮอก (Post Hoc Test) ว่ามีค่าเฉลี่ยคู่ใดที่แตกต่างกัน

3. วิเคราะห์และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการบำบัด ระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ชุดข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Distribution) และพบว่าตัวแปรกลุ่มและระยะเวลามีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (Interaction) จึงได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบที แบบกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มอิสระ (Independent Samples t-test)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยกระบวนการทบทวนในที่ประชุม (Full Board Review) ครั้งที่ 4/2560 เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2560 ตามรหัสโครงการเลขที่ Full-026-2560

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 22 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 11 คน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง แต่ละกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 90.90 และเป็นเพศชายแต่ละกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 9.10 มีอายุระหว่าง 28-79 ปี มีอายุเฉลี่ย 55.41 ปี โดยในกลุ่มทดลองมีอายุสูงสุดอยู่ในช่วงระหว่าง 40-59 ปี และ 60-79 ปี แต่ละช่วงอายุคิดเป็นร้อยละ 45.50 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุสูงสุดอยู่ในช่วงระหว่าง 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 81.80 และ 63.60 ทั้งสองกลุ่มมีระดับการศึกษาสูงสุด คือระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72.70 ส่วนใหญ่มี

ความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 45.50 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 63.60 ผู้ดูแลอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 81.80 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 72.70 โดยใช้ระยะเวลาในการดูแล 1 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 90.90 และ 81.80 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ นอกจากการดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ส่วนใหญ่ผู้ดูแลว่างงาน ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 54.50 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 45.50 โดยทั้งสองกลุ่มมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 63.60 ซึ่งมีเพียงพอสำหรับใช้จ่าย เท่านั้น ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 72.70 และในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 54.50 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 63.60 และในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 54.50 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมสูงสุดในด้านเศรษฐกิจ และได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความเพียงพอคิดเป็นร้อยละ 100

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการบำบัด ระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการบำบัด ระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (n=11)

ระยะของการบำบัด	*M*	*SD*	*df*	*F*	*p-value*
ก่อนการบำบัด	9.18	3.09			
หลังการบำบัดทันที	4.36	1.63	2	53.30	.04*
ติดตามผล 1 เดือน	2.27	.65			

*$p<.05$

จากตาราง 1 พบว่า ผลของการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เมื่อมีการวัดซ้ำของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที และติดตามผลหลังการบำบัด 1 เดือน มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการบำบัด ระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (n = 11)

ระยะของการบำบัด	*M*	ก่อนการบำบัด 9.18	หลังการบำบัดทันที 4.36	ติดตามผล 1 เดือน 2.27
ก่อนการบำบัด	9.18	-	4.82*	6.91*
หลังการบำบัดทันที	4.36	-	-	2.09*
ติดตามผล 1 เดือน	2.27	-	-	-

*$p<.05$

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนของภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน น้อยกว่าก่อนการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนของภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 1 เดือน น้อยกว่าหลังการบำบัดทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการบำบัด ระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตาม 1 เดือน

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการบำบัด ระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (n = 22)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		*t*	*p-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ก่อนการบำบัด	9.18	3.09	8.64	2.87	.43	.34
หลังการบำบัดทันที	4.36	1.63	9.45	2.51	-5.65	.000**
ติดตามผล 1 เดือน	2.27	.65	9.55	2.34	-9.94	.000**

