

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน

The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Program on Depression Among Persons with Diabetes

สมจิตร เสริมทองทิพย์, พย.ม.¹ Somjit Sermthongtip, M.N.S.
ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, Ph.D.^{2*} Pornpat Hengudomsab, Ph.D.
ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ปร.ด.² Duangjai Vatanasin, Ph.D.
เวทิส ประทุมศรี, พ.บ.³ Wetid Pratoomsri, M.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่งานวิจัยกำหนด จำนวน 24 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และการทดสอบรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอร์โรนี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานได้ ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้

เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานเพื่อการมีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ผู้เป็นเบาหวาน โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ

Abstract

The purpose of this study was to examine the effect of group mindfulness-based cognitive therapy program on depression among persons with diabetes who had mild to moderate depressive levels. The sample consisted of 24 persons with diabetes who met the inclusion criteria. They were randomly assigned into either experimental or control group (n = 12 in each group). Persons with diabetes in the experimental group participated in the mindfulness based-cognitive therapy program. Whereas the persons with diabetes in the control group received only routine care from the same setting. Thai version of Beck's depression scale was used to measure depression. This scale yielded Cronbach's alpha reliability of .83. Descriptive statistics using

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) e-mail: pompath@buu.ac.th

frequency, percent, mean, standard deviation, repeated measure ANOVA, and Bonferroni method for pairwise-comparison were employed to analyze the data.

The results revealed that the mean scores of depression at post-test and one-month follow-up phases in the experimental group were statistically significantly different from the control group. In the experimental group, the mean scores of depression at post-test and 1 month follow-up phase were also significantly lower than at pre-test.

Mindfulness-based cognitive therapy program in this study effectively reduced depression among persons with diabetes. Therefore, nurses and related health care providers could apply this program in order to promote mental health and enhance quality of life among these persons.

Keywords: Depression, persons with diabetes, mindfulness-based cognitive therapy

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมทำให้พฤติกรรมและแบบแผนชีวิตของบุคคลเปลี่ยนไปจากเดิม จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ประชากรจำนวนมากกว่า 180 ล้านคน กำลังเผชิญกับปัญหาโรคเบาหวานและคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นเป็นทวีคูณในปี ค.ศ. 2030 โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานมากถึงสองในสามของประชากรผู้ป่วยทั้งหมดในโลก (World Health Organization [WHO], 2011) ผู้เป็นเบาหวานที่พบมากที่สุด เป็นผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน) ซึ่งมีจำนวนมากถึงร้อยละ 95 ของจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั้งหมดทั่วโลก จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประชาชนเกือบ 26 ล้านคนป่วยเป็นเบาหวาน (American Diabetes Association [ADA],

2008) สำหรับประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2554-2556 มีอัตราการป่วยในโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้น จาก 698.92, 786.54 และ 813.94 ตามลำดับ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) สำหรับในจังหวัดปราจีนบุรี สถิติของผู้เป็นเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวน 10,815 คน และปี พ.ศ. 2556 จำนวน 12,870 คน โดยในส่วนของโรงพยาบาลศรีมโหสถ พบมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ดังนี้ ปี พ.ศ. 2555, 2556 และ 2557 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 576, 657 และ 739 คน ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (วรัทยา ทัดหล่อ, 2554) ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง (ADA, 2006) เป็นการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถกลับคืนสภาพเหมือนเดิม หรือมีการเสื่อมทำลายลงไปเรื่อย ๆ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและทางจิต ทำให้ผู้เป็นเบาหวานเกิดความเครียด วิตกกังวล ทั้งนี้ การที่ผู้เป็นเบาหวานต้องเผชิญกับความเครียดเป็นเวลานานและเรื้อรัง มีผลต่อสารสื่อประสาทนอร์อิพิเนฟริน และซีโรโทนิน มีจำนวนลดลง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Kaphan, Sadock, & Greb, 1994) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและระดับรุนแรงสูงถึงร้อยละ 39.3 (วรัทยา ทัดหล่อ, 2554) และร้อยละ 42.9 (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, 2551) ทั้งนี้การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานของประเทศต่าง ๆ พบค่อนข้างสูง โดยสถิติพบว่า ผู้เป็นเบาหวานในประเทศอังกฤษมีภาวะซึมเศร้าสูงเป็น 2-3 เท่าของกลุ่มประชากรปกติ (Eaton, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาในฮ่องกงพบภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สูงถึงร้อยละ 33.6 (Lee, Chiu, Tsang, Chow, & Chan, 2006) จากการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้ม และอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าคนปกติทั่วไป

ผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มักแสดงออกด้วยความผิดปกติ หรือความเปี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม โดยมักแสดงออกด้วยอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง ไม่รับประทาน อาหาร นอนไม่หลับ ซึ่งพบว่าผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานกว่า และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้จากการทำงาน (ระพีพรรณ ลาภา, 2554) โดยภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้หากได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง ทันเวลา และได้รับการบำบัดที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันมีรูปแบบการรักษาหรือบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่หลากหลาย (พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมักต้องใช้การรักษาด้วยยาก่อนจนกว่าอาการจะดีขึ้น ส่วนในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยหรือปานกลาง อาจใช้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งการบำบัดที่ได้ผลดีในการลดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัดด้วยสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การใช้กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง เป็นต้น ปัจจุบันมีการศึกษาที่หลากหลายพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากจะมีเนื้อหาความคิดในเชิงลบแล้ว มักมีลักษณะความคิดแบบคิดวนคิดซ้ำ มักไม่สามารถหยุดคิดในทางร้าย ๆ ได้ ทำให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้นจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการบำบัดทางปัญญา บนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy [MBCT]) ขึ้นมา ซึ่งเป็นการบูรณาการมาจากโปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction Program [MBSR]) ร่วมกับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy [CBT]) ซึ่งโปรแกรม MBCT นี้ มุ่งเน้นการควบคุมสติและตระหนักรู้ในความคิดของตนเองของบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่หลากหลายที่สนับสนุนว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (MBCT) สามารถลดภาวะซึมเศร้าในประชากรต่าง ๆ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ เช่น โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สามารถลดภาวะซึมเศร้าใน

ผู้เป็นเบาหวานได้ (Tovote et al., 2014) ซึ่งการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดสำหรับผู้เป็นเบาหวานได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานในการปรับตัวเพื่อควบคุมเบาหวาน และมักพบว่ามีความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกับการไม่ตระหนักรู้กับสภาวะอารมณ์ปัจจุบันของตนเอง โดยคิดลบไปในทางร้ายซ้ำ ๆ ดังนั้น การเสริมสร้างให้ผู้เป็นเบาหวานมีการตระหนักรู้เท่าทันในความคิดของตนเอง มีสติอยู่กับปัจจุบัน เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรม CBT ร่วมกับการเจริญสติ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (พรเพ็ญ อารีกิจ, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกิจ และสวิตตา ธงยศ (2554) ที่พบว่า ผู้เป็นเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดแนวพุทธ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเอชไอวี ที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (MBCT) มีระดับสติเพิ่มขึ้นและมีภาวะซึมเศร้าลดลง (ธิดาพร สันติวงษ์, 2550) จากผลการศึกษาย่างต้น แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (MBCT) สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในประชากรต่าง ๆ ได้

จากการทบทวนดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งจากสถิติภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานของโรงพยาบาลศรีมโหสถ มีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนี้ พ.ศ. 2555-2557 ร้อยละ 17.4, 22.7 และ 23.8 ตามลำดับ (งานสุขภาพจิต กลุ่มการพยาบาล, 2557) โดยกระบวนการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล ยังไม่มีการนำโปรแกรมบำบัดแบบรายกลุ่มมาใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี โดยผลการศึกษากจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือนในกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้เป็นเบาหวานเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เนื่องจากต้องมีการปรับตัวหลายด้าน โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากเบาหวาน งานวิจัยนี้ใช้การทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการใช้แนวคิดการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (MBCT) ของ Segal, Williams, and Teasdale (2002) ซึ่งการบำบัดนี้เป็นการผสมผสานระหว่างรูปแบบการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของ Beck และรูปแบบการลดความเครียดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (MBSR) ของ Kabat-Zinn (1990) โดย Segal et al. (2002) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดโดยบุคคลที่มีแนวโน้มของลักษณะความคิดในทางลบ ไม่เป็นไปตามความเป็นจริง มีการตีความหรือขยายความคิดในเชิงลบมากขึ้น ร่วมกับมีลักษณะความคิดแบบคิดวนคิดซ้ำถึงสถานการณ์ในแง่ร้าย คิดว่าเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เลวร้าย ไม่มีทางแก้ไข ก็จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหดหู่ สิ้นหวัง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด เช่นเดียวกับผู้เป็นเบาหวานที่ต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย หรือการปรับตัวเพื่อควบคุมเบาหวาน ถ้าผู้เป็นเบาหวานมีความคิดเชิงลบกับตนเอง โดยคิดว่า การเจ็บป่วยหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเพื่อควบคุมเบาหวานเป็นเรื่องที่ยากลำบาก หรือเป็นสิ่งที่เลวร้าย ไม่ควรเกิดขึ้น หรือมีความคิดวนคิดซ้ำอยู่กับสถานการณ์เดิม ๆ มีการตีความในทางลบหรือเกินความเป็นจริง โดยไม่พยายามทำความเข้าใจหรือหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะมีภาวะซึมเศร้า

ดังนั้นการเสริมสร้างให้ผู้เป็นเบาหวานมีสติ รู้เท่าทันความคิดของตน มีความคิดและการรับรู้ตามความเป็นจริง และอยู่กับปัจจุบัน ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ จะช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานมีสติ มีความคิดเท่าทันตนเอง รวมทั้งสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าซึมเศร้ายาลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (repeated measures design with two groups) 3 ระยะคือ ระยะก่อนการทดลองระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 20-59 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี ในระหว่างเดือน สิงหาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2558 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากประชากรโดยวิธีจับฉลากแบบไม่แทนที่ จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างนี้ใช้แนวคิดในการทำกลุ่มจิตบำบัดของ Yalom (1995) ที่กล่าวว่า จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่มควรมีประมาณ 8-12 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) อายุ 20-59 ปี 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ 3) มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลางจากการประเมินด้วยแบบประเมินซึมเศร้าของ Beck (1967) โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 10-19 คะแนน จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) (1) มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง และ (2) มีอาการทางจิตกำเริบจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ชนิดและจำนวนยาที่รับประทาน ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาโดย Beck (Beck Depression Inventory [BDI]) แปลเป็นภาษาไทย โดย มุกดา ศรีรงค์ (2522) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อคำถาม โดยเป็นข้อคำถามที่วัดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าด้านการแสดงอาการทางจิตใจ จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามที่วัดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าด้านการแสดงอาการทางกาย จำนวน 6 ข้อ โดยแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1-9 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 10-15 หมายถึง ภาวะซึมเศรียรระดับน้อยคะแนน 16-19 หมายถึง ภาวะซึมเศรียรระดับปานกลางคะแนน 20-29 หมายถึง ภาวะซึมเศรียรระดับมากคะแนน 30-63 หมายถึง ภาวะซึมเศรียรระดับรุนแรง ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำไปทดลองใช้กับผู้เป็นเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดของ Segal et al. (2002) ซึ่งเป็นการบูรณาการผสมผสานรูปแบบการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของ Beck (1967) และรูปแบบการลดความเครียดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (MBSR) ของ Kabat-Zinn (1990) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำการฝึกสติ การรับรู้ภาวะของอารมณ์ ความคิดและความรู้สึกของตนเอง เกิดความตระหนักรู้ จนสามารถรับรู้

ถึงสัญญาณเตือนของภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการลดภาวะซึมเศร้าได้ การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม โดยใช้เวลา 3 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง วันจันทร์และวันพฤหัสบดี ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ซึ่งเป็นกิจกรรมกลุ่มรายละเอียดโปรแกรมมีดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ทำความเข้าใจถึงความเชื่อมโยง ระหว่างความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม โดยให้สมาชิกกลุ่มได้บอกเล่าถึงความรู้สึกเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นเบาหวาน หลังจากนั้นผู้บำบัดอธิบายถึงความเชื่อมโยงระหว่าง ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม พร้อมทั้งให้สมาชิกกลุ่ม สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 2 การเรียนรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเข้าสู่บทเรียนของการฝึกสติเบื้องต้นด้วยการฝึกสมาธิ โดยใช้บัตรคำ และวีดิโอเพลงประกอบในการฝึกสมาธิ

กิจกรรมครั้งที่ 3 การฝึกสติและตระหนักรู้ความคิดแห่งตน

กิจกรรมครั้งที่ 4-5 การกำกับตนให้อยู่กับปัจจุบัน

กิจกรรมครั้งที่ 6 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้และการนำไปประยุกต์ใช้