**$p<.01$

จากตาราง 3 พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนในระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ได้ผลลัพธ์ตามสมมติฐานดังต่อไปนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม บนพื้นฐานหลักอิสลาม มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการบำบัด ทั้งในระยะหลังการบำบัดทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และในระยะติดตามผล 1 เดือน มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าระยะหลังการบำบัดทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้บำบัดได้ดำเนินการบำบัดตามขั้นตอนของการปรับความคิดและพฤติกรรม 3 ขั้นตอนหลักดังต่อไปนี้ คือ 1) การประเมินและประมวลเรื่องราวตามแนวคิดทางปัญญา ซึ่งผู้ดูแลฯ สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของสถานการณ์ในชีวิต กับการเกิดความคิดที่ส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ 2) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและผลกระทบที่เกิดขึ้น ตัวอย่างความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น 3) การพิสูจน์และค้นหาแนวทางเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ผู้บำบัดใช้คำถามชวนคิด (Socratic Question) โดยใช้เหตุผลตามแนวคิดทางศาสนาอิสลาม และใช้เหตุผลอื่น ๆ ตามความเป็นจริง ซึ่งผู้ดูแลฯ สามารถพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบได้ ทั้งที่เป็นความคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริง นอกจากนี้ผู้ดูแลฯ ยังสามารถตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติทางลบได้ โดยสามารถตั้งคำถามกับตนเองเมื่อเกิดความคิดนั้น เช่น ความคิดนี้เป็นความจริงหรือไม่ คิดอย่างนี้ต่อไปเกิดประโยชน์อะไรหรือไม่ เราสามารถคิดเป็นอย่างอื่นได้อีกหรือไม่ และเปลี่ยนแปลงความคิดเดิมไปสู่ความคิดที่อยู่บนพื้นฐานหลักการของศาสนาอิสลาม ควบคู่กับการใช้กิจกรรมทางศาสนามาช่วยในการตอบสนองความคิดอัตโนมัติ เช่น การละหมาดหลัก 5 เวลา การละหมาดเสริม (สุนัต) การระลึกถึงพระเจ้า การอ่านคัมภีร์อัลกุรอ่าน การศึกษาคำสอนจากท่านศาสดา การบริจาคทาน (ซะกาต) เป็นต้น ผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาในต่างประเทศที่มีการทดลองใช้การบำบัดทางจิต โดยปรับตามแนวทางของศาสนาอิสลามในการรักษาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล ผลการทดลอง พบว่า ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลลดลง ในระยะเวลาหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที หลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน (Azhar, & Varma, 1995) นอกจากนี้ยังคล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศไทย ที่ศึกษาทดลองการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้หลักศาสนาอิสลามในการรักษาภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้การบำบัดแบบรายบุคคล ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญปัญหา สามารถปรับความคิดพฤติกรรมของตนเองได้ดีขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติภายในระยะเวลา 4 เดือน และยังมีภาวะโรคซึมเศร้าลดลง จากการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แต่ก็ยังคงต้องได้รับการติดตามการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกอีกระยะหนึ่ง อีกทั้งยังพบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และค่าเฉลี่ยความเครียดหลังการบำบัดดีขึ้น (Mama, Niree, & Tuweakaji, 2014) รวมถึงการที่กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 1 เดือน น้อยกว่าระยะหลังการบำบัดทันที บ่งบอกถึง

ประสิทธิภาพของโปรแกรมในการบำบัดระยะยาว ซึ่งสามารถช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้ดูแลฯ ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ดังการศึกษาของต่างประเทศที่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ในการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่า สามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ดีในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์สองขั้ว (Lynch, Laws, & McKenna, 2010) และยังพบการศึกษาทดลองเปรียบเทียบระหว่างการบำบัด โดยการปรับความคิดและพฤติกรรม และการให้ความรู้ทางจิตสุขศึกษาโดยทั่วไป พบว่าการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม สามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยง ต่อการกลับเป็นซ้ำได้ดีกว่าการให้ความรู้ทางจิตสุขศึกษาโดยทั่วไป (Stangier, Hilling, Heidenreich, Risch, Barocka, Schlösser, et al., 2013) ส่วนในประเทศไทยพบการศึกษาของ Thongkam (2012) ที่ได้ทำการศึกษาของประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการปรับความคิด และพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดจำนวน 10 ราย ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าซ้ำในระยะเวลา 6 เดือนหลังการบำบัด และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าในระยะหลังการบำบัดทันที และติดตามผลหลังการบำบัด 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่มีการทดลองการบำบัดโดยการปรับความคิด และพฤติกรรมในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า และเป็นโรคทางกายเรื้อรังโดยเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดที่บูรณาการกับหลักการศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ ซึ่งหนึ่งในนั้นคือศาสนาอิสลาม และการบำบัดแบบทั่วไป พบว่า การบำบัดที่ใช้หลักการศาสนาร่วมด้วยสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าการบำบัดแบบทั่วไปในระยะ 4 สัปดาห์หลังการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Koenig, Pearce, Nelson, Shaw, Robins, King, et al., 2016)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมให้มีการใช้การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานหลักอิสลาม ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง โดยนำเสนอผลการศึกษาให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น เพื่อให้บุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ได้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการบำบัด ที่สามารถช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พยาบาลหรือบุคลากรด้านสาธารณสุขที่จะทำการบำบัด จำเป็นจะต้องผ่านการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม บนพื้นฐานหลักอิสลามกับผู้เชี่ยวชาญก่อนทำการบำบัด

3. ผู้บำบัดที่ไม่ได้นับถือศาสนาอิสลาม จำเป็นจะต้องเรียนรู้หลักการพื้นฐานทางศาสนาอิสลาม ทั้งทางด้านความเชื่อและแนวทางการปฏิบัติ เช่น หลักศรัทธา หลักปฏิบัติ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานหลักอิสลาม ในระยะยาว เช่น ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี เป็นต้น เพื่อแสดงให้เห็นถึงความยั่งยืนของโปรแกรมการบำบัด

References

Ahmed, S., & Amer, M. M. (Eds.). (2013). *Counseling Muslims: Handbook of Mental Health Iissues and Interventions*. New York: Routledge.