ก่อนนำโปรแกรมไปใช้จริง ผู้วิจัยได้นำไปโปรแกรมฯ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความเหมาะสมของโปรแกรม จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย และนำผลมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัสจริยธรรม 07-06-2558) ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติด้วยความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทน ชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการบริการพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ ไว้ในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อกและในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสลับในการเข้าถึงข้อมูล โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยนี้ได้ทำการเผยแพร่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองและมีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในคลินิกเบาหวาน ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามซึ่งได้รับการอธิบายวิธีการเก็บข้อมูลและทดลองใช้แบบสอบถามก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบและนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ ที (independent t-test)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะหลังติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ผู้วิจัยทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.30 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 58.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 83.34 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.70 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 58.30 เป็นเบาหวานอย่างเดียว ร้อยละ 66.7 และไม่มีประวัติซึมเศร้าในครอบครัว ร้อยละ 91.7 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.70 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 75 สถานภาพสมรส ร้อยละ 83.30 ระดับการศึกษาประถมศึกษาและมีมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 58.3 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.70 เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.7 และทุกรายไม่มีประวัติซึมเศร้าในครอบครัว

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติซึมเศร้าในครอบครัว ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการทดสอบค่าที (independent t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบไม่แตกต่างกัน ($t_{22} = 1.807, p = .085$)

3. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เป็น 14.83 ($SD = 3.07$), 8.83 ($SD = 1.80$), 4.83 ($SD = 1.27$) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานของกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เป็น 12.92 ($SD = 2.02$), 12.58 ($SD = 2.50$), 13.50 ($SD = 2.71$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

กลุ่ม	ระยะการทดลอง	ภาวะซึมเศร้า	
		M	SD
กลุ่มทดลอง (n = 12)	ก่อนการทดลอง	14.83	3.07
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	8.83	1.80
	ติดตามผล 1 เดือน	4.83	1.27
กลุ่มควบคุม (n = 12)	ก่อนการทดลอง	12.92	2.02
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	12.58	2.50
	ติดตามผล 1 เดือน	13.50	2.71

4. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{1,22} = 83.36$) จึงทำการวิเคราะห์ทีละกลุ่มและทีละช่วงเวลาต่อไป ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการ	220.50	1	220.50	18.45	< .001
ความคลาดเคลื่อนภายในวิธีการ	263.00	22	11.96		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	276.58	2	212.65	68.50	< .001
วิธีการ x ระยะเวลา	336.58	2	258.79	83.36	< .001
ระยะเวลา x ความคลาดเคลื่อนภายในวิธีการ	88.83	44	3.11		

5. ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.5, p < .001$) (ตารางที่ 3) และในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.9, p < .001$) สรุปว่าภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันทีระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	$\bar{d}(SD)$	<i>t</i>	<i>p</i> -value
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
กลุ่มทดลอง (n = 12)	14.83(3.07)	8.83 (1.80)	-6.00 (1.76)	9.5	<.001
กลุ่มควบคุม (n = 12)	12.92 (2.02)	12.58 (2.50)	-0.33(1.07)		

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะซึมเศร้า	หลังการทดลอง	ติดตามผล	$\bar{d}(SD)$	<i>t</i>	<i>p</i> -value
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
กลุ่มทดลอง (n = 12)	8.83 (1.80)	4.83 (1.27)	-4.00 (2.00)	6.9	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 12)	12.58 (2.50)	13.50 (2.70)	0.92 (1.44)		

6. นอกจากนี้จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง

เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{2,22} = 98.35, p < .001$) แสดงว่า มีอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี bonferroni พบว่าทั้งสามระยะมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยวิธี bonferroni

ระยะเวลา	ค่าเฉลี่ย	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	14.83	-	6.00*	10.0*
หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที	8.83	-	-	4.00*
ระยะติดตามผล	4.83			

**p* < .05

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าลดลง และ

ช่วงเวลาที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานมีการพัฒนากระบวนการคิด และการปฏิบัติพฤติกรรมทำให้สามารถจัดการปัญหาหรือสิ่งที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ดีขึ้น ทั้งนี้ จากผลการวิจัยยังพบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนในกลุ่มทดลอง แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อธิบายได้ว่าผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อได้รับการฝึกโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ ทำให้บุคคลเหล่านี้รู้เท่าทันความคิดของตน มีสติอยู่กับปัจจุบัน ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้ามลดลง โดยเป็นไปตามแนวคิดของ Segal et al. (2002) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีความคิดวนคิดซ้ำ ถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้น ทำให้ยิ่งรู้สึกแย่ลง ซึ่งการเสริมสร้างให้บุคคลเหล่านี้มีสติอยู่กับภาวะการณ์ในปัจจุบัน โดยไม่ปล่อยความคิดไปตามสิ่งเร้าที่เข้ามาในชีวิตมีสติในการทบทวนเหตุการณ์ต่าง ๆ มีความคิดอยู่บนความเป็นจริง มีการตีความ และความคิดที่เหมาะสมมากขึ้น มีสติอยู่กับปัจจุบัน มีความเข้าใจและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมาไม่ปล่อยให้อารมณ์อยู่เหนือเหตุผล ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง ดังนั้นผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติจึงมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ พรเพ็ญ อารีกิจ (2555) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และจากการศึกษาของ รัตนาพร สันติวงษ์ (2550) พบว่า ผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ มีสติมากขึ้นและมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง และจากผลการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2557) ก็พบว่า ผู้เป็นเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแนวพุทธแบบกลุ่มมีคะแนนซึมเศร้ามต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มนี้ช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานมีความรู้ ความเข้าใจ มีกำลังใจในการรักษาความเจ็บป่วยที่ตนเผชิญอยู่ และบูรณาการความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมไปใช้ในชีวิตประจำวันส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างต่อเนื่องแม้ในระยะติดตามผล ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก็ยังลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Segal และคณะ (2002) ที่พบว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (MBCT) ช่วยลดและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ รัตนาพร สันติวงษ์