Akplakorn, W. (2016). *Population Health Report* (5th ed.). Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design.

Azhar, M. Z., & Varma, S. L. (1995). Religious Psychotherapy in Depressive Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 63*(1), 165-168.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.

Bradley, J. (2014). Depression After Stroke. *Today's Caregiver*, *5*(1), 10-12.

Collins, L. G., & Swartz, K. (2011). Caregiver Care. *American Family Physician*, *83*(11), 1309-1317.

Department of Health. (2014). *Health Status of Thai Aging 2013*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai)

Eifert, E. K., Adams, R., Morrison, S., & Strack, R. (2016). Emerging Trends in Family Caregiving Using the Life Course Perspective: Preparing Health Educators for an Aging Society. *American Journal of Health Education*, *47*(3), 176-197.

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2009). *Situation of the Thai Elderly (Long Term Care).* Retrieved November 16, 2016 from http://thaitgri.org/ ?p=36202. (in Thai)

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2016). *Situation of the Thai Elderly 2015.* Retrieved November 16, 2016 from http://thaitgri.org/ ?p=36202. (in Thai)

Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: a Patient-Level Meta-Analysis. *Jama*, *303*(1), 47-53.

Gartlehner, G., Gaynes, B. N., Hansen, R. A., Thieda, P., DeVeaugh-Geiss, A., & Lohr, K. N. (2008). Comparative Benefits and Harms of Second-Generation Antidepressants: Background Paper for the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, *149*(10), 734-750.

Hashimi, M, A. (2001). *The Ideal Muslim*. Bangkok: Media Tech. (in Thai)

Jullamate, P., Puapan, S., & Truong, P, V. (2017). Predicting Factors of Depression among Caregivers of Elderly Affected by Stroke. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4*(3), 104-118.

Kapucu, S. (2009). Family Caregivers' Difficulties in Caring for Bedridden Stroke Patients. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal, 10*(5), 17-31.

Koenig, H. G., Pearce, M., Nelson, B., Shaw, S., Robins, C., King, M. B., et al. (2016). Effects of Religious vs. Standard Cognitive Behavioral Therapy on Therapeutic Alliance: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy Research*, *26*(3), 365-376.

Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and Validity of the Thai Version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, *8*(1), 46.

Lynch, D., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2010). Cognitive Behavioural Therapy for Major Psychiatric Disorder: Does it Really Work? A Meta-Analytical Review of Well-Controlled Trials. *Psychological Medicine*, *40*(1), 9-24.

Mama, N., Niree, M., & Tuweakaji, K. (2014). Effect of Islamic CBT among Chronic Illness and Depression Elderly. *Yuparat Journal, 4*(1), 36-39. (in Thai)

Ministry of Public Health. (2014). *Look Forward Chronic-Bedridden Home Visit Care.* Retrieved September 22, 2016 from http://www.moph.go.th/index.php/content/index/424445. (in Thai)

Ministry of Public Health. (2015). *KPI of Ministry of Public Health 2016.* Retrieved November 16, 2016 from http://region5.moph.go.th/docs/mophplan_ 2559_final.pdf. (in Thai)

National Health Security Office. (2016). *Long Term Care Management for Bedridden Elderly.* Retrieved September 30, 2016 from http://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2016/02/%E0%B8%84% E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B 7%E0%B8% AD%20LTC.pdf

National Statistical Office. (2014). *View of Thailand's Culture and Mental health.* Retrieved September 30, 2016 from https://www.m-society.go.th/article_attach/14497/18156.pdf. (in Thai)

Reinhard, S. C., Levine, C., & Samis, S. (2012). *Home Alone: Family Caregivers Providing Complex Chronic Care*.

Stangier, U., Hilling, C., Heidenreich, T., Risch, A. K., Barocka, A., Schlösser, R., et al. (2013). Maintenance Cognitive-Behavioral Therapy and Manualized Psychoeducation in the Treatment of Recurrent Depression: a Multicenter Prospective Randomized Controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *170*(6), 624-632.

Tapinta, D. (2013). *Depression: Cognitive Behavior Counseling* (3th ed.). Chiangmai: Wanida Press. (in Thai)

Tapinta, D. (2015). Cognitive Behavior Counseling. *Nursing Journal, 42*(1), 205-213. (in Thai)

Thongkam, A. (2012). Effect of Cognitive Behavior Therapy among Depression Patient Suanprung Hospital. *Bulletin of Suanprung*, *27*(3), 5-11. (in Thai)

Washington, K. T., Wittenberg-Lyles, E., Parker Oliver, D., Baldwin, P. K., Tappana, J., Wright, J. H., et al. (2014). Rethinking Family Caregiving: Tailoring Cognitive-Behavioral Therapies to the Hospice Experience. *Health and Social Work*, *39*(4), 244–250.

Yodpet, S. (2009). *Elderly Long Term Care: Thailand*. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (in Thai)