(2550) พบว่า ผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ มีสติมากขึ้นและมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง ทั้งในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล

จากผลการวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ สามารถทำให้ผู้เป็นเบาหวานมีภาวะซึมเศร้ามลดลง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติไปใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้สูญเสียอวัยวะ เป็นต้น
2. ควรมีการติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อไปเป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามว่าผู้รับการบำบัด สามารถนำทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไปใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในงานวิจัยตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน รวมถึงครอบครัว ที่ให้การชี้แนะ ความร่วมมือ การช่วยเหลือและกำลังใจ ด้วยดีเสมอมา ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- งานสุขภาพจิต กลุ่มการพยาบาล. (2557). *ทะเบียนคัดกรองภาวะซึมเศร้า*. ปราจีนบุรี: โรงพยาบาลศรีมโหสถ.
- จุฑารัตน์ บุญวัฒน์. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรเพ็ญ อารีกิจ. (2555). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล

- สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย,
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิต
สังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มุกดา ศรียงค์. (2522). ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เคยพยายาม
ฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลผาง จังหวัด
เชียงใหม่. *วารสารสวนปรุง*, 23(2), 1.
- รัศดาพร สันติวงษ์. (2550). *การบำบัดทางปัญญาบน
พื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ระพีพรรณ ลาภา. (2554). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลระดับ
ตติยภูมิ ในเขตจังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วรัชยา ทัดหล่อ. (2554). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าใน
ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมือง จังหวัด
ชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์,
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรม
การแพทย์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและ
ภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก
<http://www.dms.moph.go.th/>
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และสวิตตา ธงยศ. (2554). ผลของ
โปรแกรมการบำบัดแนวพุทธแบบกลุ่มต่อผู้ป่วย
เบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารสมาคมพยาบาล
จิตเวช*, 25(3), 195-205.
- American Diabetes Association [ADA]. (2006).
Diagnosis and classification of diabetes.
Diabetes Care, 29(1), 43-48.
- American Diabetes Association [ADA]. (2008).
Standards of medical care in diabetes.
Diabetes Care, 31, 12-54.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical,
experimental, and theoretical aspects*.
New York: Harper Row.
- Eaton, W. (2002). Epidemiologic evidence on
comorbidity of depression and diabetes.
Journal of Psychosomatic Research, 53,
859-863.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Mindfulness-based
interventions in context: Past, present,
and future. *Journal of Behavioral Medicine*,
10(2), 144-156.
- Kaphan, H. I., Sadock, B. J., & Greb, J. A. (1994).
Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry:
Behavioral sciences/ Clinical psychiatry
(7th ed.). Maryland: Williams & Wilkins.
- Lee, S., Chiu, A., Tsang, A., Chow, C., & Chan, W.
(2006). Treatment-related stresses and
anxiety-depressive symptoms among
Chinese outpatients with type 2 diabetes
mellitus in Hong Kong. *Diabetes Research
and Clinical Practice*, 74, 282-288.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D.
(2002). *Mindfulness-based cognitive
therapy for depression*. New York: The
Guilford.
- Tovote, K. A., Fleeer, J., Snippe, E., Peeters, A. C. T.
M., Emmelkamp, P. M., Links, T. P., &
Schroevers, M. J. (2014). Individual
mindfulness-based cognitive behavior
therapy for treating depressive symptoms
in patients with diabetes: Result of a
randomized controlled trial. *Diabetes Care*,
37, 2427-2434.
- World Health Organization [WHO]. (2011). *Global
status report on non communicable diseases*.
Retrieved from <http://www.who.int>
- Yalom, I. D. (1995). *Theory and practice of group
psychotherapy*. New York: Basic Books.